



**PRISMA**

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

**Volume II**

**L'intégration  
des services : les fruits  
de la recherche pour  
nourrir l'action**

**Sous la direction de**

**RÉJEAN HÉBERT  
ANDRÉ TOURIGNY  
MICHEL RAÏCHE**

EDISEM



**PRISMA**

---

---

**Programme de Recherche sur l'Intégration des Services  
de Maintien de l'Autonomie**

**Volume II**

**L'intégration  
des services : les fruits  
de la recherche pour  
nourrir l'action**

**Sous la direction de  
RÉJEAN HÉBERT  
ANDRÉ TOURIGNY  
MICHEL RAÏCHE**

EDISEM

Tous droits réservés.

© 2007 Edisem inc.

Le contenu de la présente publication (en version livre imprimé ou électronique) peut être reproduit en tout ou en partie, et par quelque moyen que ce soit, sans autre permission du groupe PRISMA, sous réserve que la reproduction soit effectuée uniquement à des fins d'étude privée de recherche, d'enseignement, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé destiné aux journaux et/ou à des fins non commerciales, et qu'il soit fait mention de la source. Le livre est distribué gratuitement. Sa revente est interdite. Le livre PRISMA doit être cité comme suit :

PRISMA volume II, L'intégration des services : les fruits de la recherche pour nourrir l'action. Par Hébert R, Tourigny A, Raïche M. Edisem, Québec, ISBN 978-2-89130-212-2, 2007 ; 582 p.

Dépôt légal – 2<sup>ème</sup> trimestre 2007  
Bibliothèque nationale du Québec  
Bibliothèque nationale du Canada

ISBN 978-2-89130-212-2

# Table des matières

---

## PRÉFACES

Par Monsieur Philippe Couillard, ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec et ministre de la Capitale-Nationale ..... xv

Par Monsieur Jonathan Lomas, Chef de la direction, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS)..... xvi

## INTRODUCTION

Par Réjean Hébert..... 1

## **L'implantation des réseaux intégrés de services pour personnes âgées**

1. *Louis Demers et Judith Lavoie*  
Intégrer les services aux aînés en perte d'autonomie : le rôle des acteurs locaux, régionaux et ministériels ..... 5
2. *Anne Veil et Réjean Hébert*  
Évaluation du degré de mise en œuvre du réseau intégré de services dans les trois sites expérimentaux de l'Estrie ..... 23
3. *Anne Veil et Réjean Hébert*  
Bilan de l'intégration des services : perceptions des gestionnaires et des intervenants ..... 33
4. *Anne Veil et Réjean Hébert*  
Mesure de l'intégration des services entre les partenaires du continuum de services aux personnes âgées dans trois territoires ..... 73
5. *Yves Couturier, Sébastien Carrier, Dominique Gagnon et Isabelle Chouinard*  
Les appropriations locales de la gestion de cas et leurs enseignements pour l'implantation en d'autres contextes..... 113
6. *Anne Veil et Réjean Hébert*  
Perception d'efficacité des gestionnaires de cas ..... 129
7. *Anne Veil, Lynne Michaud et Réjean Hébert*  
Les perceptions de continuité des services de clientèles âgées en perte d'autonomie suivies en gestion de cas dans le cadre de l'implantation du réseau de services intégrés..... 155

8.	<i>Louis Voyer et Réjean Hébert</i> La perception des omnipraticiens face au réseau intégré et aux questionnaires de cas .....	173
9.	<i>Dominique Somme, Réjean Hébert, Gina Bravo, François Blanchard et Olivier Saint-Jean</i> Le plan de services individualisé comme outil d'intégration clinique : analyse qualitative dans l'expérimentation québécoise PRISMA .....	185
10.	<i>Suzanne Durand, Danièle Blanchette et Réjean Hébert</i> Les coûts d'implantation et de fonctionnement du réseau intégré de services pour les personnes âgées en Estrie.....	205
<b>Les impacts des réseaux intégrés de services pour personnes âgées</b>		
11.	<i>Réjean Hébert, Marie-France Dubois, Michel Raïche, Nicole Dubuc et le groupe PRISMA-Estrie</i> Les impacts du réseau intégré de services PRISMA : méthodologie et données de base .....	219
12.	<i>Réjean Hébert, Michel Raïche, Marie-France Dubois, Nicole Dubuc, Michel Tousignant, N'Deye Rokhaya Gueye et le groupe PRISMA-Estrie</i> Les impacts du réseau intégré de services sur les personnes âgées et leurs aidants dans l'étude PRISMA-Estrie .....	243
13.	<i>Michel Raïche, Réjean Hébert, Danièle Blanchette, Suzanne Durand, Marie-France Dubois, N'Deye Rokhaya Gueye et le groupe PRISMA-Estrie</i> La performance globale des RISPA : impacts sur l'utilisation des services de santé, leurs coûts et l'efficacité dans l'étude PRISMA-Estrie.....	271
<b>Les outils d'intégration, d'évaluation de la qualité et d'aide à la planification des services</b>		
14.	<i>Diane Morin, André Tourigny, Line Robichaud, Daniel Pelletier, Lucie Bonin, Aline Vézina, Luc Mathieu et Martin Buteau</i> Évaluation d'un système d'information dans un réseau de services intégrés pour personnes âgées vulnérables : utilisation et perception de son efficacité et de son impact .....	297
15.	<i>Diane Morin, André Tourigny, Daniel Pelletier, Line Robichaud, Luc Mathieu, Aline Vézina, Lucie Bonin et Martin Buteau</i> Le point de vue des personnes âgées face au dossier clinique informatisé .....	315

16.	<i>André Tourigny, Diane Morin, Marie-Jeanne Kergoat, Nicole Dubuc, Line Robichaud, Jacques Morin, Lise Côté, Paule Lebel, René Verreault, Edeltraut Kröger, Zohra Benounissa et Solange Proulx</i> Mesurer et améliorer la qualité et la continuité des soins et des services de santé dispensés aux aînés vulnérables : un projet pilote chez ceux atteints de troubles cognitifs ou de démence.....	331
17.	<i>Edeltraut Kröger, André Tourigny, Diane Morin, Lise Côté, Marie-Jeanne Kergoat, Paule Lebel, Line Robichaud, Shirley Imbeault et Solange Proulx</i> Validation d'indicateurs de qualité pour les soins de santé dispensés aux aînés vulnérables.....	349
18.	<i>Nathalie Delli-Colli, Nicole Dubuc, Réjean Hébert et Catherine Lestage</i> Sélection des variables essentielles pour déterminer les besoins psychosociaux des résidents et la charge de travail du service social en CHSLD .....	373
19.	<i>Danielle Benoit, Michel Tousignant, Guylaine Allard, Myriam Bergeron, Nicole Dubuc et Réjean Hébert</i> Mesure de l'adéquation de l'offre de service et des besoins des usagers du programme de soutien à domicile : le passage d'un projet de recherche vers une intégration de données utiles à des fins de gestion .....	397
20.	<i>Pauline Gervais, Réjean Hébert et Michel Tousignant</i> Profils d'autonomie fonctionnelle des personnes âgées vivant en Résidence privée d'hébergement en Estrie .....	409
21.	<i>Danièle Blanchette, Suzanne Durand et Réjean Hébert</i> L'étude PRISMA-Estrie : la détermination du coût des services de santé.....	423
22.	<i>Michel Raïche, Réjean Hébert, Marie-France Dubois, Johanne Bolduc, Maryse Grégoire, Céline Bureau et Anne Veil</i> Le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave avec le questionnaire PRISMA-7 : présentation, implantation et utilisation .....	451
23.	<i>Anne Veil et Réjean Hébert</i> Estimation des ressources en gestion de cas dans un territoire .....	467
24.	<i>Linda Dieleman, Pierre Richard, Céline Bureau et Johanne Bolduc</i> Utilisation des données de recherche aux fins de gestion .....	503

## **Le transfert et l'application à d'autres clientèles, d'autres pays**

25. <i>Nicole Dubuc, Michel Tousignant, Danielle Benoit, Guylaine Allard, Myriam Bergeron, Lise Trottier et Réjean Hébert</i> Clientèles en déficience physique et intellectuelle desservies en CLSC : représentation des besoins liés à l'autonomie fonctionnelle selon la classification des profils Iso-SMAF .....	515
26. <i>Dominique Somme, Hélène Trouvé, Yves Couturier, Sébastien Carrier, Dominique Gagnon, Benoît Lavallart, Réjean Hébert, Carole Crépin et Olivier St-Jean</i> PRISMA France : Adaptation du modèle d'intégration PRISMA au système de soins et de services français .....	529
27. <i>Pauline Gervais, Michel Tousignant, Réjean Hébert et Sylvain Connangle</i> Classification des personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle : comparaison des profils Iso-SMAF aux groupes Iso-ressources issus de la grille AGGIR .....	547
L'AIDE À LA PUBLICATION DE CE LIVRE .....	561
LE FINANCEMENT DU PROGRAMME PRISMA .....	561
REMERCIEMENTS .....	562

# Liste des auteurs et collaborateurs

---

Acronymes pour les établissements de rattachement :

CHA : Centre hospitalier affilié

CHU : Centre hospitalier universitaire

CSSS : Centre de santé et de services sociaux

IUG : Institut universitaire de gériatrie

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

**Allard, Guylaine** Archiviste médicale  
Conseillère aux systèmes d'information et aux archives,  
Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

**Bédard, Mariette** inf.  
Chef de l'administration des programmes de soutien à domicile,  
CSSS du Granit

**Bellefleur, Robert** M.A.  
Agent de relations humaines, secteur Personnes âgées,  
CSSS du Granit

**Benoit, Danielle** M.A.P.  
Agente de planification, programmation et recherche,  
Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

**Benounissa, Zohra** M.Sc.  
Biostatisticienne, Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval,  
Centre de recherche du CHA universitaire de Québec

**Bergeron, Myriam** B.Sc.  
Gestionnaire de bases de données,  
Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUG de Sherbrooke

**Blanchard, François** M.D., Ph.D.  
Service de médecine interne et gériatrie, CHU Sébastopol, Reims, France

**Blanchette, Danièle** C.A., Ph.D.  
Chercheure,  
Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUG de Sherbrooke  
Professeure, Faculté d'administration, Université de Sherbrooke



**Boissé, Marie-Claude M.A.**

Agente de recherche,  
Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUG de Sherbrooke

**Bolduc, Johanne inf., M.Sc.**

Directrice de programmes au CSSS de la MRC-de-Coaticook

**Bonin, Lucie M.D., M.Sc.**

Chercheure, Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval,  
Centre de recherche du CHA universitaire de Québec  
Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie-Centre-du-Québec  
Institut national de santé publique du Québec

**Bravo, Gina Ph.D.**

Chercheure,  
Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUG de Sherbrooke  
Professeure, Faculté de médecine et des sciences de la santé,  
Université de Sherbrooke

**Bureau, Céline inf., M.Sc.**

Directrice du projet clinique, de la santé publique et du développement  
des communautés, CSSS-IUG de Sherbrooke

**Buteau, Martin Ph.D.**

Vice-recteur aux ressources informationnelles, Université de Sherbrooke

**Caron, Chantal inf., Ph.D.**

Chercheure,  
Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUG de Sherbrooke  
Professeure, Faculté de médecine et des sciences de la santé,  
Université de Sherbrooke

**Carrier, Sébastien B.S.S., Ph.D. (candidat)**

Agent de recherche, PRISMA  
Étudiant, doctorat en gérontologie, Faculté des lettres et sciences humaines,  
Université de Sherbrooke

**Chouinard, Isabelle M.S.S., Ph.D. (candidate)**

Agente de recherche, PRISMA  
Étudiante, doctorat en éducation, Faculté des lettres et sciences humaines,  
Université de Sherbrooke

**Connangle, Sylvain** C.A.F.D.E.S.

Directeur, Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) La Madeleine, Bergerac, France

**Côté, Lise** inf., M.Sc.

Professionnelle de recherche, Organisation des services et évaluation, Direction régionale santé publique de la Capitale-Nationale

**Couturier, Yves** Ph.D.

Chercheur,  
Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUG de Sherbrooke  
Professeur, Faculté des lettres et sciences humaines, Université de Sherbrooke

**Crétin, Carole** M.D.

Direction générale de la Santé, Ministère de la santé et des solidarités,  
Sous-direction Pathologies et santé, Paris, France

**Delli-Colli, Nathalie** t.s., M.S.S., Ph.D. (candidate)

Conseillère aux profils Iso-SMAF, Centre d'expertise en santé de Sherbrooke  
Étudiante, doctorat en sciences cliniques, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

**Demers, Louis** Ph.D.

Professeur, École nationale d'administration publique

**Desrosiers, Johanne** erg., Ph.D.

Chercheure,  
Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUG de Sherbrooke  
Directrice, École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

**Dieleman, Linda** M.Sc.

Agente de planification, programmation et recherche,  
Direction de l'organisation des services,  
Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

**Dubois, Marie-France** Ph.D.

Chercheure,  
Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUG de Sherbrooke  
Professeure, Faculté de médecine et des sciences de la santé,  
Université de Sherbrooke

**Dubuc, Nicole** inf., Ph.D.

Chercheure,  
Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUG de Sherbrooke  
Professeure, Faculté de médecine et des sciences de la santé,  
Université de Sherbrooke

**Durand, Pierre** M.D.

Chercheur, Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval,  
CHA, Hôpital Saint-Sacrement  
Doyen, Faculté de médecine de l'Université Laval

**Durand, Suzanne** C.G.A., D.B.A. (candidate)

Agente de recherche,  
Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUG de Sherbrooke  
Professeure, Unité d'enseignement et de recherche en sciences de la gestion,  
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

**Gagnon, Dominique** B.S.S., Ph.D. (candidat)

Agent de recherche, PRISMA  
Étudiant, doctorat en gérontologie, Faculté des lettres et sciences humaines,  
Université de Sherbrooke

**Gagnon, Maxime** Ph.D.

Agent de recherche,  
Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUG de Sherbrooke

**Gervais, Pauline** M.A., Ph.D. (candidate)

Agente de recherche,  
Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUG de Sherbrooke  
Étudiante, doctorat en gérontologie, Faculté des lettres et sciences humaines,  
Université de Sherbrooke

**Grégoire, Maryse** inf., B.Sc., M.A. (candidate)

Conseillère clinicienne, Regroupement médecine générale et urgence,  
Direction des Soins Infirmiers et de la Qualité, CHU de Sherbrooke

**Gueye, N'Deye Rokhaya** Ph.D.

Statisticienne,  
Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUG de Sherbrooke

**Guillot, Valérie** M.A.

Agente de recherche,  
Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUG de Sherbrooke

**Hébert, Réjean** M.D., M.Phil.

Chercheur,  
Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUG de Sherbrooke  
Doyen, Faculté de médecine et des sciences de la santé,  
Université de Sherbrooke

**Imbeault, Shirley** D.Psy.

Professionnelle de recherche, Unité de recherche en gériatrie de l'Université  
Laval, Centre de recherche du CHA universitaire de Québec

**Joly, Nathalie-Audrey** M.A.

Agente de recherche,  
Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUG de Sherbrooke

**Kergoat, Marie-Jeanne** M.D., gériatre

Chercheuse, Institut universitaire de gériatrie de Montréal  
Professeure, Faculté de médecine de l'Université de Montréal

**Kröger, Edeltraut** Pharm., M.Sc., Ph.D. (candidate)

Professionnelle de recherche, Unité de recherche en gériatrie de l'Université  
Laval, Centre de recherche du CHA universitaire de Québec  
Étudiante, doctorat en épidémiologie, Université Laval

**Labrecque, Isabelle** M.A. (candidate)

Agente de recherche,  
Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUG de Sherbrooke

**Lavallart, Benoît** M.D.

Direction générale de la Santé, Ministère de la santé et des solidarités,  
Sous-direction Pathologies et santé, Paris, France

**Lavoie, Judith** M.Sc.

Professionnelle de recherche, École nationale d'administration publique

**Lebel, Paule** M.D.

Chercheuse, Groupe de recherche des Universités de Montréal et McGill sur les  
réseaux intégrés aux personnes âgées  
Professeure, Faculté de médecine de l'Université de Montréal  
Directrice de l'enseignement à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal

**Lestage, Catherine** M.Ps., M.Sc. (candidate)

Agente de recherche,

Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUG de Sherbrooke

Étudiante, maîtrise en sciences cliniques, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

**Mathieu, Luc** inf., D.B.A.

Chercheur,

Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUG de Sherbrooke

Directeur, École des sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

**Michaud, Lynne** t.s., M.S.s.

Centre de santé et de services sociaux de Coaticook

**Morin, Diane** inf., Ph.D.

Chercheuse, Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval,

Centre de recherche du CHA universitaire de Québec

Doyenne, Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval

**Morin, Jacques** M.D., gériatre

Chercheur, Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval,

Centre de recherche du CHA universitaire de Québec

Professeur, Faculté de médecine de l'Université Laval

**Murray, William**, M.A.

Direction de l'évaluation, Planification stratégique, évaluation et qualité,

MSSS du Québec

**Pelletier, Daniel** M.Ps.

Professionnel de recherche, Unité de recherche en gériatrie de l'Université

Laval, Centre de recherche du CHA universitaire de Québec

**Proulx, Solange** M.A.

Professionnelle de recherche, Unité de recherche en gériatrie de l'Université

Laval, Centre de recherche du CHA universitaire de Québec

**Râche, Michel** M.Sc., Ph.D. (candidat)

Coordonnateur de recherche, Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUG de Sherbrooke

Étudiant, doctorat en sciences cliniques,

Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

**Richard, Pierre** M.S.S.

Directeur des programmes clientèles dans le milieu, CSSS du Granit  
Consultant projets cliniques, Agence de la santé et des services sociaux  
de l'Estrie

**Robichaud, Line** erg., Ph.D.

Chercheure, Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval,  
Centre de recherche du CHA universitaire de Québec  
Professeure, Département de réadaptation de l'Université Laval

**Simard, Dany** M.A.

Agente de recherche,  
Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUG de Sherbrooke

**Somme, Dominique** M.D.

PRISMA-France, Service de gériatrie-Pôle urgence réseaux, Hôpital Européen  
Georges Pompidou, Paris, France

**St-Jean, Olivier** M.D., Ph.D.

Service de gériatrie-Pôle urgence réseaux,  
Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris, France

**Tourigny, André** M.D., M.B.A.

Directeur scientifique et chercheur, Centre d'excellence sur le vieillissement,  
Hôpital du Saint-Sacrement, Québec  
Professeur, Faculté de médecine de l'Université Laval  
Institut national de santé publique du Québec  
Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale

**Tousignant, Michel** pht, Ph.D.

Chercheur,  
Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUG de Sherbrooke  
Professeur, Faculté de médecine et des sciences de la santé,  
Université de Sherbrooke

**Trahan, Lysette** Ph.D.

Direction de l'évaluation, Planification stratégique, évaluation et qualité,  
MSSS du Québec

**Trottier, Lise** M.Sc.

Statisticienne,  
Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUG de Sherbrooke

**Trouvé, Hélène** Ph.D. (candidate)

PRISMA-France, Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris, France

**Veil, Anne** M.S.s.

Agente de recherche,

Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUG de Sherbrooke

**Veilleux, Karine** M.A.

Agente de recherche,

Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUG de Sherbrooke

**Verreault, René** M.D., Ph.D.

Directeur et chercheur, Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval,

CHA, Hôpital Saint-Sacrement

Professeur, Faculté de médecine de l'Université Laval

**Vézina, Aline** Psy., Ph.D.

Chercheure, Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval,

Centre de recherche du CHA universitaire de Québec

Professeure, École de service social, Université Laval

**Voyer, Louis** M.Ps.

Coordonnateur de PRISMA, Centre de recherche sur le vieillissement du

CSSS-IUG de Sherbrooke

**Le groupe PRISMA-Estrie, indiqué dans les auteurs**

**des chapitres 11-12-13, comprend les personnes suivantes :**

Mariette Bédard, Robert Bellefleur, Myriam Bergeron, Danièle Blanchette,

Marie-Claude Boissé, Johanne Bolduc, Lucie Bonin, Gina Bravo,

Céline Bureau, Chantal Caron, Johanne Desrosiers, Linda Dieleman,

Marie-France Dubois, Nicole Dubuc, Pierre Durand, Suzanne Durand,

Maxime Gagnon, N'Deye Rokhaya Gueye, Valérie Guillot, Réjean Hébert,

Nathalie-Audrey Joly, Isabelle Labrecque, William Murray, Michel Raïche,

Pierre Richard, Dany Simard, André Tourigny, Michel Tousignant,

Lysette Trahan, Anne Veil et Karine Veilleux.

# Préfaces

---

Chers lecteurs,

Lorsqu'on retrouve le thème de l'intégration des services au cœur d'un projet de recherche, on ne se surprendra pas qu'à titre de ministre de la Santé et des Services sociaux je m'associe à la présentation du second volume du Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie – PRISMA.

L'intégration des services est au cœur des gestes que nous avons posés au cours des dernières années dans notre système de santé et de services sociaux, notamment à travers la mise en réseau des différents intervenants et établissements qui œuvrent au service d'une même population. La création des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) vise justement à ce que les citoyens bénéficient d'une meilleure coordination et d'une plus grande collaboration entre celles et ceux qui assurent la dispensation des soins de santé et des services sociaux.

Nous le savons tous, la société québécoise connaîtra un vieillissement rapide. Si nous devons nous réjouir que le développement social et économique de notre société se traduise par l'augmentation de la longévité et l'amélioration de l'état de santé de notre population, nous partageons la responsabilité que le réseau s'adapte pour offrir des solutions qui répondent mieux aux besoins des personnes âgées. Comme gouvernement, nous nous sommes engagés sur cette voie et continuons d'y consacrer des énergies et ressources considérables.

Dans un contexte où nous devons ajuster nos façons de faire en fonction des nouvelles réalités, le travail de l'équipe de PRISMA prend une valeur d'autant plus importante. Grâce à une telle initiative, nous pouvons miser sur la recherche comme facteur d'amélioration continue des pratiques, tout autant que nous sommes en mesure de nous inspirer des succès des uns pour susciter les succès des autres, ce qui est gage d'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des soins que nous offrons aux citoyens.

Je tiens à saluer de façon toute particulière les efforts déployés dans le cadre de PRISMA afin de donner un visage humain et concret à ces vastes travaux au sein desquels la réalité quotidienne des personnes qui reçoivent les services et de celles qui les rendent sert de repère central.

Comme l'indique avec justesse le titre du présent ouvrage, nul doute que les fruits de la recherche sauront nourrir l'action.

Bonne lecture



*Philippe Couillard*  
Ministre de la Santé et des Services sociaux  
et ministre de la Capitale-Nationale



Il arrive trop fréquemment que les recherches importantes soient effectuées par des personnes qui sont détachées des systèmes qu'elles peuvent influencer. Par conséquent, il n'est pas surprenant que ces recherches se retrouvent sur les tablettes, même si elles offrent un potentiel évident pour améliorer la santé des patients ou l'efficacité de la prestation et de la gestion des services qu'ils reçoivent. Bien que l'investissement dans la recherche sur les services de santé soit bien intentionné, trop souvent les recherches ne sont pas conçues de façon à avoir un impact significatif sur le secteur à l'étude. Le texte qui suit montre qu'il n'en est pas toujours ainsi. Il s'agit d'un témoignage illustrant ce qu'on peut accomplir quand des chercheurs comme Réjean Hébert et ses collègues relèvent les défis associés à l'utilisation des résultats de recherche.

L'hypothèse selon laquelle les bonnes recherches « parlent d'elles-mêmes » n'est effectivement qu'une hypothèse, et elle est loin d'être confirmée par l'expérience des vingt dernières années dans le domaine de la recherche sur les services de santé. Après presque un quart de siècle d'étude, nous savons maintenant que, pour garantir l'utilisation des résultats de recherche, il faut suivre ce que les chercheurs indiquent dans le présent livre, c'est-à-dire faire participer les personnes pouvant mettre en œuvre les résultats, et ce, dès le début du processus de recherche.

Faire de la recherche dans un environnement idéal, isolé du système, peut déboucher sur l'élaboration de méthodes parfaites et d'articles dignes des revues scientifiques. Toutefois, cette façon de procéder tient les chercheurs éloignés de la réalité. Dans ce modèle de recherche en santé, qui a dominé le milieu universitaire au cours des cinquante dernières années, les chercheurs doivent « vendre » leurs résultats à des cliniciens et gestionnaires surchargés, préoccupés et souvent indifférents. Pour attirer l'attention de ces décideurs, les chercheurs doivent faire concurrence aux compagnies pharmaceutiques, aux associations de fournisseurs, aux consultants et à plusieurs autres personnes ou organisations qui possèdent beaucoup plus de ressources et de capacités de persuasion que ces chercheurs n'en auront jamais.

Le présent livre raconte l'aventure d'un groupe de chercheurs du Québec qui ont décidé d'agir de manière différente en réalisant le projet PRISMA. Ma Fondation a été un commanditaire et défenseur important de ce projet précisément parce qu'il s'agit d'un bon exemple du nouveau modèle de « liens et échanges » pour la recherche appliquée. Dans ce modèle, les chercheurs deviennent des cochercheurs associés aux personnes qui travaillent dans le système.

Ces chercheurs ont décidé de concentrer leurs efforts sur l'ensemble des besoins des patients dans le contexte global du système des services. Ils ont

choisi de ne pas faire porter leurs recherches sur une maladie en particulier, sur une partie du corps précise, sur un traitement donné ou un secteur de service bien circonscrit dans un « laboratoire universitaire », loin du contexte global. La principale motivation des chercheurs était de faire en sorte que les intervenants du système de santé concentrent leurs efforts à trouver la meilleure façon de s'occuper des besoins des personnes âgées fragiles qui sont en perte d'autonomie et qui souffrent de maladies chroniques. Ils ont réalisé l'importance d'intégrer l'ensemble des services sociaux et de santé, au profit de cette population de patients, en écartant la tendance des politiques et de la gestion à fragmenter les services et les organismes dans des établissements autonomes, quelquefois concurrents, mais toujours distincts.

Deuxièmement, ils ont réalisé que, pour effectuer cette intégration, ils devaient non seulement déterminer, par leurs recherches, la façon de la mettre en pratique, mais également obtenir la coopération des personnes qui seraient concernées par les conclusions de leurs travaux, c'est-à-dire les cliniciens et les gestionnaires qui travaillent dans les établissements. Ils ont méthodiquement obtenu la coopération des intervenants pertinents des régions du Québec en les recrutant comme cochercheurs pour le projet PRISMA. Ainsi, les médecins généralistes, les organismes de services communautaires, les gestionnaires du système de santé et d'autres intéressés sont devenus aussi importants pour le projet que les chercheurs eux-mêmes.

Finalement, pendant le déroulement des travaux, les chercheurs ont découvert le véritable sens du principe de « liens et d'échanges » ; ils ont non seulement recruté les intervenants pour les faire participer aux recherches, mais ils ont eux-mêmes été recrutés pour la mise en œuvre des résultats. En constatant l'importance que revêtait la recherche pour leur travail et leurs établissements, les gestionnaires et les cliniciens se sont rendu compte qu'ils avaient besoin de nouveaux outils de mesure et de contrôle. Ainsi, les chercheurs ont été appelés à participer de plus en plus activement à la mise en œuvre et à la diffusion des innovations en matière de services de santé.

Les conclusions de l'aventure relatée dans le présent livre couvrent un champ impressionnant du domaine de la recherche. Les personnes qui ont participé au projet PRISMA se sont retrouvées engagées dans des travaux de grande envergure : de la perception des services et l'évaluation des besoins (par l'entremise de la formation et du perfectionnement du personnel), à l'élaboration d'outils et à la mesure des résultats (par l'entremise de systèmes d'information électronique et de questions économiques), jusqu'à la modification de la gestion et la diffusion des innovations.

La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé est fière d'avoir participé à ce projet en tant que commanditaire et défenseur. Ce projet représente un excellent exemple de recherches qui font vraiment une différence. Il illustre également l'ampleur du retour sur l'investissement lorsqu'un projet de recherche appliquée est bien conçu. Les recherches effectuées dans le cadre

du projet ont permis non seulement à des dizaines de milliers de personnes âgées vulnérables qui recevaient auparavant un soutien intégré déficient d'obtenir à présent les services nécessaires, mais elles ont également permis d'améliorer les coûts des services et le niveau de satisfaction des personnes qui en assurent la prestation et la gestion. Il n'est pas surprenant de constater que le projet PRISMA a eu une influence positive sur le modèle du réseau de prestation des services adopté au Québec et que cette influence se répand rapidement bien au-delà des soins offerts aux personnes âgées et des frontières du Québec.

*Jonathan Lomas*  
Chef de la direction  
Fondation canadienne de la recherche  
sur les services de santé  
Mars 2007

Par Réjean Hébert

---

Ce livre rassemble les résultats des travaux des dernières années du groupe PRISMA. Alors que le premier livre PRISMA « *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes* »<sup>1</sup> avait présenté les principes de l'intégration, le modèle de coordination PRISMA et l'évaluation préliminaire de son implantation, ce deuxième volume rassemble les fruits des travaux des chercheurs et partenaires du réseau au terme des nombreuses études menées sur le modèle au cours des trois dernières années. Nous avons intitulé ce deuxième livre PRISMA « *Les fruits de la recherche pour nourrir l'action* » pour souligner les efforts menés pour traduire les résultats de recherche en de meilleures politiques et en services sociosanitaires améliorés.

Le partenariat PRISMA a été marqué par une étroite collaboration entre chercheurs, dirigeants, gestionnaires et cliniciens. Le nombre des auteurs et co-auteurs de ce livre (68) et la diversité de leurs horizons sont le reflet de ce partenariat. Cette collaboration stimulée par le soutien de la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé (FCRSS) a produit à la fois des questions de recherche appliquées et pertinentes, de même qu'un souci constant de transmettre rapidement les résultats de la recherche aux partenaires et à l'ensemble du réseau sociosanitaire québécois et canadien. Ce transfert des connaissances a été remarqué et souligné par l'obtention du Prix d'application des connaissances des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) en novembre 2005, qui sert d'ailleurs au financement de ce livre. Les travaux de PRISMA ont aussi fait l'objet d'une analyse dans le recueil de cas d'application des connaissances de l'Institut des services et des politiques de la santé des IRSC<sup>2</sup>.

Le modèle de type coordination élaboré, implanté et évalué par le groupe PRISMA est le seul du genre au plan international<sup>3</sup>. Les autres expériences d'intégration menées jusqu'à maintenant réfèrent aux deux autres formes d'intégration selon la taxonomie de Leutz<sup>4</sup>, la liaison ou l'intégration complète. Le modèle de coordination PRISMA vise d'abord et avant tout l'utilisation optimale et rationnelle des services disponibles dans la localité ou la région. Son objectif est l'amélioration de l'efficience dans l'utilisation des services en place. Il s'inscrit ainsi à l'intérieur du réseau actuel et non en marge de ce réseau. C'est sans doute pourquoi il est plus facilement implantable dans un système de santé et de services sociaux public et universel. Le modèle PRISMA a d'abord été initié et testé dans les Bois-Francs<sup>5</sup> avant d'être implanté et évalué en Estrie et en Montérégie.

Nous avons rassemblé les résultats de PRISMA en quatre sections dans ce livre : implantation du modèle, évaluation de son impact, outils soutenant son implantation et finalement transfert et application à d'autres clientèles et d'autres pays. L'implantation du modèle PRISMA en Estrie a fait l'objet d'une évaluation minutieuse à tous les niveaux. Au plan macroscopique, une analyse sociopolitique de l'intégration des services est présentée. Puis, au plan méso, une évaluation sommative de l'implantation rapporte le monitoring du degré de mise en œuvre, l'opinion des acteurs gestionnaires et cliniciens de même que celle des personnes âgées et de leurs aidants. Au plan micro, nous avons analysé en profondeur le rôle des gestionnaires de cas de même que leur perception d'efficacité. Nous avons aussi mesuré les coûts de l'implantation et du fonctionnement d'un réseau intégré de services et examiné plus attentivement l'une des composantes du modèle négligée jusqu'ici : le plan de services individualisé.

Les impacts du réseau intégré de services aux personnes âgées (RISPA) ont été examinés pendant une étude longitudinale quasi-expérimentale menée pendant quatre ans et financée par une subvention majeure des IRSC. Les impacts sur les personnes âgées elles-mêmes, sur leurs aidants, sur l'utilisation des services et leurs coûts ont été mesurés et sont présentés dans la section « Les impacts des RISPA ». L'évaluation économique et l'efficacité du RISPA y sont également abordées.

Pour qu'un réseau intégré se mette en place, on doit disposer d'outils d'intégration et de planification, afin de viser une haute qualité des services. La section « outils d'intégration, d'évaluation de la qualité et d'aide à la planification des services » propose plusieurs réponses appliquées en ce sens. L'utilisation du dossier clinique informatisé y est décrite, ainsi que ses impacts et la perception qu'en ont les personnes âgées. La mesure de la qualité et la validation d'indicateurs dans des clientèles âgées vulnérables y est présentée. Les besoins de services des personnes âgées sont mesurés sous différents angles : besoins psychosociaux en centres d'hébergement, adéquation de l'offre de service et des besoins des usagers du programme de soutien à domicile et profils d'autonomie fonctionnelle des personnes âgées vivant en résidence privée d'hébergement. La détermination du coût des services de santé ne sert pas seulement à la recherche ; elle s'avère utile pour les gestionnaires dans leurs décisions de gestion en pouvant juger de leur importance relative. L'implantation d'un processus de repérage des personnes âgées en perte d'autonomie est présentée. Un chapitre permet d'estimer les ressources requises en gestion de cas dans un territoire, alors que dans un autre chapitre des gestionnaires présentent l'utilisation qu'ils font des données de recherche aux fins de gestion.

Dans la dernière section, on constate que les travaux de PRISMA font des petits : le modèle s'exporte en France, mais aussi à d'autres clientèles. La déficience physique et intellectuelle a fait l'objet de mesures en Montérégie à l'aide des profils Iso-SMAF. L'utilisation de ces mêmes profils dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en France est présentée, tout

comme l'adaptation du modèle d'intégration PRISMA au système de soins et de services français.

Après avoir démontré sa faisabilité et ses impacts positifs tant au plan des clientèles que des services, le modèle PRISMA est maintenant prêt à la généralisation. Au Québec, le Ministre de la santé et des services sociaux en a fait un élément majeur de ses *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*<sup>6</sup>. La réforme qu'il a menée au cours des dernières années en intégrant les structures de soins à domicile (CLSC), à l'hôpital et en centres d'hébergement par la création des Centres de santé et de services sociaux va dans le sens de l'intégration des services prônée par le modèle PRISMA. Il faudra cependant que cette intégration structurelle se traduise en une intégration fonctionnelle à l'intérieur des établissements et par une coordination efficace des CSSS avec les autres acteurs privés et bénévoles du réseau. La création des réseaux locaux de services et l'élaboration des projets cliniques sont les mécanismes prévus pour réaliser cette intégration fonctionnelle. Ces mécanismes pourront s'appuyer en grande partie sur les travaux de PRISMA.

Le modèle de coordination mis au point et éprouvé par l'équipe PRISMA est à l'examen dans d'autres provinces et d'autres pays. Ce modèle a été recommandé par un groupe de chercheurs indépendants pour sa pertinence et les évidences de son impact<sup>7, 8</sup>.

Nous tenons à remercier les organismes de subvention (IRSC, FCRSS, Fonds de la recherche en santé du Québec, Réseau québécois de recherche sur le vieillissement), les organismes publics de santé et de services sociaux (ministère de la Santé et des Services sociaux, Agences de la santé et des services sociaux de l'Estrie, de la Montérégie, de Mauricie-Centre-du-Québec, de Laval et de Québec, Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke) et l'Université de Sherbrooke pour leur appui financier à PRISMA. Merci à toutes les personnes âgées qui ont participé à nos projets, sans elles nous n'aurions pas pu recueillir les informations qui permettent de connaître leur état d'autonomie, leurs perceptions, leur satisfaction. Merci à leurs aidants qui nous ont également épaulés dans les projets. Merci aux gestionnaires, dirigeants et cliniciens qui ont collaboré à l'implantation des RISPA et qui ont accepté d'être interrogés et observés tout au long de la démarche. Sans eux nous n'aurions pu savoir si les RISPA devaient être généralisés à tout le Québec. Merci à toutes les équipes de recherches, agents de recherche, évaluateurs et statisticiens qui font de la réalisation de travaux de recherche, leur quotidien.

Le clinicien, le chercheur, le gestionnaire et le ministre de la Santé et des Services sociaux lui-même qui s'intéressent à l'intégration des services trouveront de nombreux éclairages dans ce livre. Intégrer les services pour les personnes âgées constitue un formidable défi et nous le savons maintenant, un incontournable à l'amélioration des services.

## Références

1. Hébert, R., Tourigny, A. et Gagnon, M. *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*. Québec, Edisem, 2004.
2. Institut des services et des politiques de la santé. *Agir et réagir face aux données probantes : recueil de cas d'application des connaissances relatives à la recherche sur les services et les politiques de santé*. Ottawa : Instituts de recherche en santé du Canada, 2006.
3. Leutz, W. Reflections on Integrating Medical and Social Care : Five laws revisited. *Journal of Integrated Care*, 13(5) :3-14, 2005.
4. Leutz, W.N. Five laws for integrating medical and social services : Lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Quarterly*, 77(1) :77-110, 1999.
5. Tourigny, A., Durand, P., Bonin, L., Hébert, R. et Rochette, L. Quasi-experimental Study of the Effectiveness of an Integrated Service Delivery Network for the Frail Elderly. *Canadian Journal on Aging*, 23(3) :231-46, 2004.
6. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, Québec, MSSS, 2001.
7. Hollander, M.J., Cherry, L., MacAdam, M., Pallan, P. et Ritter, R. *Development of a strategic framework for continuing care services. Continuing care service delivery systems : Case Studies of current models*. Nova Scotia Department of Health, Continuing Care Branch, 2007.
8. Hollander, M.J., Chappell, N.L., Prince, M.J. et Shapiro, E. Providing care and support for an aging population : Briefing notes on key policy issues. *Health Care Quarterly*, 10(3) :34-45, 2007.

# Chapitre 1

## Intégrer les services aux aînés en perte d'autonomie : le rôle des acteurs locaux, régionaux et ministériels<sup>1</sup>

---

Louis Demers, Judith Lavoie

---

### Points saillants

- La *réalisation* d'un réseau intégré de services
  - repose d'abord sur l'implication de personnes compétentes, crédibles et dédiées, qui vont montrer le réalisme et la pertinence du nouveau système de coordination des services ;
  - requiert l'adhésion des dirigeants des organisations impliquées au modèle de coordination retenu ;
  - doit se présenter à eux comme une solution appropriée à des problèmes d'organisation des services qu'ils jugent prioritaires ;
  - exige du temps pour que les gestionnaires et les intervenants touchés par le changement nouent des liens de collaboration et s'approprient le modèle de coordination retenu.
- L'*efficacité* d'un réseau intégré de services dépend de l'utilisation d'un système d'informations cliniques partageables interdisciplinaire et interservices.
- La *mise en place* d'un réseau intégré de services suppose l'instauration de modes de gouverne et de coordination fondés sur la confiance et le respect mutuel.
- Les *acteurs ministériels* peuvent contribuer au renforcement de l'intégration des services
  - en adoptant des orientations à la fois claires et flexibles, de façon à laisser aux acteurs locaux le choix des modalités concrètes de réalisation du modèle d'intégration qu'ils retiennent ;
  - en adoptant des mesures conformes à ces orientations, notamment en matière de systèmes d'information ;
  - en renforçant les mécanismes internes de coordination du Ministère en vue d'accroître la cohérence et la synchronisation de leurs interventions.



- Les *acteurs régionaux* peuvent eux aussi favoriser l'intégration des services en énonçant leurs propres orientations à ce sujet et en soutenant les changements désirés plutôt qu'en les imposant unilatéralement.
- Les *chercheurs* et les *agents de recherche* peuvent aussi contribuer à l'intégration des services en proposant une représentation différente des problèmes d'organisation des services et des solutions possibles pour y faire face. Pour devenir de réels agents de changement, chercheurs et agents de recherche doivent non seulement diffuser des connaissances, mais aussi se rendre crédibles auprès des acteurs qu'ils cherchent à appuyer.

## Introduction

### L'enjeu et le défi de l'intégration des services aux aînés en perte d'autonomie

Les incapacités et la perte d'autonomie fonctionnelle qui en résulte constituent, pour les aînés et pour leurs proches, un problème de santé majeur. Faire face à ce problème pose un défi de taille pour les systèmes de santé. D'une part, le nombre d'aînés en perte d'autonomie augmentera substantiellement au cours des années à venir<sup>2</sup> ; d'autre part, depuis des décennies, les systèmes de santé se sont d'abord structurés en vue de répondre aux problèmes épisodiques d'usagers jeunes ou adultes. Dans un tel système prédomine une logique de « silo »<sup>3</sup> ; les personnes qui requièrent des services continus et pendant une longue période y sont donc mal desservies. Des services importants manquent et ceux qui existent sont peu ou mal coordonnés de sorte que les personnes âgées ou leurs proches doivent elles-mêmes se débrouiller pour obtenir le service approprié. Le renforcement de la coordination des services est ainsi apparu à plusieurs comme une solution générique à la discontinuité des services aux aînés en perte d'autonomie et à d'autres clientèles vulnérables<sup>4-9</sup>.

**L'intégration** se réalise lorsqu'une gamme complète de services est coordonnée de façon à ce que chaque usager reçoive « le bon service, au bon moment, au bon endroit et par la bonne personne » sans être laissé à lui-même pour obtenir le service.

**La coordination** renvoie aux mécanismes qu'il faut créer et aux actions qu'il faut déployer pour que l'intégration se réalise.

**La continuité**, « c'est la façon dont les soins sont vécus par un patient comme cohérents et reliés dans le temps »<sup>10</sup>.

Plusieurs expériences<sup>4, 5, 6, 11, 12</sup> montrent que la discontinuité des services ne s'explique pas seulement par le manque de coordination des organisations locales. Elle dépend aussi de l'interdépendance des gestes posés par les acteurs

des divers 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 la situation des aînés en perte d'autonomie anime les acteurs ministériels, régionaux et locaux, leurs actions respectives ne convergent pas toujours en ce sens. Il importe donc, autant pour les responsables de politiques que pour les gestionnaires chargés de l'organisation des services aux aînés en perte d'autonomie, de mieux connaître les facteurs qui renforcent ou affaiblissent la synergie des actions entreprises aux trois paliers du système de santé et à l'intérieur de chacun d'eux. En tenant compte de ces facteurs, ces acteurs pourront agir et interagir plus efficacement. C'est à l'examen de cette question que nous nous sommes employés dans un projet de recherche récent<sup>1</sup>.

Après avoir décrit les objectifs et la méthodologie de ce projet, nous en présenterons les résultats en montrant d'abord le rôle des acteurs locaux, puis celui des acteurs régionaux et ministériels. Enfin, nous dégagerons une série de conclusions qui pourraient s'avérer utiles dans le contexte de la mise en œuvre de l'actuelle réforme du système québécois de la santé et des services sociaux. Le chapitre est émaillé d'extraits d'entrevues que nous avons réalisées durant le projet.

## **Le projet de recherche**

Ce projet visait à mieux comprendre l'effet respectif de trois ordres d'intervention – ministériel, régional et local – sur la mise en place de mécanismes et de pratiques de coordination des services aux aînés en perte d'autonomie. Nous poursuivions trois objectifs généraux :

- comprendre en quoi les actions du MSSS, des régies/agences régionales et des acteurs locaux influencent cinq dimensions de l'intégration ;
- mettre au jour les moyens qu'adoptent les acteurs locaux pour coordonner les services aux aînés en perte d'autonomie ;
- dégager les conditions qui favorisent ou entravent la mise en place de mécanismes et de pratiques de coordination des services.

Pour réaliser cette recherche, nous avons adopté une perspective socio-politique<sup>13, 14, 15</sup>. Selon celle-ci, la poursuite d'une meilleure intégration des services soulève des enjeux qui varient selon les valeurs et les intérêts des acteurs et selon le contexte dans lequel ceux-ci évoluent. C'est pourquoi nous nous sommes intéressés à la nature des liens entre les acteurs qui sont partie prenante de cette innovation et à leur influence sur l'intégration des services. Celle-ci comporte par ailleurs plusieurs éléments. Nous les avons regroupés en cinq dimensions, définies dans le tableau 1.1.

L'intérêt d'apporter ces distinctions est que ce ne sont pas les mêmes ensembles d'acteurs qui interviennent sur chaque dimension. La traduction de chacune d'elles en mesures concrètes ne répond pas à la même logique et ne se déroule pas nécessairement au même rythme, ce qui accroît la difficulté de réaliser l'intégration des services. Par exemple, la mise au point d'un dossier patient partageable

Tableau 1.1  
Cinq dimensions de l'intégration des services

Dimension	Définition
clinique	disponibilité d'une gamme complète de services et adoption d'outils communs et de pratiques de coordination d'intensité variable selon les besoins des usagers
informationnelle	utilisation d'outils et de systèmes d'information facilitant les échanges cliniques et la rétroaction en continu
normative	compréhension du modèle d'intégration et adhésion à celui-ci
organisationnelle	création de mécanismes de coordination intra ou interorganisationnels
financière	adoption de modes de financement des services et d'allocation des budgets qui favorisent la prise en charge d'une clientèle donnée

s'inscrit dans le développement général des systèmes d'information d'un système de santé. Sa disponibilité dépend ainsi des budgets consacrés, à chaque palier, aux systèmes d'information et de l'importance accordée à cette application parmi les autres projets jugés prioritaires par les autorités compétentes.

Nous avons étudié sept unités d'analyse réparties sur trois niveaux : le MSSS, trois régies/agences régionales et une sous-région de chacune de ces régions. Les régions sont celles de la Mauricie et du Centre-du-Québec, de l'Estrie et de Chaudière-Appalaches ; les trois sous-régions sont celles des Bois-Francs, de Sherbrooke et de Desjardins (Lévis). Nous avons choisi ces sous-régions pour les raisons suivantes : 1) elles sont comparables en ce qu'elles sont urbanisées et disposent d'un ensemble complet d'établissements publics : centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (ci-après : hôpital), CLSC (centre local de services communautaires) et CHSLD (centre d'hébergement et de soins de longue durée) ; 2) elles sont différentes quant au déploiement de mécanismes de coordination des services aux aînés en perte d'autonomie : dans les Bois-Francs, on a instauré un réseau intégré de services dès 1997. À Sherbrooke, la mise en place d'un tel réseau est en cours depuis 2001, tandis qu'aucun système de cette nature n'était en fonction dans Desjardins en 2004.

Nous avons principalement collecté des matériaux de type qualitatif. Le tableau 2 présente la répartition des 66 personnes que nous avons interviewées par palier et par type de poste occupé. Au palier local, on compte quatre responsables d'organismes communautaires et quatre médecins praticiens.

Nous avons également dépouillé une masse importante de documents officiels, de rapports et de procès-verbaux dans chacune de nos unités d'analyse. À deux reprises, pour comprendre davantage la dynamique locale de concertation, nous avons fait de l'observation directe.

Tableau 1.2  
Répartition des informateurs selon le palier et le type de poste occupé

Poste/palier	Central	Régional	Local	Total
Dirigeants	–	7	11	<b>18</b>
Gestionnaires	5	–	11	<b>16</b>
Professionnels	4	8	17	<b>29</b>
Chercheurs	–	1	2	<b>3</b>
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>16</b>	<b>41</b>	<b>66</b>

Notre travail de collecte s'est poursuivi de l'automne 2002 au printemps 2004 selon la séquence suivante : Bois-Francs/régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec (automne 2002 et hiver 2003), Sherbrooke/régie régionale de l'Estrie (printemps et été 2003) et Desjardins/régie régionale de Chaudière-Appalaches (hiver 2004 et printemps 2004). Nous avons fait des entrevues au MSSS à différents moments (automne 2002, automne 2003 et printemps 2004).

Nous avons analysé ces matériaux selon trois logiques entrecroisées. Nous avons premièrement reconstitué, dans chacune de nos sept unités d'analyse, le contexte et la chronologie des événements relatifs à l'intégration des services aux aînés en perte d'autonomie. Pour nos trois unités locales, nous avons aussi documenté la nature et le mode de fonctionnement du système d'intégration des services mis en place. Nous avons ensuite classé nos matériaux de façon à discerner la nature générale des relations entre acteurs. En dernier lieu, nous avons ventilé ces matériaux par dimension de l'intégration, ce qui nous a permis de dégager la logique d'action propre à chacune d'elles.

## Résultats

Dans cette section, nous présenterons en premier lieu la synthèse des observations que nous avons faites au palier local. Nous présenterons en deuxième lieu la synthèse de nos résultats sur les relations entre le MSSS, nos trois régies/agences régionales et les organisations de nos trois sous-régions.

### La dynamique sous-régionale

*Moi je dis que toute politique ça part du terrain.*

Un professionnel d'une régie régionale

Au milieu des années 1990, nos trois territoires disposaient d'un large éventail de services destinés aux aînés en perte d'autonomie : soins de longue durée, soutien à domicile, unité de courte durée gériatrique (UCDG), unité de réadaptation fonctionnelle intensive et autres. Des mécanismes de liaison interorganisationnels existaient également à cette époque. Ceux-ci visaient notamment l'admission en

CHSLD de patients hospitalisés ou à domicile et la planification du retour à domicile d'une personne âgée après un épisode d'hospitalisation. Dans ce dernier cas, de l'information sur la situation de cette personne était transmise, par téléphone ou par télécopieur, d'un agent de liaison de l'hôpital (infirmière, travailleur social) à un intervenant du CLSC.

Ce système de coordination comporte des limites bien connues : les personnes âgées doivent répéter leur histoire de cas à différents intervenants, ceux-ci changent d'un épisode à l'autre, ce qui nuit à la continuité des services, et il arrive que l'on « échappe » une personne, c'est-à-dire que le lien approprié ne soit pas établi entre deux établissements. C'est fréquemment le cas, par exemple, pour un aîné en perte d'autonomie qui séjourne à l'urgence. Ce modèle dit de liaison convient néanmoins pour les personnes dont la condition ne requiert pas de soins continus.

Deux voies différentes d'amélioration de ce modèle de liaison ont été empruntées dans nos trois sous-régions : un modèle de liaison amélioré (Desjardins) et un réseau intégré de services (Bois-Francs, Sherbrooke). Nous présenterons tour à tour ces deux modèles, dont les principales caractéristiques apparaissent dans le tableau 1.3. Il importe de noter que ces deux systèmes de coordination ne s'opposent pas. En fait, le réseau intégré de services englobe le modèle de liaison, auquel il ajoute, pour les personnes âgées à domicile qui souffrent de problèmes chroniques, des services plus intensifs de coordination, dispensés par un gestionnaire de cas.

### **Le modèle de liaison amélioré**

*Le CLSC [Desjardins] ici, super. Les intervenants qui sont là ont la même vision que nous autres, travaillent avec rapidité, avec les moyens qu'ils ont, mais on a du bon service avec Desjardins.*

Un intervenant social de l'hôpital

Dans Desjardins, l'innovation a consisté à apporter des améliorations au système de liaison existant, soit à l'intérieur d'un établissement, soit entre deux partenaires.

**INTÉGRATION CLINIQUE** Au CLSC Desjardins, le gestionnaire responsable du Service de soutien à domicile a divisé son personnel en équipes multidisciplinaires réparties en quatre sous-territoires. À l'Hôtel-Dieu de Lévis, un nouveau gériatre a instauré une équipe multidisciplinaire à l'UCDG. Dans les deux cas, ces changements ont amélioré la prise en charge des aînés en perte d'autonomie, soit à leur domicile soit durant leur séjour à l'hôpital. On note aussi une bonne collaboration entre le personnel du CLSC et ses partenaires locaux : omnipraticiens pratiquant en cabinet, organismes communautaires offrant des services à domicile et personnel de liaison de l'hôpital.

**INTÉGRATION INFORMATIONNELLE** Le transfert d'informations sur la situation d'une personne âgée se fait, de façon unidirectionnelle, de l'hôpital vers le CLSC,

Tableau 1.3

**Deux systèmes de coordination des services aux aînés en perte d'autonomie**

<b>Modèle de liaison amélioré</b>	<b>Réseau intégré de services</b>
<p><b>Intégration clinique</b> Équipes multidisciplinaires en soutien à domicile Infirmières de liaison au CLSC et à l'hôpital Bonne collaboration avec les médecins</p> <p><b>Intégration informationnelle</b> DSIE</p> <p><b>Intégration normative</b> À l'intérieur des organisations (CLSC, hôpital) Présence de leaders au sein des organisations</p> <p><b>Intégration organisationnelle</b> Ententes formelles hôpital-CLSC et CLSC-coopérative Contacts ponctuels des directeurs généraux</p> <p><b>Intégration financière</b> Aucune</p>	<p><b>Intégration clinique</b> Guichet unique Équipe de gestionnaires de cas Utilisation du PSI</p> <p>Liens entre gestionnaires de cas et médecins</p> <p><b>Intégration informationnelle</b> SIGG</p> <p><b>Intégration normative</b> Consensus des directeurs généraux pour :  <ul style="list-style-type: none"> <li>• mettre en priorité l'amélioration des services aux aînés</li> <li>• agir de concert afin d'y apporter une solution</li> </ul> Présence de leaders visionnaires Présence de chercheurs</p> <p><b>Intégration organisationnelle</b> Table de concertation des dirigeants Mécanismes de coordination horizontaux et verticaux liant dirigeants, gestionnaires et équipe de gestionnaires de cas</p> <p><b>Intégration financière</b> Ententes à caractère financier Enveloppe commune pour la gestion de cas</p>

**Note.** Pour ne pas alourdir inutilement le tableau, nous n'avons pas reproduit dans la colonne décrivant le réseau intégré de services les éléments communs au modèle de liaison amélioré (équipes multidisciplinaires, UCDG, par exemple).

au moyen d'un système informatisé de demande de services interétablissements (DSIE).

*Les CLSC priorisent nos suivis systématiques. [...] Ça c'est tout le temps fait, il n'y a pas de problème. Sauf que [le] monsieur qui n'a pas fait de fracture de hanche puis qui aurait besoin de physiothérapie, bien lui il ne sera pas prioritaire. Ça peut prendre 3-4 semaines, des fois ils nous ont rappelé pour dire, on n'a pas personne ça ne sera pas avant 6-8 semaines*

*avant qu'on le prenne en charge. Mais là il y a comme une rupture dans la continuité pour nous.*

Une infirmière de l'hôpital

**INTÉGRATION NORMATIVE** Mis à part certains problèmes d'accessibilité aux services du CLSC-CHSLD Desjardins, nos informateurs se déclarent globalement satisfaits du mode actuel de prestation des services aux aînés. Pour cette raison, l'idée de le remplacer par un réseau intégré de services suscite un enthousiasme mitigé.

**INTÉGRATION ORGANISATIONNELLE** Dans Desjardins, il n'existe pas de table de concertation des directeurs généraux. Des protocoles lient toutefois le CLSC et l'hôpital pour le transfert de la clientèle au CLSC, pour le suivi systématique de certaines clientèles et pour la DSIE. Un protocole lie aussi le CLSC et la coopérative qui dispense des services d'aide à domicile.

**INTÉGRATION FINANCIÈRE** Aucune entente formelle ne lie les organisations du territoire.

## **Le réseau intégré de services**

Une réforme plus radicale de l'organisation des services aux aînés en perte d'autonomie a d'abord eu lieu dans les Bois-Francs, puis à Sherbrooke. Elle consistait à mettre sur pied un réseau intégré de services doté des caractéristiques énumérées dans le tableau 1.3 et décrites de façon plus détaillée ailleurs<sup>16,17</sup>.

**INTÉGRATION CLINIQUE** Sur le plan clinique, la création d'un réseau intégré de services implique la transformation des manières de coordonner les services. Elle exige en effet de subordonner une logique intra-organisationnelle à une logique inter-organisationnelle et territoriale. La mise sur pied d'un guichet unique pour recevoir les demandes des aînés ou de leurs proches, le fait de confier à des gestionnaires de cas le soin de prendre en charge la coordination des services fournis aux aînés en perte d'autonomie du territoire, le recours progressif à des outils d'évaluation et de planification communs comme le plan de services individualisé (PSI) et l'outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC) sont autant de modalités qui touchent l'ensemble des intervenants qui offrent des services aux aînés.

Pour que les gestionnaires de cas puissent jouer leur rôle, il importe que celui-ci soit bien défini et bien compris par les autres intervenants, dont les médecins. Même si la collaboration avec les omnipraticiens n'est pas gagnée d'avance, les gestionnaires de cas ont commencé à nouer des liens de collaboration avec certains d'entre eux.

**INTÉGRATION INFORMATIONNELLE** Le fonctionnement efficace du réseau intégré de services repose sur la disponibilité en temps réel du dossier clinique de l'utilisateur. Pour ce faire, il faut mettre en place un système d'information qui permette de rendre accessible, à l'ensemble des professionnels autorisés, l'information sur la condition de la personne, les services qu'elle a reçus et les médicaments

qu'elle a consommés. Conçue avec des moyens relativement modestes, la première version du système d'information géronto-gériatrique (SIGG) utilisée dans les Bois-Francis a été lancée en 1998 et sans cesse améliorée depuis<sup>18</sup>. C'est une version plus récente du SIGG que l'on a utilisée lors de la mise en place d'un réseau intégré de services à Sherbrooke.

**INTÉGRATION NORMATIVE** Comment de tels changements ont-ils pu se produire ? Autant dans les Bois-Francis qu'à Sherbrooke, la conception et la mise en œuvre du réseau intégré de services a exigé une concertation soutenue de la part des dirigeants des organisations partenaires et l'intervention d'agents de changement, capables d'expliquer la nature d'un tel réseau et de convaincre les acteurs administratifs et cliniques interpellés par celui-ci de son utilité et de sa faisabilité. La compréhension du modèle d'intégration et l'adhésion à celui-ci se sont en effet révélées des conditions essentielles de réussite dans nos deux sous-régions.

Compte tenu de l'ampleur des changements à apporter et du fait que ceux-ci touchaient plusieurs organisations, leurs dirigeants ont dû 1) se rendre collectivement responsables des problèmes d'organisation des services de leur territoire, 2) reconnaître l'existence de lacunes dans l'organisation des services aux aînés en perte d'autonomie, 3) mettre en priorité l'amélioration de ces services, 4) disposer d'une solution globale à ce problème, soit celle du réseau intégré de services, 5) prendre le temps de s'approprier et d'adapter ce modèle et 6) s'entendre sur celui-ci et accepter de soutenir les changements qu'il exige dans le fonctionnement de leur organisation.

*La recherche venant nous donner les bonnes pratiques nous a permis de développer une vision commune qui a décristallisé le corporatisme et l'individualisme. [...] Une fois qu'on s'est commis sur une vision commune appuyée des chercheurs, on est comme commis par quelqu'un de l'extérieur qui sait quoi faire ou qui veut nous supporter et ça donne une trajectoire intéressante.*

Un directeur général d'établissement

La disponibilité d'agents de changement est apparue déterminante pour que ces conditions se réalisent. Ces personnes – chercheurs, gestionnaires, professionnels – peuvent directement contribuer à modifier les perceptions des autres acteurs en leur présentant les résultats de recherches et d'expériences vécues dans d'autres pays du monde, ailleurs au Québec ou dans la région et en accompagnant le changement de façon à permettre aux acteurs locaux de réfléchir sur l'expérience en cours.

#### **INTÉGRATION ORGANISATIONNELLE**

*Le défi c'est que ça soit une coresponsabilité, donc c'est d'être capable de joindre le clinique et l'administratif. Je veux bien moi être responsable, mais s'il y a un problème je veux juste avoir des instances pour régler ces*



*problèmes-là. C'est sûr que pour moi c'est facilitant pour provoquer des changements.*

Un gestionnaire de cas

Si, dans les Bois-Francs et à Sherbrooke, le consensus des dirigeants des établissements s'est avéré requis pour qu'un réseau intégré des services soit mis en place, ces expériences indiquent de plus qu'il est capital que les gestionnaires et les intervenants aient également voix au chapitre. Eux aussi doivent disposer du temps requis pour s'approprier ce modèle et pour l'adapter aux conditions concrètes de sa réalisation. Une des clefs de réussite de ces entreprises réside d'ailleurs dans l'utilisation de mécanismes de coordination horizontaux et verticaux, reliant directeurs généraux, cadres intermédiaires et gestionnaires de cas. En associant les intervenants et les gestionnaires à la conception et à la mise en œuvre du modèle d'intégration des services, ce système étoffé de coordination a permis d'en accroître la robustesse.

*La concertation c'est facile tant qu'on ne parle pas d'argent.*

Consensus des membres d'une table  
de concertation des directeurs généraux

**INTÉGRATION FINANCIÈRE** Au moment de l'étude, il n'existait, ni dans les Bois-Francs ni à Sherbrooke, d'intégration financière des services aux aînés en perte d'autonomie, c'est-à-dire de budget dédié à cette population qui soit administré par une seule autorité. Dans ces deux territoires, on a toutefois négocié, non sans difficulté parfois, des ententes financières entre établissements. Ces ententes ont notamment eu pour objet de confier à un établissement fiduciaire le budget de la gestion de cas. Au total, toutefois, l'intégration des services a pu se réaliser sans que l'on ait à modifier les règles d'allocation des budgets aux établissements.

## **Le rôle des acteurs ministériels et régionaux**

Dans cette section, nous esquisserons d'abord le contexte dans lequel évoluent les acteurs du Ministère et des régies/agences régionales après quoi nous indiquerons leur rôle respectif selon chacune des cinq dimensions de l'intégration.

### **Le contexte d'action du MSSS**

*Souvent, on n'est pas nécessairement cohérent d'une direction à une autre sur la façon de faire, puis cohérent d'un dossier à l'autre.*

Un gestionnaire du MSSS

Les acteurs du Ministère évoluent dans un contexte à la fois complexe et instable. Les actions du MSSS sont multiples et visent un grand nombre de cibles. Pour le seul cas des services aux aînés en perte d'autonomie, on peut signaler les *Orientations ministérielles*, la création des groupes de médecine de famille, la politique de soins à domicile<sup>19</sup>, la généralisation de l'OÉMC et les orientations en matière

de systèmes d'information et de dossier patient informatisé. Ces décisions doivent elles-mêmes s'intégrer dans des décisions plus générales sur l'organisation des services et l'allocation des budgets au sein du système québécois de la santé et des services sociaux.

À cette complexité intrinsèque de la gouverne d'un vaste système socio-sanitaire s'ajoutent les turbulences propres à son caractère public : dépendance du ministre de la Santé et des Services sociaux envers les engagements de son parti et les orientations du gouvernement, aléas de l'économie et des ententes avec le gouvernement fédéral qui influent sur les revenus de l'État québécois et, par ricochet, sur les crédits dévolus à la santé, changements subits de priorités au gré des problèmes ponctuels qui font la manchette, tentatives d'influence par les groupes d'intérêt, critiques de l'opposition, etc. En outre, les nombreux changements à la direction du Ministère au début des années 2000 et le fait que celle-ci doit composer avec d'autres acteurs institutionnels du palier central comme la Commission d'accès à l'information (confidentialité des dossiers cliniques), la Régie de l'assurance-maladie du Québec et Sogique (banques et systèmes d'information) et le Conseil du trésor (autorisations budgétaires) affectent la continuité des actions du Ministère.

Les délais d'intervention que les acteurs locaux et régionaux reprochent souvent au Ministère tiennent aussi à deux autres phénomènes : les décisions les plus déterminantes pour la structuration du système de santé prennent souvent la forme d'une nouvelle loi ou de modifications à une loi existante. Le recours à l'artillerie législative exige un temps considérable et, du fait de l'amplitude de sa portée, présente toujours le risque d'imposer des changements inappropriés à certains contextes. Il faut par ailleurs noter que certaines innovations locales ou régionales, du fait même de leur nouveauté, outrepassent les règles existantes. À terme, les autorités du MSSS doivent donc, pour rétablir la légalité de ces expériences et permettre leur généralisation, modifier certaines lois. C'est notamment le cas si l'on souhaite faire circuler entre intervenants attachés à différentes organisations des informations contenues dans le dossier clinique d'un patient.

Il est enfin trompeur de voir le Ministère comme un acteur institutionnel unitaire. Le problème de cloisonnement et de discontinuité des interventions se pose avec acuité, non seulement entre celui-ci et les acteurs institutionnels mentionnés ci-dessus, mais aussi en son propre sein. Malgré la mise sur pied de comités ministériels regroupant des représentants de différentes unités administratives, les interventions du MSSS pèchent souvent par incohérence. Celle-ci s'explique en partie par le fait que ces interventions relèvent de directions différentes et que chacune d'elles possède ses propres priorités et ses propres moyens pour les réaliser. Cette division du travail au sein du Ministère pose problème dès lors qu'il faut intervenir pour réaliser un objectif transversal comme l'intégration des services aux aînés en perte d'autonomie.

## Le contexte d'action des régies/agences régionales

*Quand c'est trop top-down, tu ne peux pas travailler avec les gens.*

Un professionnel d'une agence régionale

Les autorités régionales occupent la position inconfortable de l'intermédiaire, qui doit composer à la fois avec les attentes ministérielles et les demandes émanant des établissements, des organismes communautaires et des médecins de son territoire. Certes, les régies/agences disposent de pouvoirs de planification et d'allocation des budgets, inscrits dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Ces pouvoirs s'exercent toutefois dans une logique institutionnelle qui les subordonne à l'autorité du ministre de la Santé et des Services sociaux. Par ailleurs, si les régies/agences disposent de moyens financiers réels pour soutenir certaines priorités régionales, ces moyens demeurent limités du fait que la très grande part des crédits qui leur sont alloués sert à financer les services existants.

Cette délégation de l'autorité ministérielle connaît en outre d'importantes fluctuations selon le style de gestion du titulaire du MSSS. On assiste également, depuis le début des années 2000, à une recentralisation des pouvoirs vers le Ministère à la suite de l'adoption de la Loi sur l'administration publique et d'un projet de loi, dit Loi de la gouverne, qui octroie au ministre le pouvoir de nommer le directeur général d'une régie régionale et la plupart des membres de son conseil d'administration. Ces changements législatifs, inspirés du Nouveau Management public, obligent les établissements et les régies/agences à rendre des comptes sur des objectifs exprimés dans des ententes de gestion. Les régies/agences doivent également répondre sur-le-champ à un nombre important de demandes d'« état de situation » de la part du Ministère sur des événements qui ont retenu l'attention des médias.

Dans un tel contexte, les dirigeants des régies/agences disposent d'un nombre limité de stratégies pour favoriser l'intégration des services, une fois qu'ils ont adopté cette orientation : imposer un modèle de réseau intégré de services ; fournir des incitations économiques aux dirigeants locaux pour qu'ils mettent en place un certain modèle d'intégration des services ; appuyer les acteurs de chaque sous-région de leur territoire dans la poursuite de cet objectif ; adopter une position de laisser-faire face aux acteurs locaux. Dans nos trois régies/agences, la stratégie d'appui a prédominé, suivie de celle de laisser-faire. Si la seconde permet l'innovation locale (Bois-Francs), la première est apparue la plus appropriée pour susciter le changement.

*[Notre position à la régie était de dire] : « chacun pourra y aller de sa façon d'implanter le réseau de services intégrés mais en considération de ces grandes balises-là qui ressortent des expériences ».*

Un professionnel d'une agence régionale

**INTÉGRATION CLINIQUE** Durant notre période d'observation, les acteurs régionaux et ministériels sont intervenus sur cette dimension de l'intégration par la

création et la mise en place progressive de groupes de médecine de famille et par la mise en œuvre d'un programme national de formation sur l'outil d'évaluation multiclientèle.

**INTÉGRATION INFORMATIONNELLE** Dans le domaine de la santé et des services sociaux, la régulation des systèmes d'information est proprement anarchique, c'est-à-dire que ni le Ministère ni aucun autre acteur ou groupe d'acteurs n'est en mesure de faire prévaloir sa conception des outils et des systèmes d'information à déployer. Si, en 2001, le MSSS présente ses orientations en la matière<sup>20</sup>, celles-ci demeurent en bonne partie inopérantes. D'une part, l'évolution rapide des technologies, dont la généralisation du recours à Internet, rend caducs certains choix arrêtés par le MSSS. D'autre part, le Ministère ne dispose pas, et de loin, des moyens requis pour réaliser ses plans. Pour le MSSS, en effet, l'enjeu est d'instaurer des outils et des systèmes d'information hautement sécurisés, suffisamment robustes pour être utilisés à l'échelle du Québec et pour le plus grand nombre de groupes d'utilisateurs possible et qui remplissent une double finalité : faciliter le travail de collaboration des cliniciens et fournir des données de gestion.

Comme le MSSS ne dispose pas des moyens pour déployer de tels systèmes, sa stratégie de repli a notamment consisté à développer l'infrastructure technologique du système de santé – le réseau de télécommunication sociosanitaire (RTSS) – et à appuyer, ou à tolérer selon le cas, différents projets de démonstration menés par des « entrepreneurs » locaux. Le SIGG, mis en place dans les Bois-Francs, compte parmi ces innovations locales. Du point de vue du Ministère, laisser fleurir ces projets est une stratégie rationnelle puisqu'elle permet à ses agents de mieux connaître les conditions de réussite et l'utilité de ces expériences.

*On est juste pogné dans une spirale où on peut juste dire « oui, ça fait du sens que cette expérimentation soit faite ». Pis on n'a pas d'argent nous. Même pour opérer, pensez-vous qu'on a de l'argent pour prévoir l'atterrissage ? Donc on est pris devant des dynamiques de prises de décision qui nous dépassent, et on peut juste observer intelligemment ce qui se passe.*

Un informateur du Ministère

L'impossibilité pour le MSSS de donner une suite concrète à ses orientations soulève une profonde insatisfaction des acteurs locaux qui souhaitent améliorer les fonctionnalités du SIGG (Bois-Francs, Estrie) et des acteurs régionaux qui souhaitent le déployer à l'échelle de leur territoire (Mauricie et Centre-du-Québec, Estrie). L'attentisme du Ministère est jugé inconséquent avec la priorité donnée à l'intégration des services dans les *Orientations ministérielles*. Paradoxalement, les innovations locales en matière de système d'information n'auraient sans doute jamais vu le jour si le MSSS avait pu instaurer un système d'information uniforme à l'échelle du Québec.

**INTÉGRATION NORMATIVE** Si la diffusion des *Orientations ministérielles* a favorisé la mise sur pied de réseaux intégrés de services, c'est d'une part parce que

ce document posait un diagnostic bien étayé sur les problèmes d'organisation des services aux aînés en perte d'autonomie et qu'il présentait à grands traits une solution logique pour y faire face. D'autre part, les *Orientations* donnaient un signal clair quant aux priorités ministérielles, incitant les acteurs régionaux et locaux à mettre eux aussi en priorité l'intégration des services aux aînés.

Selon Kingdon<sup>15</sup>, trois courants doivent converger pour que des autorités acceptent de prendre en charge un problème public : la prééminence de ce problème, la disponibilité d'une solution appropriée pour y faire face et la volonté politique des autorités compétentes de la mettre en œuvre. Le fait que le MSSS se commette en faveur des réseaux intégrés de services est une information dont tiennent compte les dirigeants régionaux et locaux. Ce signal influe sur chacun des courants – problèmes, solutions et politique –, tant au palier local que régional.

L'impulsion pour mettre en branle des réseaux intégrés de services peut provenir du palier local (Bois-Francs<sup>17</sup>), régional (Estrie<sup>21</sup>) ou ministériel (Chaudière-Appalaches<sup>22</sup>). Certains acteurs locaux innovent en l'absence d'orientations claires. De telles orientations vont toutefois les conforter dans leur choix et inciter ceux qui n'ont pas déjà entrepris de modifier leurs pratiques à le faire.

**INTÉGRATION ORGANISATIONNELLE** Pendant notre période d'observation, les autorités régionales et ministérielles favorisent la réduction du nombre d'établissements mais évitent de l'imposer.

**INTÉGRATION FINANCIÈRE** L'orientation dominante du MSSS et des régies régionales en matière financière est d'accroître l'équité budgétaire entre les régions et les sous-régions. Un mode d'allocation par programme clientèle s'instaure progressivement<sup>23</sup>. Au cours des dernières années, le MSSS a aussi eu tendance à spécifier à quelles fins seraient consacrés les budgets dits de développement.

## Conclusion

### Les enseignements de la recherche et la réforme en cours

Depuis la fin de notre collecte de données, les autorités du MSSS ont lancé une nouvelle réforme du système québécois de la santé et des services sociaux. Outre la transformation des régies régionales en agences, celle-ci a rendu obligatoire la création d'une nouvelle catégorie d'établissements investie d'une responsabilité populationnelle, le centre de santé et de services sociaux (CSSS). Celui-ci englobe les CLSC, les CHSLD et, dans plusieurs cas, l'hôpital d'une sous-région. Cette réforme doit paver la voie à la création de réseaux locaux de services reliant les CSSS et des partenaires publics, privés et communautaires. Elle comprend en outre l'élaboration de projets cliniques, une réduction dramatique du nombre d'unités d'accréditation syndicale de chaque établissement et la mise en place de réseaux universitaires intégrés de santé.

Il est encore trop tôt pour se faire une idée claire de l'effet des modifications organisationnelles sur l'intégration des services auprès des groupes vulnérables,

dont les aînés en perte d'autonomie. À la lumière de l'étude que nous avons menée, nous pouvons toutefois tirer certaines leçons utiles pour la mise en œuvre de la réforme en cours dans le secteur de la santé et des services sociaux au Québec.

**MESSAGE GÉNÉRAL** Renforcer l'intégration des services aux aînés en perte d'autonomie est une innovation qui se réalise localement. Le succès de cette opération complexe dépend non seulement de la volonté des acteurs locaux de collaborer, mais aussi de décisions structurantes prises aux paliers régional et central. Ces décisions visent l'une ou l'autre de cinq dimensions de l'intégration : normative, clinique, informationnelle, organisationnelle et financière.

**INTÉGRATION NORMATIVE (IN)** Pour que l'intégration des services se réalise, il est primordial que les acteurs touchés comprennent le modèle d'intégration et y adhèrent. Les acteurs de tous les paliers peuvent contribuer à disséminer ce modèle et à modifier la représentation que se font les autres acteurs de son utilité et de son réalisme. Ainsi, l'intervention de personnes crédibles et dédiées, dont des chercheurs, la mise en priorité de l'intégration des services par les dirigeants et l'allocation par ceux-ci de budgets pour faciliter l'expérimentation favorisent l'intégration.

**INTÉGRATION CLINIQUE (IC)** C'est la raison d'être des autres dimensions et celle sur laquelle les acteurs locaux ont le plus d'emprise. Il importe que les acteurs des autres paliers leur permettent d'adapter le modèle d'intégration des services aux conditions particulières de leur action.

**INTÉGRATION INFORMATIONNELLE (II)** Elle est essentielle au bon fonctionnement d'un système d'intégration des services. Il importe de concilier les préoccupations divergentes des acteurs locaux et ministériels à ce propos de façon à tirer profit des expériences menées sur le terrain. Il est également primordial que les préoccupations cliniques soient prises en compte lors de la conception des systèmes et des outils d'information.

**INTÉGRATION ORGANISATIONNELLE (IO)** L'intégration des services sur une base territoriale exige non seulement l'instauration d'un organe de gouverne sous-régional, mais aussi de mécanismes de coordination verticaux et horizontaux qui relient dirigeants, gestionnaires et intervenants des organisations partenaires.

**INTÉGRATION FINANCIÈRE (IF)** Le passage d'une logique d'établissements à une logique populationnelle est facilité lorsque l'on met en commun les budgets requis pour les activités de coordination.

**INTÉGRATION DES DIMENSIONS** La mise sur pied d'un dossier clinique partageable (II), la fusion d'établissements et la signature de protocoles (IO), la budgétisation par programme clientèle (IF) favorisent en principe l'intégration clinique (IC). L'effet de ces mesures dépend toutefois de l'adhésion des acteurs touchés (IN). Sous cet angle, il est essentiel que la réforme en cours ne succombe pas à une logique bureaucratique qui aurait pour effet de miner la volonté des acteurs locaux de la réaliser.

## Références

1. Ce chapitre est une version remaniée du rapport de recherche suivant : Demers, L., St-Pierre, M., Tourigny, A., Bonin, L., Bergeron, P., Rancourt, P., Dieleman, L., Trahan, L., Caris, P., Barrette, H., Hébert, A. et Lavoie, J. Le rôle des acteurs locaux, régionaux et ministériels dans l'intégration des services aux aînés en perte d'autonomie. Rapport de recherche. Fondation canadienne sur les services de santé. 2005. Ce rapport est disponible sur le site Internet suivants : [www.chsrf.ca/fr/final\\_research/ogc/pdf/demers\\_final.pdf](http://www.chsrf.ca/fr/final_research/ogc/pdf/demers_final.pdf)
2. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie : Un défi de solidarité, Québec ; 2005.
3. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Les solutions émergentes, Rapport et recommandations. Ministère de la Santé et des Services sociaux ; 2000.
4. Heenan D, Birrell D. The Integration of Health and Social Care : The Lessons from Northern Ireland. *Social Policy & Administration*. 2006; 40 (1) : 47-66.
5. Pineault R, Tousignant P, Roberge D. et al. Collectif de recherche sur l'organisation des services de santé de première ligne au Québec : Rapport synthèse. Direction de santé publique. Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, Montréal ; 2005.
6. Leatt P, Pink G, Guerriere M. Towards a Canadian Model of Integrated Healthcare. *Healthcare Papers*. 2000 ; 1 (2) : 13-35.
7. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie. Québec : 2001.
8. Contandriopoulos A P, Denis J L, Touati N et Rodriguez R. Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre. *Ruptures* 2001 ; 8 (2) : 38-52. [www.medsp.umontreal.ca/ruptures/pdf/articles/rupe82\\_038.pdf](http://www.medsp.umontreal.ca/ruptures/pdf/articles/rupe82_038.pdf), site consulté le 21 août 2007.
9. Boelen C. Vers l'unité pour la santé, Défis et opportunités des partenariats pour le développement de la santé. Document de travail. Genève : Organisation mondiale de la santé; 2001.
10. Reid, R., Haggerty, J. et McKendry, R. Dissiper la confusion : concepts et mesures de la continuité des soins. Rapport final. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé ; 2002 : p. i.
11. Langlois A M, St-Pierre M, Bégin C. Les réseaux de services intégrés : possibilités, limites et enjeux. Dans : Lemieux V, Bergeron P, Bégin C, Bélanger G, ed. Le système de santé au Québec, organisation, acteurs et enjeux. Sainte-Foy : Les Presses de l'Université Laval ; 2003 : 145-174.

12. Plochg T, Klazinga N S. Community-based Integrated Care : Myth or Must ? . *International Journal for Quality in Health Care*. 2002 ; 14 (2) : 91-101.
13. Giddens, A. *La constitution de la société*. Paris : PUF ; 1987.
14. Lemieux, V. *Les réseaux sociaux*, Paris : PUF ; 1999.
15. Kingdon, J.W. *Agendas, alternatives, and public policies*. New-York : Harper Collins ; 1984.
16. Paradis, M. et coll. *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*. Québec ; 2001.
17. Tourigny, A. et coll. *Évaluation d'implantation d'une expérience novatrice : le réseau intégré de services aux aînés des Bois-Francs. Santé mentale au Québec*. 2002 ; 28(2) : 109-135.
18. Tourigny, A. et coll. *Système d'information géronto-gériatrique interdisciplinaire et interétablissements : L'utilité perçue et utilisation en temps réel. Rapport de recherche*. Québec : Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval ; 2003.
19. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Chez soi : La politique de soutien à domicile*. Québec ; 2003.
20. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Orientations technologiques du réseau sociosanitaire. Document synthèse*. Québec ; 2001.
21. Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie. *Réseau de services intégrés, ses principes, concepts et composantes. Document de travail*. Sherbrooke : Direction de la santé publique et de l'évaluation ; 2001.
22. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. *Illustration d'une diversité de conditions d'implantation d'un réseau de services intégrés (RSI) pour les personnes en perte d'autonomie (RSI-PPA), de cinq expériences diversifiées à un référentiel régional pour la région de la Chaudière-Appalaches. Direction de l'organisation des services, des affaires médicales et universitaires (DSAMU) ; 2003*.
23. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *L'architecture des services de santé et des services sociaux, les programmes-services et les programmes-soutien*. Québec ; 2004.





# Chapitre 2

## Évaluation du degré de mise en œuvre du réseau intégré de services dans les trois sites expérimentaux de l'Estrie

---

Anne Veil, Réjean Hébert

---

### Points saillants

L'intérêt de concevoir et d'actualiser une mesure de mise en œuvre des six composantes du réseau de services intégré est double. La méthode permet d'abord de s'assurer que les résultats sont bien le fait d'une implantation réelle et suffisante des composantes du réseau. Elle permet également de transmettre aux gestionnaires et intervenants un reflet de la progression des travaux dans leur territoire.

La grille de monitoring était appliquée aux six mois et des résultats intérimaires ont été publiés à deux reprises, après 18 mois et après 3 ans. Au terme de cette démarche, Sherbrooke atteignait 85,2 %, le Granit 77,6 % et Coaticook 69,3 %, portant la mesure globale de la zone expérimentale à 77,6 %. Les composantes qui ont atteint des résultats élevés (90 % et plus) sont les suivantes : la concertation, le guichet unique et les outils SMAF et Iso-SMAF obtenaient d'excellentes cotes à Sherbrooke alors que c'est le DCI-SIGG qui avait la meilleure évaluation au Granit. À Coaticook, aucune des composantes n'avait atteint 90 % et plus. Les composantes qui ont connu plus de difficultés (résultats inférieurs à 70 %) sont le PSI et la concertation (au Granit) et le déploiement de la gestion de cas et des PSI (à Coaticook).

### Introduction

Dans le cadre de l'étude d'implantation, nous avons l'intérêt de préciser le degré de mise en œuvre du réseau intégré de services aux personnes âgées dans les trois Municipalités Régionales de Comté (MRC) où le processus d'implantation a fait l'objet d'un *monitorage* régulier. Le suivi du degré de mise en œuvre est important puisque l'étude d'impact des réseaux intégrés sur la santé des personnes âgées doit pouvoir vérifier que les effets mesurés représentent bien le résultat d'une implantation réelle et suffisante de chacune des composantes. De plus, tout en permettant de statuer régulièrement sur l'état d'avancement des activités d'implantation,

la grille d'évaluation permet d'établir des paramètres utiles pour comparer les trois territoires entre eux.

Comme préalable à la mesure du degré de mise en œuvre, nous postulons que l'implantation des six composantes du réseau intégré devrait permettre d'observer des changements tangibles dans l'offre de services aux personnes âgées (accès, continuité et satisfaction envers les services) et sur des facteurs touchant leur santé ou celle de leur aidant (autonomie fonctionnelle, autonomisation, fardeau, etc.). Toutefois, les composantes n'ayant pas toutes le même rythme de déploiement dans les territoires et devant la difficulté de les implanter toutes simultanément, nous estimons qu'un résultat global atteignant le seuil de 75 % est suffisant pour produire des impacts mesurables sur la population âgée.

Rappelons que les six composantes du modèle PRISMA sont les suivantes : 1) la concertation, 2) le guichet unique, 3) la gestion de cas, 4) l'outil commun d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) ainsi que son pendant au niveau du profil des personnes âgées en lien avec le profil d'accueil des ressources, soit l'outil commun de classification des besoins Iso-SMAF, 5) le plan individualisé de services et 6) le dossier clinique informatisé (DCI). La mesure du degré de mise en œuvre s'appuiera donc sur des indicateurs d'implantation de ces six composantes.

## Méthode

Pour appuyer la démarche, nous avons pris appui sur les théories pertinentes, celle de l'implantation de programme et celle des études de cas multiples. L'évaluation du degré de mise en œuvre ne faisait intervenir que des méthodes quantitatives (statistiques de clientèles, de dossiers, d'utilisation des outils, etc.). Quant à l'étude d'implantation, elle permettait d'effectuer un *monitorage* des éléments constituant des réseaux intégrés, en utilisant une période de référence de six mois. Compte tenu du fait que les territoires n'implantaient les diverses composantes ni en même temps (de façon concomitante), ni au même moment (pas de date d'implantation commune), c'est la date de la mise en place de la gestion de cas que nous avons considérée comme point de départ, à cause de sa centralité par rapport aux autres composantes. La comparabilité des données entre les trois territoires est sujette à cette standardisation de la durée entre chaque collecte. Une cédule de collecte a été élaborée et était connue des responsables des trois territoires.

La stratégie de mesure du degré de mise en œuvre a été proposée à un groupe composé d'experts en santé des personnes âgées, d'intervenants, de gestionnaires, de professionnels de recherche qui ont discuté, critiqué et proposé des améliorations à la fois sur le processus prévu, sur la grille d'évaluation et sur la pondération des éléments<sup>1-2</sup>.

Cette grille de calcul du degré de mise en œuvre devait franchir avec succès les étapes suivantes :

- consensus sur les composantes à mesurer, décrites en fonction d'indicateurs objectivables et observables et consensus sur leur description fonctionnelle ;
- consensus sur la valeur globale des indicateurs puis sur leur valeur unitaire ;
- discussion et accord sur la méthode de mesure à adopter.

Ces étapes ont été franchies en janvier 2002. La stratégie devait être fiable, quelle que soit l'étape d'implantation où elle serait appliquée ; son application devait également être simple à gérer puisqu'elle devait être répétée aux six mois. De plus, afin d'éviter les écueils liés à l'évaluation de la qualité des processus et des activités, qui requiert une méthodologie plus complexe, nous devons nous concentrer sur des éléments objectivables. La méthode de calcul, structurée à partir des trois mécanismes et des trois outils, instaure une pondération globale et unitaire des items, établie en fonction de leur importance relative<sup>1-2</sup>.

Certains aspects du réseau intégré, qui sont de l'ordre des relations et des pratiques professionnelles et de gestion, ne sont pas considérés dans le suivi du degré de mise en œuvre puisqu'elles apparaissent comme conditions de réussite d'un réseau intégré et non comme composante.

### **Fonctions des composantes du réseau de services intégré**

Pour construire la trame de l'évaluation, il faut d'abord chercher à établir ce que serait une implantation optimale. Plutôt que de se limiter uniquement à la présence ou à l'absence d'une composante, nous choisissons de décomposer les fonctions de chaque composante. Ainsi, outre la mise en place d'une structure lorsqu'elle était nécessaire, nous considérons la présence, la présence partielle ou l'absence des aspects fonctionnels de chaque composante. Une description fonctionnelle des composantes suit.

#### **Concertation (20 pts)**

La concertation joue un rôle stratégique dans l'instauration du changement à cause du grand nombre d'acteurs impliqués et de leurs appartenances professionnelle et organisationnelle fort diversifiées (organisations du secteur public de soutien à domicile, organismes communautaires, entreprises privées, économie sociale ou coopérative) et aussi face aux enjeux soulevés autour des pratiques cliniques et de gestion. Pour explorer le degré de mise en œuvre de la concertation, c'est l'existence d'une structure de concertation et son utilisation par les acteurs, orientée sur sa fonction de rétroaction du système, qui constituera le fil conducteur. Nous retrouverons donc des éléments comme la représentation des acteurs concernés, la stabilité de cette représentation dans le temps, la participation régulière des membres à la table, l'information partagée à la table concernant le réseau intégré ainsi que l'adoption d'une perspective critique envers les changements dans les services aux personnes âgées.

La perspective critique est ici définie comme un processus de groupe qui exprime des niveaux d'engagement différents, illustrés par la nature des décisions prises. Les tables de concertation sur les services aux personnes âgées tenaient un rôle dans les changements touchant les services aux personnes âgées ; ce rôle pouvait varier selon les régions puisqu'il n'avait pas été formellement prescrit et que ces tables jouissent d'une certaine latitude à l'intérieur de leur mandat. Ainsi, pour évaluer le niveau de perspective critique de chacune des tables, la modélisation sur les niveaux d'engagement<sup>3</sup> a été utilisée. Les niveaux se décrivent comme suit :

*1<sup>er</sup> niveau* : la table offre des activités répondant à des besoins de populations cibles (selon le modèle de collaboration) ;

*2<sup>e</sup> niveau* : la table développe le niveau d'engagement des partenaires dans une cause commune, ceci impliquant une responsabilisation des partenaires (selon le modèle de mobilisation) ;

*3<sup>e</sup> niveau* : la table contribue à changer des éléments de structure ou de fonctionnement dans un ou plusieurs secteurs d'intervention de la communauté, ce qui implique un pouvoir d'influence sur les contextes et sur les acteurs ainsi qu'un engagement des partenaires dans l'action (modèle de développement social).

### Guichet unique (20 pts)

Les objectifs du guichet unique pour les personnes âgées consistent à promouvoir une meilleure facilité d'accès aux services en améliorant l'aiguillage « des bonnes personnes » « au bon endroit ». Le guichet unique devait également améliorer l'information (concentrée par opposition à dispersée ; exacte et complète par opposition à parcellaire) pour les aîné(e)s, leurs proches et les intervenants, concernant l'ensemble des services aux personnes âgées (publics, communautaires, privés). Le guichet unique doit également contribuer au triage de la clientèle vulnérable en créant un lieu de convergence de l'ensemble des références et en utilisant des outils de repérage. Dans certains cas, une relance téléphonique pouvait être faite. Ce faisant, les intervenants qualifiés du guichet unique contribuent à resserrer le lien entre la personne âgée et le service le plus approprié pour elle.

### Gestion de cas (20 pts)

Pour évaluer le degré de mise en œuvre de la gestion de cas, nous en discernons les aspects objectivables. Le nombre de gestionnaires de cas en ETP (équivalents temps plein) mis en rapport avec les estimations calculées à cet effet. La démarche est disponible dans le chapitre 23 du présent livre. Si le mécanisme d'intervention que représente la gestion de cas n'est pas déployé pleinement, tout un ensemble d'éléments seront également touchés : un nombre moins grand que prévu de personnes âgées bénéficieront d'une évaluation globale de leur situation (SMAF), d'une coordination de services et d'un plan de services individualisé (PSI). La valeur unitaire attribuée aux composantes du SMAF et du PSI reflète cette considé-

ration. Le second aspect à considérer est la charge de cas moyenne comparée avec celle recommandée, soit 45 cas durant les premières années d'expérimentation, puis modulée entre 40 et 45 cas en moyenne. Tout écart à cette norme, soit supérieur, soit inférieur, est pénalisé puisqu'un surplus de cas risque de nuire à l'établissement du rôle de gestion de cas, alors qu'un nombre peu élevé reflète un taux de pénétration faible de la gestion de cas dans la clientèle ciblée.

#### **P.S.I. : outil spécifique de coordination (10 pts)**

La gestion de cas est un nouveau rôle professionnel pour qui le PSI est l'outil spécifique de coordination de services. Il est spécifique parce que c'est le gestionnaire de cas qui est formellement responsable des PSI et du suivi systématique qu'ils supposent. La norme attendue est de 100 % de PSI remplis pour la clientèle suivie en gestion de cas. Un monitoring régulier dans les trois territoires permet de suivre le nombre de PSI dans les dossiers de l'ensemble des nouveaux clients inscrits en gestion de cas sur des périodes consécutives de six mois. Seule la présence du PSI a été considérée, sans égard à l'exactitude, ni à la qualité de son contenu.

#### **DCI : dossier clinique informatisé (15 pts)**

Après une analyse des logiciels qui avaient le potentiel de fonctionner à l'intérieur d'un réseau tel que celui de la Santé et des Services sociaux et avec le type d'informations et le niveau d'exigence requis, l'Estrie a choisi le dossier clinique informatisé SIGG (Système d'information géronto-gériatrique), lequel a été implanté progressivement dans les MRC à compter du printemps 2002. La proposition a été adoptée par les Directeurs généraux des établissements de l'Estrie en décembre 2001. Même si le SIGG soulève plusieurs défis d'implantation, il représente néanmoins une clé d'efficacité indéniable, non seulement pour les gestionnaires de cas mais également pour l'ensemble des partenaires impliqués dans le réseau de services intégré aux aînés. Les éléments à considérer dans l'évaluation concernent l'implantation du logiciel, de postes de travail et l'utilisation qui en est faite par les cliniciens auquel il est destiné.

#### **SMAF et profils Iso-SMAF : outils communs (15 pts)**

Comparés au PSI qui est spécifique à la gestion de cas, les outils d'évaluation et de classification des besoins SMAF / Iso-SMAF présentent un enjeu différent puisque l'objectif est d'étendre l'utilisation du SMAF et des profils Iso-SMAF à de nombreux professionnels, issus de différentes professions et œuvrant dans des établissements et organismes différents, mais qui sont au service des mêmes usagers en perte d'autonomie. L'utilisation de tels outils par des partenaires et intervenants diversifiés engage nécessairement les acteurs dans un processus où certains acquis devront être abandonnés pour intégrer de nouvelles façons de faire. L'utilisation d'outils communs représente un élément important pour actualiser le réseau puisqu'ils servent de véhicules (langage commun) aux messages cliniques essentiels

à l'ajustement du travail des professionnel(le)s entre eux, même s'ils exercent dans des champs différents. Lorsque ces véhicules sont informatisés, le message est transmissible sur le champ à tout(e) professionnel(le) concerné(e) par un même patient. Cela permet en théorie d'éviter la duplication des évaluations et des interventions, ainsi que les multiples répétitions de son histoire que chacun demande au patient âgé ou à son aidant. La norme d'utilisation du SMAF pour les clientèles en gestion de cas était de 100 %.

En ce qui concerne l'outil de classification et de gestion des ressources par profils Iso-SMAF, son implantation implique une modification des modes de gestion de l'offre et de la demande de services sur la base du critère central d'autonomie fonctionnelle. Sa fonction première consiste à dresser les profils d'autonomie d'une clientèle donnée et à les mettre en rapport avec les profils d'accueil des ressources, de façon à maximiser l'adéquation de l'orientation de la personne vivant avec des incapacités vers le type de ressources susceptible de correspondre le mieux à ses besoins. Sa seconde fonction, non la moindre, consiste à servir d'étalon pour le financement des services. La grille détaillée d'évaluation du degré de mise en œuvre a été publiée dans le premier livre PRISMA<sup>1</sup>.

### **Résultats du degré de mise en œuvre après trois ans**

Des résultats intérimaires ont déjà été présentés à mi-parcours dans les trois territoires, de façon à transmettre aux décideurs, gestionnaires et cliniciens impliqués, un ordre de grandeur quant au degré d'implantation atteint pour chacune des composantes. Après un an et demi d'implantation, on remarquait que la concertation atteignait un niveau élevé dans les trois territoires, que le guichet unique éprouvait certains retards, de même que la gestion de cas. Les PSI ne démontraient pas de stabilité dans le temps ; les résultats étaient parfois élevés, parfois faibles. Globalement, Sherbrooke et Coaticook atteignaient 55,5 % alors que le Granit obtenait 63,4 %, principalement grâce au fait que cette région avait été désignée comme pilote pour le déploiement du SIGG, ce qui lui donnait une longueur d'avance sur les deux autres. Ces résultats intérimaires ont été publiés dans le premier livre PRISMA<sup>4</sup>.

Au terme de trois années de suivi, les résultats atteints par chaque territoire sont rapportés au tableau 2.1. Pour Sherbrooke, le résultat cumulatif est de 85,2 %, pour le Granit, il est de 77,6 % et pour Coaticook, il atteint 69,3 %.

Les composantes qui sont ressorties avec des résultats élevés (90 % et plus) ne sont pas les mêmes d'une région à l'autre. Pour Sherbrooke, la concertation, le guichet unique et les outils SMAF et Iso-SMAF obtenaient d'excellentes cotes. Pour le Granit, c'est le DCI-SIGG qui avait la meilleure évaluation. À Coaticook, aucune des composantes n'avait atteint 90 % et plus.

Les composantes qui obtiennent des résultats situés entre 70 % et 89 % sont les suivantes : à Sherbrooke, la gestion de cas, le PSI ainsi que le DCI-SIGG ; au Granit, ce sont la gestion de cas, le guichet unique et les outils SMAF et Iso-SMAF,

Tableau 2.1

**Évolution du degré de mise en œuvre dans les trois territoires expérimentaux**

<b>Périodes de monitorage Sherbrooke</b>	<b>07/2001 %</b>	<b>01/2002 %</b>	<b>07/2002 %</b>	<b>01/2003 %</b>	<b>07/2003 %</b>	<b>01/2004 %</b>	<b>07/2004 %</b>
Concertation (%)	93	93	91	91	76	90,5	90,5
Guichet unique(%)	0	0	50	80	85	85	90
Gestion de cas (%)	0	30,5	53	55	53	58,5	75
Plan de services individualisé (%)	0	81	47	69	62	63	78
Outils communs d'évaluation (%)	40,7	88,7	80	88,7	88,7	92,7	93,3
Dossier clinique informatisé (%)	0	0	0	20	76,7	82	82
<b>Total (%) /période</b>	<b>24,7%</b>	<b>46,1%</b>	<b>55,5%</b>	<b>68,4%</b>	<b>73,8%</b>	<b>79,3%</b>	<b>85,2%</b>

<b>Périodes de monitorage Granit</b>	<b>07/2001 %</b>	<b>05/2002 %</b>	<b>11/2002 %</b>	<b>05/2003 %</b>	<b>11/2003 %</b>	<b>05/2004 %</b>	<b>11/2004 %</b>
Concertation (%)	79	82,5	82,5	82,5	72,5	67,5	67,5
Guichet unique (%)	0	50	70	70	70	70	70
Gestion de cas (%)	0	67	67,5	63	76,5	90	89
Plan de services individualisé (%)	0	65	50	50	66	58	57
Outils communs d'évaluation(%)	36	80	76,7	77,3	82,7	83,3	86
Dossier clinique informatisé (%)	0	0	80	80	80	91,3	91,3
<b>Total (%) /période</b>	<b>21,2</b>	<b>58,4</b>	<b>72,5</b>	<b>71,7</b>	<b>74,8</b>	<b>77,5</b>	<b>77,6</b>

<b>Périodes de monitorage Coaticook</b>	<b>07/2001 %</b>	<b>05/2002 %</b>	<b>11/2002 %</b>	<b>05/2003 %</b>	<b>11/2003 %</b>	<b>05/2004 %</b>	<b>11/2004 %</b>
Concertation (%)	63,9	76,5	86,5	86,5	85	86,5	86,5
Guichet unique (%)	0	50	70	70	70	70	70
Gestion de cas (%)	0	27	54	58,5	62,5	57	52
Plan de services individualisé (%)	0	62	59	53	13	100	41
Outils communs d'évaluation (%)	35,3	77,3	78,7	76	87,3	87,3	83,3
Dossier clinique informatisé (%)	0	0	80	80	80	70,7	73,3
<b>Total (%) /période</b>	<b>18,1</b>	<b>48,5</b>	<b>71,8</b>	<b>71,7</b>	<b>69,9</b>	<b>76,4</b>	<b>69,3</b>

alors qu'à Coaticook, la concertation, le guichet unique et les outils SMAF et Iso-SMAF ressortent.

Pour ce qui est des composantes avec des résultats faibles (inférieurs à 70 %), Sherbrooke n'en a aucune, le Granit compte le PSI et la concertation parmi ses résultats faibles, alors que la gestion de cas et les PSI apparaissent dans cette caté-



gorie pour Coaticook. Le fait que les PSI apparaissent comme globalement moins bien cotés, a déjà été porté à l'attention des gestionnaires dès les premières collectes (résultats intérimaires), ce qui a contribué à développer un projet de recherche spécifique, mené par le docteur Dominique Somme, dont les résultats sont publiés dans ce livre au chapitre 9. Les résultats de cette recherche dont la première partie a été publiée par le docteur Somme dans le premier livre PRISMA<sup>5</sup> permettaient d'abord de réfléchir au concept et à l'utilisation qui en est faite, par la voie d'une recension des écrits. La seconde partie du projet de recherche a permis de découvrir la perception des gestionnaires de cas quant à l'utilité réelle de cet outil, pour progresser ensuite vers un concept d'outil informatisé beaucoup plus axé sur l'évaluation des besoins des clients et également plus convivial et dynamique, permettant d'ajuster le PSI à mesure que les besoins changent ou que la capacité des ressources se modifie. Toutefois, ce nouveau concept n'est pas encore disponible en 2006, puisque des travaux à l'échelle du Québec sont en cours autour de l'informatisation de l'outil. Les gestionnaires de cas se sentent peu enclins à utiliser un outil perçu peu utile, statique et non malléable. Ces éléments peuvent expliquer, en partie, les faibles résultats obtenus pour les PSI dans deux territoires sur trois. Une autre partie de l'explication peut provenir de la charge de travail qui était considérable dans ces mêmes régions où aucun client n'était placé en attente, ce qui laissait peu de temps pour des activités perçues comme essentiellement administratives et sans utilité clinique, d'autant plus que le format actuel du PSI intégré au SIGG oblige à écrire (ou à lire) de nombreuses lignes et colonnes de texte.

La concertation est apparue plus faible au Granit, principalement à cause du fait que la dynamique initiale d'implication des membres de la table de concertation du Granit s'est progressivement muée. D'un rôle de catalyseur et de prescripteur de normes de qualité de services attendus, la table est devenue une instance d'observation, à distance, des progrès ou des lenteurs dans l'implantation des diverses composantes. L'instauration d'un comité aviseur chargé de suivre l'implantation a eu pour effet de dégager la table de certaines responsabilités à l'égard du réseau intégré.

Finalement, la gestion de cas obtient une cote faible à Coaticook parce qu'il y avait insuffisance de ressources humaines investies en gestion de cas et que peu de clients ont été inscrits en gestion de cas durant les premières années. Organisés en modèle mixte, les gestionnaires de cas de ce territoire avaient des charges de cas composées de clientèles mixtes (personnes âgées en perte d'autonomie légère, modérée et grave, clients avec des besoins à court et à long terme, clients en soins palliatifs, personnes handicapées). Il est apparu fort difficile pour eux de développer une autre approche parce qu'ils voyaient mal en quoi le rôle de gestion de cas se distinguait de ce qu'ils faisaient déjà et ils manquaient de temps et d'occasions pour reconsidérer leurs pratiques, notamment à l'égard des services régionaux.

## Évolution des résultats de la zone expérimentale

Globalement, la zone expérimentale, composée de ces trois territoires, a atteint après trois ans un degré de mise en œuvre de 77,6 %. Nous sommes à même de constater au tableau 2.2 une progression constante avec les années. Après un an d'implantation (juillet ou novembre 2002 selon le territoire), la zone atteignait un degré de mise en œuvre de 66,6 %, porté l'année suivante à 72,8 %, pour marquer 77,6 % après 3 ans.

Tableau 2.2

### Évolution annuelle du degré d'implantation total dans la zone expérimentale

Périodes de monitoring	Temps 0 07/2001	Après 1 an 07-11/2002	Après 2 ans 07-11/2003	Après 3 ans 07-11/2004
Sherbrooke	24,7 %	55,5 %	73,8 %	85,2 %
Granit	21,2 %	72,5 %	74,8 %	77,6 %
Coaticook	18,1 %	71,8 %	69,9 %	69,3 %
<b>Moyenne zone expérimentale</b>	<b>21,3 %</b>	<b>66,6 %</b>	<b>72,8 %</b>	<b>77,6 %</b>

Suite au bond réalisé dès la première année d'implantation, le rythme d'évolution s'est considérablement ralenti par la suite en région, alors qu'à Sherbrooke l'évolution, moins rapide au début, s'est poursuivie jusqu'à la fin du *monitorage*. Ce rythme est normal, compte tenu du fait que les composantes les plus faciles à implanter ont pu se réaliser assez rapidement alors que la motivation des acteurs au début du projet était importante. Pour Sherbrooke, la complexité du réseau (nombre, diversité et répartition des services) a suscité des réorganisations assez marquées, ce qui a exigé plus de temps. Les milieux plus petits ont des avantages sur ce point, ils sont moins nombreux à se concerter, les changements peuvent s'effectuer plus rapidement. L'implantation du plan de services individualisé a été plus difficile et a finalement plafonné, surtout à cause de l'utilité limitée perçue par ses principaux utilisateurs, les gestionnaires de cas, ainsi que de trop rares consultations des informations du PSI inscrites au SIGG par les autres intervenants du réseau.

## Discussion

Nos observations dans le milieu et les mesures régulières effectuées nous amènent à conclure que les territoires ont atteint un résultat intéressant, compte tenu des difficultés rencontrées durant l'implantation. Mentionnons notamment le manque d'un financement approprié pour fournir les ressources humaines et matérielles qui auraient été requises pour rejoindre les cibles suggérées par l'équipe de recherche, ainsi que le nombre d'équivalents à temps complet requis en gestion de cas et le maintien de la charge de cas allégée à 45 cas (en milieu rural). De

plus, le fait que les services de soutien à domicile au Québec soient demeurés sous-financés par rapport aux besoins grandissants des personnes âgées en perte d'autonomie, ne facilitait pas la tâche des gestionnaires de cas. Malgré un contexte difficile, il faut souligner que les gestionnaires et les cliniciens ont déployé des efforts importants pour atteindre les objectifs d'implantation d'un réseau intégré de services pour les personnes âgées de leur territoire.

## Références

1. Veil, A. et Hébert, R. Évaluation du degré de mise en œuvre d'un réseau de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Dans Hébert, R., Tourigny, A. et Gagnon, M. Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes. EDISEM Québec, 2004 : 125-134.
2. Hébert, R. et Veil, A. Monitoring the degree of implementation of an Integrated Delivery System. *International Journal of Integrated Care*, 2004 ; vol. 4 (September) : 1-11. ISSN 1568-4156 .
3. Lebeau, A., Vermette, G. et Viens, C. Bilan de l'action intersectorielle et de ses pratiques en promotion de la santé et en prévention des toxicomanies au Québec. 38 - Collection Études et analyses. Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation. 1997, 102 pages.
4. Veil, A. et Hébert, R. 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). Dans Hébert, R., Tourigny, A. et Gagnon, M. Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes. EDISEM, Québec, 2004 : 79-124.
5. Somme D., Hébert, R., Bravo, G. et Blanchard, F. Le plan de services individualisé (PSI) – Concept et utilisation à travers les expériences québécoises et internationales d'intégration des services aux personnes âgées. Dans Hébert, R., Tourigny, A. et Gagnon, M. Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes. EDISEM, Québec, 2004 : 281-299.

# Chapitre 3

## Bilan de l'intégration des services : perceptions des gestionnaires et des intervenants

---

Anne Veil, Réjean Hébert

---

### **Points saillants**

Afin de vérifier auprès des acteurs clés de l'implantation du réseau intégré de services aux personnes âgées dans quelle mesure ce réseau était effectivement mis en place, avait évolué et s'avérait fonctionnel, nous avons rencontré plus de 75 personnes en entrevues individuelles ou de groupes focalisées dans les trois territoires de la zone expérimentale en Estrie.

Le bilan tiré de l'analyse de ce matériel permet de constater que les six composantes sont implantées mais que le fonctionnement de certaines d'entre elles n'est pas optimal. Parmi les obstacles relevés par l'ensemble des participants aux entrevues, l'insuffisance des ressources, tant humaines que financières, apparaît comme un facteur prédominant. Les facteurs facilitateurs relevés concernent l'alignement du changement à effectuer sur les trois niveaux d'action ou de pouvoir (décisionnel, gestionnaire et clinique) ainsi que l'importance du leadership exercé au niveau local et régional. Les gestionnaires et intervenants perçoivent un changement de paradigme qui s'effectue dans la foulée des réseaux intégrés, c'est-à-dire que le réseau de la santé et des services sociaux se conscientise sur l'importance de leur clientèle âgée et de leurs besoins liés à la perte d'autonomie et aux maladies chroniques, sur la prédominance des soins et services à long terme et les choix que cette tendance impose à l'organisation des services et aux pratiques professionnelles. Les services s'organisent de plus en plus dans un cadre de partenariat entre les dispensateurs publics, privés et associatifs d'une large gamme de services de santé, de réadaptation et de services sociaux.

Cette nouvelle sensibilité aux besoins des personnes âgées et à leur arrivée en nombre, crée un espace de changement dans l'interaction entre ces dispensateurs désormais conscients de la nécessité de l'apport des partenaires en interdépendance pour contribuer efficacement à solutionner les problèmes complexes des personnes âgées en perte d'autonomie, tout en cherchant à éviter ou à retarder leur institutionnalisation.

Malgré un contexte de pénurie d'effectifs, marqué par des difficultés d'accès aux services de base, les gestionnaires et les intervenants demeurent convaincus de la valeur du modèle de réseau intégré et ils nous indiquent qu'il est exportable puisque pertinent par rapport aux problèmes vécus sur le terrain. Bien que, par moments, le manque de balises ait été relevé, il reste que l'espace d'appropriation du modèle est jugé intéressant, les territoires locaux peuvent ainsi lui imprimer leurs couleurs.

## Introduction

L'étude d'implantation de mécanismes et outils d'intégration des services a réalisé un suivi de trois ans dans les trois territoires de la zone expérimentale. Ce suivi comprenait une observation participante aux tables de concertation, des cueilletes de données dans les systèmes d'information (I-CLSC et SIGG) afin de connaître d'une part dans quelle mesure les six composantes du réseau intégré étaient implantées (degré de mise en œuvre) et de vérifier d'autre part si les principales fonctions des mécanismes et outils étaient observables. Ainsi, des statistiques sur l'achalandage du guichet unique et le repérage de la perte d'autonomie ont été répertoriées ; des descriptions de structures et de dynamiques de participation aux tables de concertation ont été réalisées ; des relevés d'interventions et de clientèles suivies en gestion de cas ont permis de s'assurer que les activités professionnelles des gestionnaires de cas s'effectuaient bien auprès des clientèles ciblées ; les données du SIGG ont mis en lumière les principaux utilisateurs du dossier clinique informatisé. Les résultats de ces activités de suivi de l'évolution de l'implantation ont fait l'objet d'un rapport intérimaire<sup>1</sup> (évaluation formative) destiné surtout aux décideurs et responsables des trois territoires qui disposaient ainsi de données objectives pour guider leurs décisions quant aux efforts à fournir dans le déploiement ou l'alignement de l'une ou l'autre des composantes. Des présentations à des colloques sur les résultats intérimaires ainsi que sur les résultats au terme de trois ans de suivi ont été réalisées. Le présent chapitre se situe au terme de toute cette démarche alors que les acteurs posent un regard sur les progrès accomplis, sur ce qui a été facilitant ainsi que sur les difficultés rencontrées.

## Méthodologie

Une étude de cas multiples avec niveaux d'analyse imbriqués<sup>2</sup> est une méthode d'évaluation indiquée lorsque 1) les frontières entre le phénomène et son contexte ne sont pas clairement identifiées, 2) l'étude des variables de contexte est appropriée pour la compréhension du phénomène et 3) les comportements pertinents à l'étude ne peuvent pas être manipulés ou contrôlés. Ces trois conditions étant réunies dans l'étude d'implantation, l'étude de cas multiples a été choisie. De par la nature des objectifs de l'étude, une méthodologie mixte a été

privilegiée. Les éléments quantitatifs ont été présentés dans un rapport intérimaire et dans les chapitres 5, 6 et 7 du 1<sup>er</sup> livre PRISMA<sup>3</sup>. D'autres éléments quantitatifs sont présentés aux chapitres 2, 4, 6 et 23 du présent volume. Nous livrons ici les éléments qualitatifs.

Les participants aux entrevues ont été identifiés de deux façons. Pour le niveau des décideurs et gestionnaires, il s'agissait des personnes qui détenaient des postes clés : direction générale d'établissements et d'organismes communautaires, direction des services professionnels et des soins infirmiers, direction et chefs d'administration des services aux personnes âgées, infirmières-chef de services spécialisés (gériatrie, réadaptation intensive, hôpital de jour). Pour le niveau clinique, des entrevues de groupe (quatre à Sherbrooke et une dans chaque territoire rural) ont réuni des professionnel(le)s du service social, soins infirmiers, réadaptation et des intervenants communautaires qui ont été identifiés soit par les gestionnaires de cas, à partir d'une liste de leurs interlocuteurs principaux, soit par la position qu'ils occupaient dans des services clés, par exemple au guichet unique, services de longue durée, services spécialisés. Cet échantillonnage devait permettre de rejoindre la plus vaste représentation possible de services du continuum personnes âgées. Les entrevues ont été enregistrées sur bandes audio, retranscrites sous forme de *verbatim* et traitées par synthèse. Le canevas des entrevues portait essentiellement sur la perception de l'implantation et du fonctionnement des six composantes du réseau intégré de services, sur les aspects facilitants et contraignants de leur expérience d'implantation du réseau intégré et, à partir de leur bilan de trois années, sur leur estimation à l'effet que d'autres régions auraient avantage ou non à implanter ce modèle de réseaux intégrés (généralisation). La perspective donnée à la démarche avait un but « sommatif », c'est-à-dire de se positionner par rapport au potentiel de généralisation des réseaux intégrés de services aux personnes âgées en lien avec l'efficacité du modèle. L'efficacité recouvre essentiellement, pour les besoins de l'étude d'implantation, l'accessibilité, la continuité et l'intégration des services telles que perçues par les acteurs. Puisque chaque territoire possédait une marge de manœuvre pour s'approprier les différentes composantes de façon à ce qu'elles maximisent leur chance de pérennité (logique de traduction), la généralisation dont il est ici question, ne vise que l'ensemble des composantes et leur synergie, même si le processus d'appropriation a donné lieu à d'intéressantes initiatives dans les trois territoires.

## Résultats

Nous présentons les résultats par territoire afin de ne pas masquer les spécificités rapportées pour chacun d'eux. Nous regroupons les propos des décideurs et des gestionnaires supérieurs et intermédiaires d'une part puisqu'ils sont convergents et d'autre part, ceux des divers intervenants qui expriment les préoccupations du niveau clinique.

## Les gestionnaires de Sherbrooke

Bien que la concertation se soit engagée avec l'ensemble des établissements publics, communautaires et privés conventionnés du territoire, tous n'ont pas la même implication, ni à l'égard de la problématique, ni par rapport aux intérêts directs face au changement planifié. Certains participent donc activement au processus, sans être un bénéficiaire direct et immédiat des changements à survenir, par exemple le Centre de réadaptation de l'Estrie qui partage avec ses partenaires un nombre limité de personnes âgées en perte d'autonomie. Les partenaires partagent des valeurs de fond à l'effet qu'il faut que « *les acteurs travaillent comme une seule et même équipe* » bien que les efforts pendant les premières années aient porté sur la gestion des interfaces. Le modèle de réseau intégré de services en Estrie a permis de réaliser un cheminement structurel, il suffit maintenant de parfaire la prise en charge clinique, en ayant recours à des modèles types de prise en charge clinique qui pourraient être diffusés parmi les partenaires et où chacun aurait un rôle défini, notamment sur les problèmes cognitifs et autres maladies chroniques. L'implantation du dossier clinique informatisé SIGG<sup>a</sup> a été une occasion de se familiariser avec les nouvelles règles de confidentialité spécifiques aux systèmes informatisés de transmission d'informations cliniques.

Au CHUS<sup>b</sup>, un établissement régional de soins généraux et spécialisés de 5000 employés, on estime avoir établi une complicité dans les discussions et partagé des préoccupations communes concernant les problèmes vécus par les partenaires. Toutefois, la connaissance du concept « réseau intégré » et de ce que la gestion de cas et le SIGG peuvent apporter à la courte durée est demeurée limitée ; plusieurs intervenants du CHUS ignorent comment le réseau intégré peut les aider dans l'organisation des soins. L'accès au SIGG est restreint aux travailleurs sociaux et aux infirmières de l'équipe de gériatrie ; l'urgence ne le consulte pas beaucoup, mais on souligne à cet égard la lenteur d'accès au réseau régional qui a découragé certains utilisateurs dès le départ. L'intérêt premier du CHUS dans sa participation à la concertation était que les partenaires communautaires se responsabilisent davantage par rapport à la clientèle âgée qui séjournait trop longtemps dans les lits de courte durée alors que l'intervention médicale était terminée. Les travaux ont effectivement permis « une nette amélioration » mais il reste du travail à faire. À l'égard des gestionnaires de cas (GC), le CHUS remarque leur présence à l'urgence ou sur les unités – les GC sont invités à venir parler de la nature de leur contribution et de leur rôle ; le personnel du CHUS partage avec eux/elles ses préoccupations et attentes, ce qui permet un arrimage basé sur une meilleure connaissance mutuelle. Pour une grande organisation comme le CHUS, il aurait fallu plus de personnes suivies

a SIGG : Système d'information géronto-gériatrique

b CHUS : Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

en GC pour qu'on puisse vraiment sentir l'impact : « *C'est une goutte dans l'océan.* » Sans un volume important de cas suivis, il est plus difficile pour le corps médical de voir et de sentir un impact. Il a été observé aussi que les GC n'avaient pas tous la même perception de leur rôle et que les travailleurs sociaux du CHUS conservaient des craintes d'ingérence dans leurs dossiers. Même si chacune des organisations tentait d'améliorer le système, il reste que « *sans mécanisme régional, c'est le patient qui restera coincé* ». Le CHUS a réussi une amorce dans le repérage de la perte d'autonomie au niveau de l'urgence (avec le Prisma-7) ; au début de l'expérience, le CLSC craignait d'être submergé de références mais la progression fut lente. Par contre, le repérage de la perte d'autonomie est aussi utile à l'interne, puisque les infirmières de gériatrie arrivent plus vite dans le dossier d'une personne âgée repérée et hospitalisée, ce qui leur permet souvent de suggérer une prise en charge par l'équipe de gériatrie. Ce maillage suscite des craintes d'augmentation de la charge des gériatres qui sont déjà en nombre insuffisant. Néanmoins, un repérage plus organisé à l'urgence permet de savoir si l'achalandage est dû à des retours répétés des mêmes personnes. D'autres portes de l'hôpital pourraient être utilisées aussi pour repérer les gens âgés en perte d'autonomie (cliniques préparatoires à la chirurgie, ophtalmologie, etc.). Il n'y a pas nécessairement consensus au CHUS sur le fait de repérer à l'urgence, mais les mentalités doivent évoluer. Lorsque ce repérage permet d'identifier que la personne âgée est suivie en gestion de cas, ce qui autorise une intervention rapide du GC et augmente ses chances d'agir sur la durée de séjour, les gens sont impressionnés. Malgré cette preuve de réactivité du GC, ils s'interrogent sur la charge de cas allégée des GC, surtout parce qu'ils souhaiteraient avoir plus de personnes suivies en gestion de cas. Au plan inter-organisationnel, le CHUS et le CLSC<sup>c</sup> travaillent sur un outil commun de gestion – ces initiatives permettent d'installer la confiance, de voir où sont les problèmes plutôt que de consulter les statistiques chacun de son côté.

À l'IUGS<sup>d</sup>, on estime être passé des concepts de départ à la réalité de la gestion de cas et on constate que certains dossiers qui semblaient au début très difficiles à réaliser, comme le SIGG, ont finalement été concrétisés. Le SIGG est bien implanté et la formation sur les profils Iso-SMAF avance, bien que peu de personnes encore se sentent parfaitement à l'aise avec leur utilisation. Les médecins des soins de longue durée, sauf exception, n'en ont pas une connaissance approfondie. Avec la fusion entre le CLSC et l'IUGS, des discussions sont engagées sur le partage des informations, le traitement des demandes notamment pour l'hébergement temporaire ou par alternance. Avec le travail en réseau, des décisions comme des fermetures de lits d'hébergement doivent être considérées aussi avec l'impact qu'elles ont sur les partenaires : « (...) *Notre préoccupation n'est pas juste à l'intérieur (...) maintenant c'est un système.* »

c CLSC : Centre local de services communautaires

d IUGS : Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke



Les gestionnaires doivent donc ajuster leur rôle et amener le personnel à être plus conscient des obligations au niveau de l'ensemble du continuum de services. Avec l'expérience de l'utilisation des profils Iso-SMAF pour décider de l'orientation d'une personne vers tel type de ressource (profils 10 et plus en CHSLD<sup>e</sup> et profils 6 à 9 en RI<sup>f</sup>), il semble que l'expérience démontre qu'il faudrait « *voir au-delà du profil* » et appuyer les décisions également sur un jugement clinique professionnel. Cet avis est partagé par une grande majorité d'intervenants qui déplorent l'utilisation actuelle des profils Iso-SMAF, tranchée et catégorique. Ce n'est plus un outil de soutien à la décision, le profil est la décision. Avec le manque de ressources de soutien à domicile, les gens arrivent au CHSLD en état de détresse et d'épuisement ; présentement, les ressources proviennent de l'intérieur même du système, alors pour habiller Pierre, on déshabille Paul. Si aucune ressource n'est allouée pour faire du développement, le réseau ne peut pas fonctionner à son maximum. On signale des listes d'attente pour les services d'évaluation gériatrique, l'hébergement par alternance et la physiothérapie. Malgré ces difficultés, le gestionnaire de cas peut faire beaucoup pour soutenir les familles. On voit aussi des résultats intéressants au niveau de l'hôpital de jour et du Centre de jour qui travaillent ensemble à clarifier les rôles, tenter d'éviter la duplication des évaluations et mieux orienter les personnes âgées dans leur service respectif. Il faut travailler davantage pour faire connaître l'approche gériatrique aux intervenants et cliniciens du CH, ainsi que les contraintes avec lesquelles on doit travailler en CHSLD. Chaque semaine, les DSI<sup>g</sup> du CHUS et de l'IUGS discutent ensemble ; on a récemment organisé un déjeuner avec des cliniciennes pour partager les préoccupations communes, par exemple sur la gestion des infections dans les deux établissements. « *Moi, je suis tellement contente de ça!* » Ce qui n'est pas encore suffisamment visible, c'est la collaboration avec les médecins qui pratiquent en cabinet privé. D'autres initiatives sont décrites pour comparer la façon de travailler avec le SIGG dans une équipe d'URFI<sup>h</sup> par rapport à l'équipe d'évaluation du guichet unique (GU) et également entre le guichet et la gestion de cas, dans le but de voir si on peut s'arrimer mieux, cibler ce qui est important pour les deux équipes, et partager un même langage clinique. Par exemple, la façon dont les deux services interprètent ce qu'est une urgence, un cas lourd, un épuisement de l'aidant. On révisé en même temps la bureaucratie pour tenter de l'alléger. L'attente de l'URFI face au GU serait d'améliorer le retour d'informations sur la prise en charge d'un patient dirigé vers le soutien à domicile – particulièrement les délais d'attente pour les services demandés, « *pour qu'on soit déchargé de la responsabilité* ». C'est important en réadaptation parce que la

e CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée

f RI : Ressources intermédiaires

g DSI : Directeur/trice des soins infirmiers

h URFI : Unité de réadaptation fonctionnelle intensive

récupération maximale s'effectue dans les trois premiers mois après un AVC ; dans ce cadre, tout délai doit être surveillé.

Au niveau des systèmes d'information, on aimerait que tous les outils, pour tous les clients, soient informatisés et qu'on évite le papier, en considérant toutefois que les équipes cliniques ont des habiletés variables pour l'utilisation du clavier et de l'ordinateur, d'où l'importance de la convivialité des logiciels. Améliorer la transmission de l'information clinique déjà disponible dans les services spécialisés de l'IUGS aiderait encore la prise en charge au domicile. Sans une couverture à 100 % des outils informatiques, certains transferts d'information ne s'effectuent pas. À l'hôpital de jour, lorsqu'une personne passe en gestion de cas, le changement de statut est plus difficile à gérer avec le SIGG car on migre du serveur local au serveur régional, ou encore du format papier vers le SIGG régional et, dans la transition, on perd de l'information. De plus, lorsqu'on partage les bureaux et les postes informatiques et que les salles d'examen n'ont pas d'ordinateur, on rencontre des limites ; il faut retranscrire du format papier vers l'ordinateur, une duplication non souhaitable. Le même type d'arrimage avec les intervenants du CHUS serait intéressant mais il semble pour le moment difficilement réalisable à cause de la taille de l'organisation. Le véritable gain de l'hôpital de jour et de l'URFI a été effectué dans l'utilisation d'outils communs, mais au niveau de la concertation, les consultations entre partenaires sont très importantes *« pour que les gens se sentent impliqués dans le changement »*.

Le CLSC est l'organisation la plus centrale par rapport à la mise en place des mécanismes de gestion de cas et de guichet unique, surtout à cause du positionnement de sa mission en 1<sup>re</sup> ligne. Bien que les gestionnaires de cas aient d'abord été installés en périphérie des installations du CLSC afin de bien démarquer leur rôle inter-organisationnel, au bout de quelque temps, cette orientation a été reconsidérée. D'une part, le modèle de gestion de cas a été remanié (de rôle unique à hybride) ; d'autre part, plusieurs des établissements de la première heure fusionnaient, ce qui a facilité l'intégration clinique et rendu moins critique l'emplacement physique des gestionnaires de cas. De plus, les intervenants de première ligne espéraient un regroupement avec les équipes de zone en vue d'améliorer la fonctionnalité d'ensemble. Toutefois, aux yeux des gestionnaires, avec le bassin de population, il demeure avantageux de conserver une équipe dédiée de gestionnaires de cas. Au terme de ces aménagements, les dirigeants du CLSC estimaient que les irritants avaient été corrigés et que la gestion de cas était de plus en plus acceptée par l'ensemble des acteurs et vue comme un facteur significatif dans le réseau. *« C'est un plus. »*

Quant au PSI<sup>i</sup>, il reste du travail à faire ; cet outil n'est pas entré dans les mœurs et on rapporte une certaine lourdeur de conception et d'utilisation. Le PSI n'a pas obtenu l'adhésion requise : le concept manque de clarté, la forma-

i PSI : Plan de services individualisé

tion et l'outil ne sont pas au point. Le ministère de la Santé et des Services sociaux et son comité scientifique assument une démarche afin de faire progresser cet outil pour qu'il réponde aux besoins des GC et de l'ensemble des intervenants qui le consulteront davantage au SIGG s'il est plus clair, plus représentatif de la réalité actuelle des services au client. Récemment, une quinzaine de médecins d'une clinique médicale ont demandé les PSI de leurs patients suivis en gestion de cas ; le besoin est là, sans aucun doute, mais l'outil n'est pas encore à la hauteur des attentes. Concernant le guichet unique, on évolue de plus en plus vers une notion de système d'accès unique puisqu'il y a toujours plus d'une possibilité pour avoir accès aux services dans une ville d'importance – toutefois on bénéficie maintenant d'un processus clair pour le cheminement et l'inscription dans le réseau. Les mécanismes de concertation ont été marqués par la coexistence initiale de plusieurs établissements œuvrant en missions séparées (un CH – deux CLSC – cinq CHSLD) et de plusieurs partenaires privés et associatifs. Avec le système d'information et de communication que les gestionnaires du réseau intégré se sont donné, « *il n'y a plus un gestionnaire à Sherbrooke qui a le sentiment de gérer une boîte seulement, ils sont coresponsables d'un réseau ; je suis assez convaincu de ça* ». Il reste que les partenaires privés ont été plus difficiles à insérer dans la structure de concertation (médecins, pharmaciens et résidences privées), mais les conditions ne sont pas faciles pour ces acteurs qu'on interpelle en dehors de leur champ d'action premier, le service à leur clientèle. Pour les médecins, des liens intéressants ont été créés avec le DRMG<sup>j</sup>. Il aurait été aidant de soutenir l'intérêt de certains médecins, en ayant par exemple un système de rémunération qui leur permette de facturer certaines heures chaque mois pour leur participation à un réseau et à des rencontres multidisciplinaires. Pour les pharmaciens, l'enjeu touche surtout la question de la mise en réseau de l'information et de la capacité technique d'installer le SIGG dans les pharmacies communautaires hors du réseau RTSS. « *C'est un chantier à ouvrir.* »

Le SIGG est installé dans tous les services publics mais devrait idéalement s'étendre aux GMF (groupes de médecins de famille) et aussi aux cabinets de médecins. Le SIGG et les profils Iso-SMAF sont devenus des outils couramment utilisés aux services à domicile – les gens comprennent et savent ce qu'on peut en tirer. Puisque ce n'est pas tout le monde qui alimente le SIGG, le contenu n'est pas optimal. Plusieurs auteurs cliniques (CHUS, hôpital de jour, etc.) font des évaluations SMAF ou OEMC, mais sans les inscrire au SIGG. Pour leur part, les GC utilisent le SIGG à 100 % et ont plus de 500 clients enregistrés dans le système. L'équipe d'évaluation au guichet unique utilise le SIGG sur ordinateur portable, ce qui est un pas appréciable. La cohabitation des outils papiers avec l'outil informatisé n'est pas gagnante ; l'existence d'un autre dossier informatisé (les diagnostics et laboratoires sur Ariane) requiert une inter-

j DRMG : Département régional de médecine générale

face avec le SIGG. Il serait très structurant d'insérer d'autres types d'évaluations cliniques au SIGG, par exemple le fait d'avoir des protocoles pour les troubles cognitifs pourrait soutenir la relation de confiance et de collaboration entre les services, le cadre de prise en charge serait partagé et une convergence des interventions assurée. Avec de tels outils communs d'évaluation et de classification des besoins, on crée un langage clinique et des schèmes de référence communs. Utilisés dans de plus vastes opérations, comme l'évaluation des profils de l'ensemble des clientèles en hébergement, on obtient des informations très riches et avec un nouveau potentiel d'analyse. On s'aperçoit du nombre de profils avec atteintes cognitives, physiques et mixtes qu'un établissement héberge. On constate également que les profils, bien qu'ils soient utilisés pour déterminer le financement des services, ne tiennent pas compte des problèmes de santé qui demandent un suivi médical ou infirmier intensif. Les gestionnaires considèrent être dans une phase initiale de l'interprétation des données longitudinales sur les personnes en établissement ; il y a des éléments à clarifier, mais c'est très intéressant.

Plusieurs partenaires adhèrent aux orientations du ministère à l'égard des réseaux intégrés mais il y a encore des pratiques professionnelles qui n'ont pas changé et quelques gestionnaires sont sceptiques, non pas sur la concertation qui donne des bénéfices visibles mais sur l'utilisation de l'OEMC dans certains contextes. Pour les gestionnaires qui aimeraient implanter le réseau intégré en se servant uniquement du modèle de base, il semble manquer de clarté ; des balises ont été instaurées au fur et à mesure des travaux dans les territoires. On considère toutefois que le modèle a une grande valeur : 1) les personnes âgées doivent être prises en charge dans la communauté ; 2) lorsque la perte d'autonomie est marquée, le guichet unique la détecte et, en étant branché sur la première ligne communautaire, un suivi est assuré dans un continuum ; 3) le repérage peut également s'effectuer aux urgences des hôpitaux ainsi que dans des cliniques de vaccination, de façon à référer les personnes vulnérables au volet CLSC pour une évaluation globale de leur situation et, au besoin, pour être dirigées en gestion de cas. Plus les critères sont simples, plus la systématisation est possible et c'est ce qui a été fait à Sherbrooke en simplifiant le critère d'accès à la gestion de cas (profil Iso-SMAF 4 et plus). Traditionnellement, au CLSC, les intervenants répondent à une demande et ferment le dossier. Avec le concept de suivi au sein d'un continuum, on accède à une autre façon de faire en formant un tandem entre le GC et le médecin de famille et en associant les aidants. On sait aussi qu'il faudrait relier les clientèles de l'UCDG<sup>k</sup> et de l'hôpital de jour avec la gestion de cas puisque la moyenne des SMAF dans ces services indique une perte d'autonomie significative. Si les intervenants réfèrent peu à la gestion de cas, c'est parce que les résidences privées et la famille combinent la majorité des besoins. Mais en réalité la personne reste avec des incapa-

k UCDG : Unité de courte durée gériatrique

cités importantes et le besoin de suivi à long terme doit être assumé par des professionnels puisque ni la résidence privée, ni la famille ne sont responsables de la continuité. Plusieurs intervenants du réseau ont progressé par rapport au fait qu'on souhaite éviter la duplication, mais tout le volet clinique doit encore continuer à évoluer dans le sens d'une harmonisation des pratiques cliniques. Le modèle est exportable dans ses six composantes, indissociables l'une de l'autre, le reste « *prend la couleur particulière du territoire* ». On proposerait seulement l'ajout d'une 7<sup>e</sup> composante à ce modèle pour qu'elle ressorte spécifiquement, soit les médecins de famille. Ceux-ci ont des modes organisationnels complètement différents qui requièrent des mesures particulières et incitatives. Avec l'avènement des AMP (activités médicales particulières), la desserte des cas complexes devrait être facilitée ; il est important que la rémunération s'ajuste au type d'accueil médical requis pour les personnes âgées. Deux médecins siègent maintenant au comité de gestion afin d'apporter la perspective médicale à la gestion du réseau.

À Sherbrooke, on relève plusieurs indicateurs qui expriment des résultats intéressants : 1) l'offre de services est adaptée aux besoins ; 2) on a rehaussé les ressources surtout au niveau des RI où Sherbrooke accusait un déficit – « *c'est un gain majeur* » ; 3) avant la mise en place de nos mécanismes, il y avait une moyenne de 60 personnes en attente d'hébergement dans des lits de courte durée ; ce nombre est passé à moins de 10 personnes et récemment à 4,7 personnes en moyenne, en même temps que les délais de prise en charge sont nettement améliorés et que l'attente d'hébergement à domicile n'est pas augmentée ; 4) plus de personnes reçoivent des services à domicile ; 5) la circulation de l'information entre les partenaires est améliorée, bien que pas encore parfaite ; 6) on fait du repérage aux urgences du CHUS et aux cliniques de vaccination ; 7) le SIGG est de plus en plus utilisé et maintenant, on se parle en termes de profils de clientèles ; 8) la concertation s'est maintenue et on a accès, au fil des années, à de meilleures données, fiables et évolutives, pour discuter entre partenaires. Il reste à examiner les modalités pour la mise en place d'une garde médicale 24/7 et pour favoriser les communications avec les urgences. On regarde aussi la possibilité de permettre aux personnes âgées qui sortent de l'hôpital d'avoir accès à un lieu de convalescence pour qu'elles bénéficient d'un milieu propice au rétablissement de leur autonomie, ce qui éviterait des placements en CHSLD peut-être hâtifs. On aimerait instaurer une équipe d'évaluation basée à l'urgence ou encore un lien entre le triage de l'urgence et l'équipe d'évaluation au guichet unique. Au total, le retour sur l'investissement est réel : « *Moi j'en suis convaincu mais d'en faire la preuve, c'est pas évident. (...) Le vrai réseau intégré va exister quand tout le monde va être branché.* »

Au départ, il y avait deux CHSLD privés conventionnés ; l'un d'eux a été fermé et les CHSLD publics ont fusionné. Il y a eu de nombreux contrecoups à assumer par le CHSLD privé conventionné. Durant les périodes de turbulence du réseau public, des lits de transition étaient ouverts, ce qui permettait au

réseau public de mieux manœuvrer. Engagés involontairement dans une dynamique de sous-traitance par rapport au réseau, les CHSLD privés conventionnés estiment ne pas toujours avoir été reconnus pour les efforts fournis. En bout de ligne, ils n'ont pas de pouvoir ou d'influence sur des situations auxquelles ils doivent s'adapter promptement. Ils perçoivent qu'ils soutiennent beaucoup le réseau mais que, en contrepartie, ils n'obtiennent pas beaucoup et doivent engager et mettre à pied leur personnel constamment, une situation vécue difficilement par le personnel. Le CHSLD privé conventionné se situe à la périphérie des acteurs du noyau central que sont les établissements publics, il se sent petit et perçoit ne pas avoir les mêmes problèmes à régler que ces grands joueurs. La difficulté de se concerter avec les plus petits joueurs devrait donner lieu à d'autres modes de consultation, par exemple utiliser le modèle des équipes multi par rapport à la famille où on échange de l'information avant et après les discussions d'équipe. De cette manière, les représentants des aînés, les résidences privées et leurs intervenants pourraient mieux participer au processus de décision. Proche des clients et de leur famille, le CHSLD privé est sensible aux relocalisations imposées d'un établissement à l'autre, au gré des places libres au public et en fonction du statut d'autonomie tel qu'il apparaît dans le profil Iso-SMAF. Les gestionnaires questionnent les balises de financement des services sur la base du profil alors qu'il ne tient pas compte, par exemple, de la difficulté de déglutition d'une personne ou des soins infirmiers spécifiques requis. Le profil indique que la personne doit être aidée mais pas combien de temps-ressource est requis pour son besoin particulier. L'enjeu du financement sur cette base demeure une préoccupation, ce qui ne les empêche pas d'apprécier le mécanisme d'accès à l'hébergement local dont le fonctionnement avec les profils a le mérite de faire des catégories et d'épurer les listes. Ils considèrent que la mise en place de la gestion de cas est idéale pour accompagner la personne âgée dans les méandres du réseau, « *ce n'est pas un luxe* ». Il semble que les personnes âgées en résidences privées (quelque 3000 personnes à Sherbrooke seulement), manquent d'encadrement ; leurs intervenants ne sont intégrés d'aucune façon dans le réseau et le réflexe de l'urgence demeure. Le CHSLD privé aurait apprécié avoir le SIGG dans son établissement pour que les médecins qui viennent visiter leurs patients hébergés puissent le consulter (une interface avec le système Ariane du CHUS serait rentable) et que les gestionnaires puissent calculer les profils de leur clientèle. Ce retour sur leur investissement par rapport au réseau ne leur a pas été offert.

Un médecin omnipraticien qui a choisi la clientèle âgée rapporte que la gestion de cas est un élément majeur pour les personnes âgées et leur famille qui peut faire la différence au niveau de la continuité des services : « *Oui, oui moi je suis convaincu de ça.* » Le fait d'avoir un GC dédié permet de dépasser la difficulté des intervenants du CLSC à être disponibles, ce sont des « *gens extrêmement surchargés qui ne font que répondre à une demande aiguë. (...) Alors moi c'est évident que c'est une nécessité le réseau intégré, je ne mets pas ça du*

*tout, du tout, du tout en question* ». Les fusions administratives ne règlent pas le problème de l'accompagnement des personnes âgées vulnérables dans le réseau. Le réalignement du modèle de GC, qui est passé du modèle de rôle unique à un modèle hybride, a été salutaire et il pourrait être exporté à d'autres clientèles vulnérables comme en santé mentale, déficience physique, maladies chroniques où on a un gros problème de continuité et où « *on duplique sans arrêt* ». On devient plus conscients de la situation du CHUS par rapport aux autres partenaires qui ont cru (et certains le croient encore) que l'hôpital est « *open bar* ». Les mentalités évoluent mais le changement d'interlocuteurs, surtout dans les équipes de direction, n'est pas aidant.

Le guichet unique (GU) est constitué par une équipe multidisciplinaire d'intervenants professionnels qui reçoit l'ensemble des demandes de services pour les personnes âgées et qui se déplace à domicile pour faire les évaluations avec l'OEMC en vue d'allouer différents services. Le fait d'être dans une période où les services sont moins accessibles cause des problèmes de fonctionnement, les intervenants du GU se retrouvent souvent entre l'arbre et l'écorce. Malgré cette situation difficile, « *mais moi j'y crois, il faut qu'on continue, je pense que c'était majeur, il faut le faire ce changement-là* ». La réorganisation de la porte d'entrée des demandes au CLSC a été très bénéfique, il fallait centraliser les demandes. Celles-ci sont acheminées à un poste téléphonique ; une fois traitées, elles sont réparties dans les équipes de zones. Comme le guichet reçoit aussi les demandes pour 0-100 ans, il y a 7 équivalents temps complet (ETC) et 2 temps partiel pour couvrir les plages horaires. Pour les personnes avec profils 1, 2 et 3, référées aux organismes communautaires, on vérifie certains critères de vulnérabilité et on effectue une relance téléphonique afin d'assurer une certaine sécurité. On voulait éliminer la boîte vocale mais ce n'est pas encore chose faite. Le GU a réalisé un gain d'efficacité important en centralisant les demandes puisque maintenant on arrive à voir qu'une personne est inscrite à trois cliniques de physiothérapie et on peut savoir quel service est vraiment requis. Les demandes sont mieux acheminées, mais il reste difficile de chiffrer le nombre de mauvaises références qui ont été épargnées au système. Le GU est bien placé aussi pour maximiser les ressources – lorsque tel service a une liste d'attente, on dirige la personne vers un autre.

### **Les intervenants de Sherbrooke**

Selon les intervenants des services de 2<sup>e</sup> ligne, la relation de collaboration n'est pas établie au maximum avec la gestion de cas ; certains GC auraient tendance à se montrer directifs, ce qui n'est pas apprécié. On souligne par ailleurs qu'il y a eu une période où les GC prenaient plusieurs cas ; on a alors pu sentir un effet positif mais avec la constitution de la liste d'attente, la pression est revenue. Au plan clinique, il n'y a pas toujours un accord sur la définition du besoin de la personne et sur l'intervenant qui doit faire l'intervention. « *Ce n'est pas toujours à nous de faire le travail contrairement à ce qu'ils croient.* » Certains

Intervenants à des postes clés au CHUS semblent être ciblés par des GC pour tenter, par cette voie, de tirer le maximum du séjour hospitalier. Cette méthode n'est pas appréciée. Il semble que la définition du partage des responsabilités s'effectue de personne à personne et au cas par cas, alors qu'il serait préférable d'établir les règles au niveau des équipes et des services. Lorsque les évaluations de la 2<sup>e</sup> ligne parviennent au CLSC avec, par exemple, un profil 6 et que l'évaluation en 1<sup>re</sup> ligne arrive à un profil 9, ils nous questionnent dans notre évaluation, « *ça nous blesse* » et pourtant la réalité est celle-là, c'est-à-dire une dégradation. Le portrait du patient tracé en 2<sup>e</sup> ligne est souvent différent de celui du domicile et il faut souvent insister pour qu'il soit reconnu par la 1<sup>re</sup> ligne. L'utilisation des profils Iso-SMAF est assez acquise dans l'équipe de gériatrie où les gériatres et les infirmières s'en servent couramment. Ils sont imprimés par l'infirmière de gériatrie et insérés au dossier médical. Les GC viennent assez souvent à la réunion multi et si le patient ne retourne pas chez lui, c'est la responsabilité du GC de compléter la demande d'hébergement. Parfois, on fonctionne par appel conférence. Dans cette équipe, le processus semble bien établi. Le gain perçu, c'est que le médecin gériatre bénéficie du portrait de la personne âgée dans son fonctionnement à domicile et peut cibler l'objectif à atteindre en hospitalisation – et après le congé, c'est le mandat du GC de poursuivre les interventions. Lorsque le TS de l'hôpital est impliqué de pair avec le GC, le fonctionnement à l'hôpital est la zone du TS et celui du domicile est la zone du GC, chacun sait ce qu'il a à faire et tous travaillent dans l'intérêt du patient. Le modèle multidisciplinaire de la gestion de cas est rapporté comme un bon élément. Par contre, il serait intéressant d'uniformiser les connaissances des GC, de s'assurer que ceux qui ont une formation en intervention sociale complètent une formation orientée en santé/nursing et vice versa.

Au CRE<sup>1</sup>, on croit que le fait de participer au réseau intégré par des références au CLSC qui sont finalement mises en attente, pourrait engendrer du désintérêt. Néanmoins, les GC relancent les intervenants du CRE, comme par exemple lorsque la déficience visuelle d'une personne âgée semble s'être dégradée, « *ça se fait, puis même c'est l'aspect le plus important pour nous autres en tout cas* ».

Les problèmes de santé mentale ont causé beaucoup de demandes d'informations de la part des GC au secteur de la géronto-psychiatrie, surtout au début. Il semble que des éléments de base n'étaient pas acquis et qu'une formation serait indiquée pour certains d'entre eux. Cela rend plus difficile d'établir la confiance au début. Le fonctionnement avec les profils Iso-SMAF est difficile pour certains professionnels de 2<sup>e</sup> ligne – on connaît le tableau mais son utilisation n'est pas intégrée aux pratiques en géronto-psychiatrie, tout comme au CRE. Pour d'autres, notamment la physiothérapie et l'ergothérapie du CHUS, le fait d'avoir ce portrait est très aidant et permet de fixer des objectifs réalistes

1 CRE : Centre de réadaptation de l'Estrie



par rapport au niveau auquel la personne fonctionnait avant d'être hospitalisée. Il serait souhaitable de rendre disponible un poste informatique pour permettre la consultation du SIGG pour ces professionnels – il arrive que la personne hospitalisée n'a pas de référence en gériatrie et ce sont les ergo-physio qui la suggèrent au médecin traitant.

Le SIGG n'est pas utilisé par tous – les physio-ergo aimeraient y avoir accès parce que ça les aiderait à dénouer des cas plus rapidement. Quand il s'agit d'un cas suivi par un GC, les physio-ergo trouvent les informations imprimées dans le dossier médical mais ce n'est pas systématique. Pour les cas sans GC, la situation ne s'est pas améliorée, les physiothérapeutes du CHUS ont de la difficulté à communiquer avec les services de soutien à domicile – la fiche de continuité, avec seulement trois lignes de texte, ne leur permet pas de mentionner certaines spécifications requises ; s'ils savaient d'avance qu'il est impossible d'obtenir le service requis au bon moment, la personne serait orientée vers d'autres services ; on trouverait des alternatives. Avec les personnes âgées, les indications qu'on leur donne sont souvent compliquées pour elles, alors il vaudrait mieux ne pas les orienter vers une ressource qui est dans l'impossibilité de répondre à leurs besoins. Parfois on téléphone au patient et il nous apprend que le bain demandé au CLSC a pris trois mois avant d'être accordé ; mais personne n'avertit le référent. Pour certains services qui impliquent la sécurité dans les déplacements, lorsque le référent ignore si le service est rendu, il y a un malaise. Et parfois, les patients partent rapidement de l'hôpital alors les équipements sont requis rapidement. Pour les prêts d'équipements, c'est la même chose, on ignore ce que la personne obtiendra. Pourtant, les intervenants du CHUS et du CLSC « *devraient travailler en équipe. (...) Si on connaissait leur fonctionnement, on arrêterait de déranger plein de monde* ». La physiothérapie et l'ergothérapie sont des professions clés pour les personnes âgées ; on constate qu'il y a des difficultés importantes, surtout à Sherbrooke, pour rendre à terme les demandes vers la 1<sup>re</sup> ligne.

Écho similaire au CLSC, où les services de base (aide à l'hygiène, suivi psychosocial) ont de longues listes d'attente ; le manque de ressources est flagrant, si bien que certaines demandes où les intervenants du CLSC ne sont pas en mesure de sécuriser la personne à domicile, se transforment en demandes d'hébergement, un non-sens pour eux. Les intervenants du CLSC constatent que les orientations des patients en provenance du milieu hospitalier statuent trop souvent sur l'incapacité à retourner à domicile alors que la personne aurait encore un potentiel de maintien à domicile. Plusieurs situations non souhaitables se produisent en raison du refoulement causé par le manque d'accès aux services mais, comme intervenant au GU, « *on a une vision de la clientèle qu'on n'avait jamais eue avant, une belle connaissance* », même si on n'a rien à leur offrir au niveau des services d'aide, on les informe et on les dirige, on indique les cas prioritaires. On est conscient que le GU dépasse son rôle de service d'évaluation mais il n'y a pas d'autres choix. Malgré ce contexte défavorable,

des relations de collaboration se sont développées entre la gestion de cas, le centre de jour et l'équipe d'évaluation du CLSC. L'équipe des a.r.h.<sup>m</sup> du CLSC constate que les GC ont une qualité et une intensité d'interventions que peu dans le réseau ont la possibilité d'offrir. Il est plus valorisant d'être GC et c'est pour cette raison que plusieurs a.r.h. s'y dirigent. Les a.r.h. du CLSC considèrent qu'ils font aussi de la gestion de cas avec leurs clientèles en santé mentale, en déficience intellectuelle et auprès des personnes handicapées mais « *ça ne nous est pas reconnu* ». Ils sont d'avis que la différence est apportée principalement par les charges de cas allégées des GC et que la plupart des intervenants sociaux du SAD<sup>n</sup> auraient pu devenir gestionnaires de cas. Pour les services de 1<sup>re</sup> ligne du CLSC et du Centre de jour, les services de courte durée sont perçus comme « *pas encore des partenaires* », parce qu'ils n'ont pas beaucoup d'interactions avec le SIGG et ignorent ce qui se fait en 1<sup>re</sup> ligne pour leurs patients. D'après eux, la gestion de cas est encore méconnue par les divers intervenants au CHUS. Les avis sont partagés lorsque la décision de placer l'équipe des GC dans un lieu à part du SAD est discutée ; certains comprennent qu'il fallait prendre cette décision au début pour marquer une différence et pour faire « *décoller* » la fonction. On estime que les ressources financières ont fait défaut et que de là proviennent tous les problèmes d'accès aux services.

La concertation des intervenants aurait pu être plus ouverte surtout avec certains services de l'IUGS et du CHUS, sauf l'hôpital de jour et l'UCDG qui sont auteurs au SIGG. Ce qui aiderait selon eux à créer cette concertation, c'est une utilisation élargie du SIGG, l'écriture des notes évolutives. Ils aimeraient aussi être invités à la dernière rencontre multi avant que la personne soit référée au CLSC et avoir accès à l'expertise de la 2<sup>e</sup> ligne pour en tenir compte dans les interventions subséquentes. La concertation clinique, c'est aussi la participation d'un intervenant du CLSC au comité des services dans le milieu où les discussions sont « *vraiment pro-clientèles*. » Elle peut également passer par des rencontres de chefs de programme entre eux et leurs retombées au niveau clinique, par exemple, l'harmonisation de la façon de coter les SMAF dans l'OEMC : « *L'OEMC ça faisait longtemps que... tu sais, quand tu fais confiance à l'autre, quand tu lis l'OEMC de quelqu'un d'autre puis tu es capable de le lire en disant, oui je fais tellement confiance à ça ; tu as un sacré bout de chemin de fait.* » L'enthousiasme des intervenants de 1<sup>re</sup> ligne est relevé par le fait que le réseau intégré de services va dans le sens de la valorisation de la mission des services de soutien à domicile, un lieu qu'ils connaissent bien mais qui a souvent souffert : « *on était dans le fond de notre cave* », alors que maintenant la reconnaissance du travail commence à se voir et à se sentir.

À l'IUGS, on croit que le fonctionnement des composantes du réseau intégré n'est pas optimal et qu'il manque à certains égards de rodage. Les TS sur-

m a.r.h. : Agent de relations humaines

n SAD : Soutien à domicile (du CLSC)

tout reflètent que, sans un panier de services minimal, l'impression dominante, c'est que rien ne va bien. Ces lacunes d'accès aux services nuisent au fonctionnement et à l'image du réseau intégré puisque les résultats au terme de trois ans d'efforts auraient dû produire de meilleures communications, de meilleurs arri-mages et que « ça roulerait » ; mais pour obtenir les services, « c'est graine à graine ». Les GC devraient avoir des services à gérer mais présentement, il faut plutôt rechercher des mesures compensatoires – cette dynamique sur le terrain ne facilite pas la vision des bénéfiques. Malgré tout, des expériences mettent en évidence que le fait d'avoir une GC au dossier est particulièrement aidant : « Ça allait bien avec la gestionnaire de cas quand il y avait des sous » (pour financer des services) – pendant une période, la GC avait un contrôle sur l'accès à certains services, ce qui facilitait les interventions. Quand on a une GC au dossier, même si le patient sort d'un épisode de soins, « on peut fermer le dossier et être rassuré ». On se sépare les tâches, on sait qui fait quoi et ça va bien, on ne se dédouble pas. Cette sécurité qu'apporte la gestion de cas est donc ressentie non seulement par les clients mais aussi par les intervenants.

Pour dénouer les obstacles à la collaboration entre cliniciens, on apprécierait avoir une rencontre entre l'équipe d'évaluation du GU et les intervenants de 2<sup>e</sup> ligne, pour se partager les problèmes et les solutions ainsi que pour se créer un corridor, de façon à mieux travailler ensemble : « Il faut qu'on forme une équipe pour faire la continuité des services mais on ne se connaît pas, on ne sait pas ce que l'un et l'autre recherche. » Le modèle de réseau intégré contient de bons principes mais certains éléments ont besoin d'être maximisés, surtout au niveau des corridors de services, pour la transmission de l'information. On croit également que les profils Iso-SMAF ne devraient pas, à eux seuls, être décisionnels. On doit continuer à développer le SIGG et à y intéresser davantage d'intervenants. Présentement, une demande pour la gestion de cas arrive au GU où il y a une attente de huit semaines avant l'évaluation – ce n'est pas intéressant. Si une personne âgée est en gestion de cas, elle en retire beaucoup ; les liens avec le réseau sont de sa responsabilité, la personne gagne en sécurité. Par contre, les services ne sont pas suffisamment disponibles, y compris ceux de la gestion de cas – il n'y a pas suffisamment de personnes suivies en gestion de cas, trop de gens encore se demandent quoi faire et où aller. On devrait envisager également de faire des campagnes d'information auprès de la population. On estime aussi que les médecins de famille ne sont pas assez intégrés, ni suffisamment informés.

Les intervenants des organismes communautaires se sentent situés à la marge du réseau, surtout parce que les règles de confidentialité observées par les intervenants du CLSC les empêchent d'avoir une information de base qui leur permettrait d'adapter le service aux besoins réels de la personne. C'est l'enjeu principal qui ressort de l'entrevue avec eux. Ils déplorent la difficulté de rejoindre l'intervenant du soutien à domicile, leur principal interlocuteur. Certains ont aussi de la difficulté à comprendre le langage du réseau, et pour ceux qui ont assisté à certaines rencontres de concertation au début du projet,

« *c'était un peu du chinois, pis mon dieu c'était comme tellement nouveau qu'on avait peut-être un peu de difficulté à se repérer. Mais suite à ça, des gestionnaires de cas sont rentrées en communication avec nous et je vous dirais que ça a aidé énormément, dans ces dossiers-là ; je vous dirais que c'est une bénédiction pour nous d'avoir un interlocuteur comme ça. Les contacts qu'on a, l'information qu'on a, complémentarité de services, etc. Moi depuis qu'il y a des GC je ne jure que par ça* ». L'interaction avec les GC est centrée sur l'échange d'informations, avec une « approche plus humaine » et il y a un meilleur suivi effectué par les GC. Quand les intervenants communautaires tentent d'avoir une information au CLSC concernant un de leurs clients, « *c'est quasi impossible, – Oublions ça, on l'a essayé, ça marche pas. – À un moment donné, c'est fâchant pour nous, on veut aider mais quand le cas sort des limites de notre rôle, on voudrait bien transférer le dossier à la bonne personne, s'il y en a une et s'il n'y en a pas, on va faire autre chose, mais si on ne peut pas le savoir, bien la personne tombe entre deux chaises* ». Outre l'impact sur la personne âgée, il y a les pertes de temps de l'intervenant, les mauvaises références, les frustrations et la qualité de service qui en est affectée.

Plusieurs commentaires des intervenants d'organismes communautaires incitent à croire qu'il y aurait avantage à créer des corridors entre le CLSC et les organismes communautaires, principalement pour mieux aiguiller les références et les suivis de cas déjà desservis. De tels corridors d'échanges ont été établis entre certains organismes communautaires et la gestion de cas avec un impact positif sur la collaboration. Ils aimeraient aller plus loin, obtenir les PSI sur lesquels ils apparaissent comme dispensateurs de services. Là encore, c'est le blocage. Leur accès au SIGG n'est pas possible pour le moment, mais pour eux, ce serait « *champion* » ; ça permettrait d'avertir les bons intervenants sur les abandons de services, les hospitalisations et de mieux informer leurs bénévoles quand les gens sont temporairement absents du domicile. Certains d'entre eux voudraient que le CHUS participe mieux à la diffusion des informations et références vers les services communautaires. Malgré les imperfections relevées, « *clairement, moi je trouve que le réseau intégré de services c'est une excellente chose, puis ça montre qu'on a tout intérêt à collaborer ensemble. Par contre, comme organisme communautaire, on doit se faire respecter dans ça, on a le droit de refuser aussi, c'est un côté un peu plus politique* ». Ils considèrent également être au bon niveau pour identifier la nature de certains besoins non comblés chez les aidants (répit, cuisine, travaux lourds) ainsi que chez les personnes âgées elles-mêmes (déménagements, grands ménages). Parfois le réseau communautaire met en place des services pertinents pour les personnes âgées et souhaiteraient les faire connaître aux intervenants mais ils n'arrivent pas facilement à le faire. Ils aimeraient une rencontre statutaire annuelle entre les organismes communautaires et les intervenants du CLSC. En résumé, le réseau communautaire a été informé du déploiement du réseau intégré de services, les intervenants reconnaissent le vocabulaire (guichet unique, SMAF,

réseau intégré), mais ce réseau a été insuffisamment intégré comme partenaire à Sherbrooke.

### **Les gestionnaires du Granit**

L'expérience d'implantation du réseau intégré, pour les dirigeants, fut une opportunité de faire le point sur les « *services en place et sur le continuum de services qui devait exister* », identifier les dédoublements, les zones grises et la façon d'avoir de meilleurs mécanismes de coordination. Et d'après le bilan fait au Granit, on considère avoir pris la bonne direction dans l'accessibilité et dans la continuité : « *Je crois qu'on doit aller encore plus loin dans le modèle.* » Les principales améliorations rapportées : les échanges entre les intervenants, les trois missions de l'établissement travaillent mieux ensemble, la concentration d'informations et les outils associés, « *ça n'a eu que des effets bénéfiques au niveau des meilleures façons de faire avec les gens* », pour s'assurer qu'ils aient le meilleur service, donné par la bonne personne et de façon globale. Ça nous a permis de nous donner un peu de perspective dans l'organisation de nos services et de « *conceptualiser nos approches, ce que souvent on n'a pas le temps de faire* ».

La première étape a démarré avec le travail amorcé lors de la fusion administrative des trois missions, une étape convergente avec le projet de réseau intégré qui a permis rapidement d'avoir des effets bénéfiques. Les gestionnaires ont dû s'adapter à « *l'ouverture de leur champ d'activités spécifiques vers une perspective beaucoup plus globale de l'ensemble de l'offre de services* ». Quant aux intervenants et cliniciens, ils ont été amenés « *à voir ce que l'autre peut apporter, donc bidirectionnel* » et exposés à travailler avec un langage commun. Plusieurs ont travaillé avec des partenaires extérieurs à l'établissement. Les dirigeants estiment qu'on ne peut pas être contre le réseau intégré puisque, avec le vieillissement de la population, « *l'offre de services doit être abordée de façon globale et non par mission* ». Il est important de se donner une lecture commune du réseau intégré, si on part trop vite, l'appropriation ne se fait pas. Il faut également mettre les bonnes personnes aux bonnes places pour gérer ce changement, qui doit prendre le temps de se faire ; il ne faut pas brusquer. Les ponts ont été faits par les mécanismes de concertation et la gestion de cas ; le défi pour nous est de raccrocher l'aspect médical, plusieurs médecins ne se sentent pas nécessairement partie prenante pour l'instant, sauf certains médecins, dédiés aux personnes âgées, qui s'impliquent beaucoup. On devra travailler davantage également avec les résidences privées d'hébergement de notre territoire.

Pour une région vaste comme le Granit où l'aménagement de services est éclaté sur trois points de services, le défi est de travailler sur les corridors de services avec une vision à moyen et long terme. L'un des outils pour travailler efficacement sur les corridors passe par l'informatisation des processus de travail, l'échange d'informations cliniques, les dossiers cliniques informatisés, les con-

sultations avec des spécialistes à distance, etc. On veut travailler en temps réel et ne pas avoir à subir les inconvénients des décalages dus à l'éloignement des services spécialisés. L'initiation à ce volet nous a été permise par la mise en place du SIGG, alors pour la région, ce n'était qu'un début pour travailler sur l'environnement de la pratique professionnelle. Une formation sur le SIGG a été organisée pour le comité de direction de l'établissement. Maintenant, « *on gère des catégories de besoins* ». Cet outil est un dossier client qui permet d'avoir une vue globale des services pour une même personne, « *il devient un peu l'aspect symbolique, moi je trouve, d'une modification de pratique* », mais il faudrait améliorer le volet médical de l'outil qui ne répond pas aux besoins des médecins. L'utilisation du SIGG pose le défi du dépassement de l'obstacle technologique pour plusieurs qui ne sont pas familiers avec l'ordinateur et qui ne maîtrisent pas le clavier. Mais on ne reviendra pas au papier. Les services de soutien à domicile, de Centre de jour et la longue durée fonctionnent bien avec cet outil, ainsi que le mécanisme d'accès à l'hébergement. C'est plus difficile pour le nursing, les infirmières ne travaillent pas au quotidien avec des outils semblables.

Quant au bilan fonctionnel, on peut dire que tous les ingrédients sont réunis, les outils en place, les intervenants ont appris à travailler avec et « *ils sont contents de ça, ils en demandent encore plus, ils souhaitent même élargir à d'autres clientèles* ». On a encore du travail à faire plus spécifiquement aux portes du réseau, notamment à l'urgence et en courte durée qui ont encore un fonctionnement en silo malgré de bonnes expériences de collaboration avec certains intervenants. Il faut davantage travailler sur les pratiques, aller plus loin dans le réseautage quand on a affaire à une personne âgée en perte d'autonomie. La gestion de cas est engagée dans ce sens-là mais il faut disséminer ce modèle, faire en sorte que l'intervenant ne sente pas qu'il a toute la situation sur ses seules épaules. De plus, les GC ont le pouvoir d'interpeller l'offre de services des partenaires et d'identifier les adaptations requises puisque les GC voient les besoins qui ne sont pas comblés.

Pour adopter le modèle de GC, on a soupesé les avantages et désavantages des différents modèles, finalement on est très confortable avec le modèle hybride où les GC sont dédiés aux cas complexes. On veut éviter aux familles d'être exposées à trop d'intervenants différents si ce n'est pas absolument nécessaire. Pour savoir si l'équipe de GC devait être uni-disciplinaire ou non, on a consulté le personnel qui voyait davantage des intervenants psychosociaux à ce poste. Les GC ont fait plusieurs approches auprès des services communautaires pour mieux se faire connaître et expliquer leur travail ; on envisage bientôt la même opération avec les cliniques médicales du territoire.

Les effets de cette organisation, c'est qu'on a beaucoup moins de pression sur l'hébergement longue durée, on pense même fermer des lits pour pouvoir investir les sommes dans le soutien à domicile. Les profils 5 ne vont plus en hébergement, alors ça influence les pratiques des ergo-physio et des pharma-

ciens aussi. Lors de crises, on stabilise et la personne retourne à la maison alors qu'autrefois, ces personnes auraient été hébergées directement. Puisqu'on a des lits libres, on les utilise en transition si bien que les personnes âgées ne restent pas longtemps en courte durée. L'infirmière de gériatrie de la courte durée fait des repérages avec le Prisma-7 pour identifier les cas à risque et effectue des références au guichet unique, l'évaluation est faite et on peut aménager des services plus rapidement. Différents irritants ont été reconnus ; les intervenants du SAD trouvent qu'ils ont des cas difficiles aussi avec les soins palliatifs, la déficience et estiment que la gestion de cas serait nécessaire aussi pour ces cas. Des zones grises ont été identifiées, notamment concernant les rôles d'évaluation au guichet unique et en gestion de cas, l'assignation des cas au SAD ou en GC. Il faut que le modèle s'ajuste, « *mais il ne faut pas l'abandonner* ». La relève pour les GC qui partent en congé prolongé n'est pas toujours assurée, ce qui a limité la vitesse du parcours de concertation. Le PSI rencontre des difficultés d'application comme dans les autres territoires.

Le guichet unique, pour l'organisation et les partenaires est un lieu unique pour acheminer les demandes ; la fonction de réception des demandes est celle qui prend le plus d'espace, le repérage demeure un phénomène à la marge et la relance manque d'assise pour être insérée dans le roulement du guichet. L'évaluation des demandes de services à domicile est effectuée par les gestionnaires de cas sur la base d'un Prisma-7 avec quatre facteurs de risque et plus, mais le processus d'assignation des dossiers doit être revu.

Plus on avance dans la concertation, plus les gens se connaissent et plus c'est efficace. Le Granit a bénéficié de leaders impliqués, pour l'un auprès des dirigeants, pour l'autre auprès de l'équipe de soutien à domicile et au niveau communautaire. Comme gestionnaire, il faut voir ce que recouvre cette nouvelle vision : « *Moi j'y ai cru à ça, mais à partir du moment où moi j'ai vu que mon intérêt c'était l'amélioration de la qualité des services à la population, puis ce que le changement que l'implantation du réseau intégré allait apporter dans l'organisation, (...) qui allait donner à mon cadre un levier d'intervention pour avoir un rapport proactif avec mon personnel, du moment que j'ai cru à ça, j'ai embarqué là-dedans.* » Au-delà des efforts à l'interne, on a travaillé avec le Centre d'action bénévole qui s'intéresse au repérage de la perte d'autonomie ; les bénévoles ont été rencontrés ; ils apprennent des choses sur la perte d'autonomie et « *ça les a mis en confiance avec nous* ». Le Service d'entretien domestique est pour sa part en processus de modification de son offre de services, dans sa limite juridique, en vue d'offrir éventuellement des services d'aide personnelle comme le bain, les repas, la coiffure, etc. Cette organisation de 75 préposées et répartitrices rejoint quelque 600 clients et est « *devenue un collaborateur incontournable* ». Nos auxiliaires familiales ne font plus de ménage, leur fonction change et évolue vers des soins plus spécifiques et techniques (déplacements sécuritaires, lève-personne, mobilisation physique). Quant à la direction, il ressort qu'elle doit se montrer ferme, ne pas

nécessairement attendre un consensus parfait qui mène à l'inaction et identifier les tendances lourdes, « *on va créer un mouvement, puis on va suivre cette parade-là* », l'important étant que les gens sentent qu'ils appartiennent à quelque chose de positif pour la population.

### **Les intervenants du Granit**

D'entrée de jeu, le Centre de jour manifeste de la satisfaction dans la dynamique instaurée avec le CLSC qui envoie davantage de personnes, plusieurs avec des problèmes cognitifs, « *on travaille plus ensemble qu'auparavant* ». Le Centre de jour est situé dans un édifice à part si bien que le SIGG permet de communiquer à propos des clients référés par les gestionnaires de cas qui composent les trois quarts de sa clientèle. D'autres intervenants du réseau public parlent avec engouement de leur expérience avec le SIGG et de leur assiduité à remplir les notes de façon qu'elles soient rapidement disponibles pour les autres intervenants, « *je sais que les autres vont le consulter, donc je la fais tout de suite, j'essaie de la faire rapidement parce que j'aime bien ça aussi quand les autres font leurs notes rapidement (...) c'est donnant donnant finalement* ». Bien que les intervenants du réseau voient le profil Iso-SMAF du client quand ils consultent le SIGG, cet outil n'est pas usuel pour tout le monde. Une personne qui connaît bien les profils et qui participe au comité d'accès à l'hébergement estime qu'il serait bon d'utiliser les profils aux réunions d'équipe inter afin d'amener les gens à se familiariser avec cet outil.

Une intervenante de la courte durée hospitalière rapporte que depuis que les clients nécessitant plusieurs services à domicile ont des gestionnaires de cas, ils reviennent moins à l'hôpital et les services sont mis en place rapidement. Auparavant ces cas lourds suivis au soutien à domicile ne pouvaient pas recevoir l'attention qu'ils nécessitaient en raison d'une charge de cas trop élevée. Du côté des unités d'hospitalisation, on sait que le SIGG existe mais on ne l'utilise pas, surtout à cause de la difficulté à manœuvrer l'ordinateur et aussi parce que la tâche est déjà très lourde. On propose plutôt que le travail d'entrée de données se fasse par les archives. Cette alternative signifierait que la note du médecin serait transcrite par quelqu'un d'autre et non signée, puisque les médecins n'entrent pas leurs données au SIGG non plus. Un point non réglé. Les organismes communautaires n'ont pas le SIGG et lorsque les gestionnaires de cas sont absents en raison d'un congé prolongé (maternité, accident, maladie), ça devient difficile pour le communautaire de s'y retrouver.

On remarque qu'il y a eu peu d'évolution à l'urgence ; il avait été demandé de participer au repérage des personnes âgées avec le Prisma-7 et l'équipe avait refusé, surtout par manque de ressources pour faire leur propre travail de triage. Le SIGG n'y est pas implanté, aucune note n'est écrite mais l'urgence peut aviser par téléphone qu'un client en GC est passé par l'urgence. L'urgence sait qu'il s'agit d'un patient en gestion de cas parce que la feuille d'admission l'indique. Il faut apprivoiser le personnel de l'urgence : « *C'est de voir l'impact*



*que ça a sur tous les autres services ; on veut travailler en interdisciplinarité mais c'est de leur faire comprendre que ça a de l'importance. » Le gain réel du repérage n'apparaît donc pas pour les intervenants de l'urgence ce qui ne contribue pas à leur motivation.*

Quant à la valeur du modèle de réseau intégré, une participante insiste sur le fait que, même si parfois on vit de la lourdeur, *« moi je crois qu'avec le temps, on a tout à gagner avec la continuité, c'est clair, je pense qu'on la fait de plus en plus, moi je le sens en tout cas dans le travail, puis je ne la limiterais pas à la gestion de cas ; la gestion de cas a peut-être permis l'élan mais ça a créé aussi l'espèce de lien... moi je pense que notre plus grand défi, ça va être de travailler ensemble, de reconnaître nos philosophies, chacun dans nos milieux, parce qu'on ne travaille pas de la même manière (...) notre défi c'est d'être en acceptation de la réalité de l'autre, et vice versa ».*

Quant aux plans de services individualisés (PSI), les intervenants ne sont pas convoqués de façon particulière lorsqu'ils y sont inscrits ; c'est par mode de référence que l'information parvient, ou par l'issue d'une réunion inter ou par courriel. Pour les intervenants du communautaire, parfois une réunion est convoquée pour coordonner une séquence de services mais on utilise aussi le téléphone. Ces modalités leur conviennent pour instaurer les services. Le milieu communautaire aimerait savoir si le service est apprécié, ce qui ne lui est pas communiqué suffisamment. Les services d'urgence ne font pas partie de ces planifications, *« mais on aimerait bien ça par exemple ».* Des suggestions sont faites à l'effet soit d'ajouter des ressources pour l'urgence avec objectif de liaison, ou de placer de la gestion de cas à l'urgence. De pair avec cette suggestion, on souligne qu'il y a beaucoup de paperasses et de communications électroniques, alors une réserve est émise sur la *« part de temps client »* et l'importance de la relation significative avec lui qui peut faire toute la différence.

L'insertion du nouveau rôle de gestion de cas dans l'équipe du soutien à domicile a été une période difficile, *« il y a eu un clivage »*, et il semble que les clarifications de rôles entre la gestion de cas et l'intervention psychosociale faite au SAD n'ont pas été à la satisfaction des parties. Les zones grises ont perduré mais l'équipe prend de la maturité dans cette expérience. L'un des principaux objets de clivage portait sur la désignation des « cas lourds » qui justifiaient la gestion de cas, alors que les soins palliatifs sont laissés à l'équipe régulière malgré leur grande lourdeur et ce, sans impact à la baisse sur leur charge de cas. L'autre portait sur le passage d'un suivi régulier au SAD vers la gestion de cas : *« Tu es avec une cliente depuis deux ou trois ans, elle « se tape » un AVC, bonjour moi je ne m'occupe plus de vous, ça va être en gestion de cas. (...) Et en plus c'est comme si je lui dis que moi je ne suis pas capable de m'en occuper et que je l'envoie en gestion de cas, ça je trouve ça dur pour moi-même. »* Ainsi l'insertion organisationnelle du service de gestion de cas au sein du soutien à domicile, peut affecter la relation entre le client et son intervenant

et la continuité. L'argument avancé, c'est que, pour les personnes âgées, « *continuité de services égale continuité d'intervenant* ».

Au Granit, les intervenants croient que les personnes âgées sont bien des-servies, qu'elles ont réponse à leurs besoins, bien que s'il y avait davantage de services à offrir, « *ce serait beaucoup plus agréable* ». Les gens ont des besoins particuliers parfois qu'on ne peut pas combler, « *on n'a pas une panoplie de services encore* ». C'est encore plus vrai dans les municipalités éloignées, mais les clients sont satisfaits.

Les références professionnelles d'ergothérapie et physiothérapie de l'IUGS et du CHUS sont dirigées vers les collègues des régions afin d'assurer les suivis après un séjour en courte durée ou réadaptation. Elles évitent le guichet unique. C'est la tendance aussi en nutrition. Il y a essentiellement dans cette pratique un souci de diminuer les délais de réponse et d'assurer une réponse à un besoin spécifique.

### **Les gestionnaires de Coaticook**

À Coaticook, l'implantation est fonctionnelle puisque toutes les composantes sont implantées mais pas optimales, surtout en raison du retard d'embauche d'un nombre suffisant de gestionnaires de cas, par suite des limites financières, et de l'implantation du SIGG (disposer des ordinateurs portables pour les évaluations à domicile). Le travail de concertation locale a permis à l'établissement de marquer des points ; au niveau régional toutefois, les changements sont plus difficiles à susciter quand on est un petit territoire qui a moins de poids. Aussi, les relations avec les partenaires du niveau régional (CHUS et IUGS) sont « *à ficeler pour que ça roule mieux. (...) Il faut toujours faire des rappels (...), c'est en dents de scie* ». Il y a du roulement de personnel qui fait que les pratiques de collaboration établies avec tel individu ne sont pas maintenues par le remplaçant. Ces pratiques, tant qu'elles dépendent des personnes et ne sont pas soutenues suffisamment au niveau organisationnel, résultent en une performance variable. Il importe avant tout que les intervenants locaux sachent le plus tôt possible, dès le premier jour d'hospitalisation, que la personne âgée en perte d'autonomie du territoire de Coaticook a été admise à l'hôpital régional (CHUS) ou dans un service de 2<sup>e</sup> ligne (UCDG, URFI) afin de pouvoir préparer le retour de façon appropriée. Les efforts se poursuivent en ce sens.

Dans ce territoire, il y a le handicap de l'absence d'hospitalisation de courte durée ; il est très difficile de faire un réseau intégré avec quelques lits dans une salle d'urgence, « *alors qu'on nous donne un budget de pauvre pour faire des miracles* ». Les limites posées à l'utilisation des lits de l'urgence locale (maximum 8 heures) semblent irréalistes pour une clientèle en perte d'autonomie qui a besoin de plus de temps pour récupérer d'un épisode aigu. L'unité gériatrique n'a que cinq lits et il en faudrait une dizaine pour fonctionner adéquatement. Selon les gestionnaires de Coaticook, ce serait un avantage de consolider ce service, tant pour la clientèle, que pour le CHUS et l'établissement local.

Dans un tel contexte, un autre défi consiste à assurer les services médicaux spécialisés. Il serait nécessaire d'organiser une desserte de notre territoire par des gériatres consultants, qui viendraient de façon régulière, sur place. On souhaiterait disposer de modalités de soutien à distance qui permettraient aux médecins locaux de prendre des décisions rapides, pertinentes, et qui favoriseraient l'accès aux cliniques spécialisées pour évaluations ponctuelles. Leur expérimentation de cette formule au niveau des services psychiatriques a été concluante ; les médecins et autres intervenants arrivent à mieux effectuer le suivi, cela concourt à une harmonisation des soins et permet des effets multiplicateurs intéressants. En côtoyant des spécialistes, les médecins de famille réalisent des apprentissages sur les pathologies, les outils de travail, les médications. Il s'agirait de faire de même en gériatrie.

Le projet de réseau intégré a été un projet rassembleur, on peut rallier les acteurs autour d'un tel projet, mais « *il faut que les partenaires sentent qu'il y a une place au niveau de l'organisation des services (...)* ». Le leadership doit arriver à surmonter les résistances à l'interne, mobiliser les partenaires dans le respect de l'accomplissement de leur travail. La direction a appuyé le leader dans ce travail avec les partenaires, sans s'ingérer. Le Conseil d'administration suivait le projet et obtenait des statistiques.

Un travail de continuité a été réalisé avec les pharmacies et l'échange d'informations entre les médecins de l'urgence et de l'unité gériatrique locales et les pharmaciens communautaires a permis d'offrir des conditions plus sécuritaires lors du congé des patients : « (...) *Vraiment un gain issu de la mise en place du réseau intégré au niveau local. Ça c'est une plus-value vraiment que l'on a mis sur pied.* » L'échange d'informations est encore téléphonique, parce que le SIGG n'est pas accessible hors du réseau RTSS, mais c'est un objectif à atteindre éventuellement et toutes les personnes âgées en bénéficient, pas seulement celles qui sont inscrites en gestion de cas. On voit l'intérêt de mettre en place des stratégies partenariales au niveau local qui visent d'abord et avant tout une clientèle plus vulnérable mais qui permettent d'améliorer la communication et les processus de travail.

La continuité des services a été bien servie dans ce petit territoire par la mise en place de l'unité gériatrique qui s'est très bien intégrée à la gamme de services que les gestionnaires de cas peuvent offrir. Un lien est systématiquement entretenu entre cette unité, le soutien à domicile et l'urgence puisqu'un travailleur social gestionnaire de cas effectue quotidiennement une visite, vérifie si les personnes qui s'y trouvent sont connues ou non du soutien à domicile. L'urgence est un lieu intéressant pour « *lire la situation* » et bien orienter le cas, éviter l'hospitalisation et préparer un retour à domicile. L'unité gériatrique réunit une équipe de professionnels avec un médecin qui assure une prise en charge interdisciplinaire requise pour ces personnes fragiles qui ne peuvent pas encore retourner à domicile. On cherche à éviter que la personne ne tombe entre deux chaises et la préoccupation du retour à domicile est toujours présente, « *il faut*

*s'organiser pour que le client devienne autonome* ». Certaines pénuries de professionnel(le)s, notamment les ergothérapeutes et physiothérapeutes, posent des problèmes d'accès à des services nécessaires pour assurer le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. C'est un problème généralisé. Pour les médecins de famille, il y a une politique d'attribution d'un médecin de famille pour toute personne qui n'en a pas. Les visites à domicile sont assurées par chaque médecin lors de la semaine de son tour de garde à l'unité gériatrique. La perception de concertation des médecins est satisfaisante, surtout entre les différentes missions de l'établissement local, où on se coordonne bien et rapidement pour éviter la détérioration de l'état des personnes. Selon les médecins du territoire de Coaticook, un réseau intégré est rentable pour la personne âgée, pour le système et pour le médecin qui travaille de moins en moins seul. Ça représente une réelle évolution, on s'aperçoit que la concertation des différents professionnels autour d'un patient âgé est rentable pour la personne en termes de qualité de vie et elle peut vivre dans son milieu le plus longtemps possible avec l'ajout de services à domicile. Pour le système, on retarde des hébergements ou des hospitalisations à long terme. Pour les médecins, quand on est seul devant un patient âgé en perte d'autonomie, il n'est pas évident de faire avancer toutes les facettes ; la plupart des médecins sont satisfaits des interventions faites en gestion de cas et ça les décharge « *d'un fardeau de responsabilités* ». De plus en plus, ce n'est pas au médecin de gérer tout le travail et d'aller chercher les services et de courir après tout le monde. Maintenant chacun fait son bout de travail dans son champ d'expertise propre. Il ne faudrait pas retourner en arrière et travailler individuellement ; le travail interdisciplinaire est une « *valeur positive, c'est un plus* ».

Pour réussir un réseau intégré, la première règle est le travail en partenariat. Établir des partenariats locaux devient incontournable. L'ouverture large faite aux partenaires a pour effet que les personnes âgées du territoire sont au courant des services. L'établissement supporte des initiatives (services anglophones, conférences sur la santé et les services aux personnes âgées, loisirs thérapeutiques avec repas communautaires, etc.), ce qui assure une assise populationnelle et permet à l'établissement d'ajuster les services, par exemple dans sa collaboration avec les organismes communautaires et les résidences privées, des services essentiels dans un territoire où il n'y a pas de ressources intermédiaires (RI). S'il y a un problème quelque part, « *quelqu'un sonne l'alarme* ». Par contre, l'expérience récente indique que la clientèle en gestion de cas est trop lourde pour pouvoir vraiment profiter de certains services communautaires locaux bénévoles. La popote roulante est importante pour desservir les clients à domicile et ça fonctionne bien, mais il en va autrement lorsqu'il faut organiser du répit pour les aidants, un type de service qui se prête moins bien à l'engagement bénévole. Avec le service d'entretien domestique et le transport adapté, on essaie de travailler à améliorer l'accès aux services pour l'ensemble des municipalités du territoire.

À Coaticook, certains gains sont jugés appréciables : 1) avoir réussi à élargir l'utilisation du SIGG à toute la clientèle âgée desservie par le soutien à domicile ; 2) satisfaction de la clientèle ; 3) avoir élargi aussi le guichet unique à toute la population 0-100 ans. Bien connu de l'ensemble des partenaires, il est cependant plus difficile d'estimer dans quelle mesure le guichet unique est connu par la population âgée, même si des articles ont été publiés dans la presse locale. Du fait que les missions CLSC et CHSLD sont regroupées dans l'ancien bâtiment de l'hôpital, certaines personnes âgées peuvent avoir l'impression de téléphoner à l'hôpital alors qu'elles sont en réalité au guichet unique. La perception peut être lente à changer. La fonction de triage des demandes et les liens avec la salle d'urgence se déroulent bien. Le repérage avec le Prisma-7 doit être rappelé souvent ; il n'y a pas d'adhésion immédiate à cette fonction. Les intervenants estiment bien connaître leur clientèle en perte d'autonomie puisque le milieu est petit. L'instauration d'un guichet unique par rapport à l'accueil qui s'effectuait auparavant a permis de sentir une « préoccupation personnes âgées » plus grande. Quand un aidant téléphone au guichet unique, les intervenants vont relancer, ils sont plus soucieux. Cette fonction pourrait être développée davantage et effectuée de façon systématique.

Toutes les composantes sont vraiment importantes dans un réseau intégré mais la gestion de cas est essentielle parce que la santé des personnes âgées, « *c'est multi-problématiques* » et que le réseau est trop complexe. Elles se perdent, elles sont inquiètes, elles ignorent ce qui va arriver – c'est donc le rôle du gestionnaire de cas d'assurer la continuité dans le cheminement à travers les différents services. Le modèle mixte de gestion de cas, dans un petit établissement avec des ressources limitées, était difficile à éviter, d'autant plus que les trois professionnels des services psychosociaux doivent être utilisés dans les secteurs variés couverts par le soutien à domicile, soit la déficience intellectuelle, la déficience physique et les personnes âgées, incluant les soins palliatifs. Ce n'est plus tellement un choix d'opter pour le modèle mixte mais l'unique possibilité. Dans une plus grosse équipe, le départage des responsabilités et des charges de cas peut s'effectuer avec certaines marges de manœuvre. Par contre, au niveau de la continuité, le fait d'avoir une équipe restreinte permet une bonne connaissance des clients par l'équipe et les remplacements génèrent ainsi moins d'impacts négatifs sur eux. Garantir le même intervenant n'est pas toujours possible.

L'idée d'avoir un modèle de gestion de cas interdisciplinaire était intéressante aussi, mais il y a des pénuries de professionnel(le)s, notamment les infirmières qui ont d'ailleurs un volume important de demandes de services à couvrir. L'assignation d'un client en gestion de cas est rarement discutée en équipe. L'enjeu sur ce point est perçu comme inexistant puisque le rôle de travailleur social (ou a.r.h.) et de gestionnaire de cas est tenu par la même personne : « *Il n'y a pas de frontière* ». Pas besoin non plus de présélectionner la clientèle pour l'orienter en gestion de cas, d'une façon ou de l'autre, un(e) pro-

professionnel(le) est là pour organiser les services. Les distinctions de rôle n'ont pas été faites avec les partenaires ; il ne leur est pas apparu nécessaire de le faire. Pour les médecins et les intervenants communautaires, il était cependant difficile d'identifier qui était en gestion de cas parmi la clientèle âgée qu'ils desservent. Après avoir signalé la situation, les médecins ont commencé à recevoir des notes qui identifiaient que tel patient était en gestion de cas, un geste apprécié : un avantage des petits milieux.

Récemment, avec l'ajout d'une ressource à temps complet en gestion de cas, on estime avoir fait de grands pas : le nombre de cas suivis a augmenté et le partage des tâches est mieux équilibré, chacun ayant des tâches administratives, des responsabilités sectorielles (DI, DP, PALV<sup>o</sup>) et des fonctions de gestionnaires de cas où chacun a une charge de cas variable. Les assignations en gestion de cas et les inscriptions sur le SIGG étaient faites trop en retard pendant les premières années, on a cherché à améliorer, mais ce n'est pas parfait. Par exemple, l'accent est mis sur la fiche d'identification du SIGG et le SMAF, mais les PSI ne sont pas tous complétés. La difficulté : le manque de ressources. Le retard d'utilisation du SIGG déjà souligné par la direction a eu comme effet que les gestionnaires de cas ont dû utiliser longtemps le format papier lors des évaluations à domicile pour ensuite transposer les résultats sur le SIGG lors du retour au bureau. Une duplication perçue comme un frein à leur efficacité. Les ordinateurs portables n'ont été utilisés à domicile que tardivement. Le SIGG n'est pas suffisamment utilisé par les médecins, bien que tous aient été formés, d'où leur demande d'obtenir une version papier du PSI. La formation a été faite au début de l'implantation, mais puisqu'ils ont peu pratiqué, la mécanique a été oubliée.

L'intégration du rôle du gestionnaire de cas par rapport aux infirmières du soutien à domicile a été lente et il y a encore du travail à faire. Le partage du rôle pivot de l'infirmière avec celui du gestionnaire de cas n'est pas encore un acquis mais des progrès sont visibles. Il est important de revenir sur la vision de continuité dans l'équipe de soutien à domicile et les gestionnaires de cas doivent davantage expliquer et « vendre » leur rôle à leurs collègues du soutien à domicile, une responsabilité qui a été portée jusqu'à maintenant surtout par le gestionnaire du service. Conséquemment, la compréhension des rôles génère encore certains accros et avance lentement ; il faut arriver à ce que chacun des intervenants ait une vision claire des rôles et de leur répartition la plus efficace. On souligne que depuis qu'ils ont le rôle de gestionnaires de cas, ceux-ci vont davantage chercher l'information dont ils ont besoin au niveau régional. Des rencontres avec le service social du CHUS et de l'Institut sont prévues pour améliorer la collaboration : « *On travaille nos liens.* » Étant donnée la distance et les contraintes de temps, les gestionnaires de cas souhaiteraient pouvoir compter sur les professionnels du CHUS et de l'Institut pour les informer.

---

o DI-DP-PALV : Déficience intellectuelle – déficience physique – perte d'autonomie liée au vieillissement

Le fait de ne pas avoir de liste d'attente au soutien à domicile oblige parfois à intervenir pour « éteindre les feux ». Les clientèles autres que celles en gestion de cas ont un suivi moins intensif, « *on fait moins d'interventions, c'est clair* ». En contrepartie, à l'interne, on ne travaille plus en silo : on travaille sur un axe horizontal, le soutien à domicile se rend à l'urgence, il y a une continuité au niveau de l'hébergement, du soutien à domicile et du centre de jour, « *c'est un continuum parce que c'est ça qu'on vise. Les silos entre secteurs, on ne doit pas avoir ça* ». La perception des personnes âgées a changé, « *on sait qu'il va y avoir quelqu'un qui va être là, on les voit différemment* ». Le Centre de jour est maintenant utilisé pour des personnes en perte d'autonomie prononcée. « *On a décloisonné tout ça.* » Le fil directeur, c'est de s'interroger sur la réponse aux besoins de la clientèle et de voir qui est le mieux placé pour le faire. On essaie d'intervenir avant que le problème ne s'aggrave, de façon à éviter des visites à l'urgence. « *Ça n'a pas été difficile d'amener des changements parce que les intervenants sont pro-clients.* » Dans l'allocation des services à domicile, on a assoupli pour mieux répondre aux besoins et il arrive qu'on ait des collaborations avec l'équipe de santé mentale pour certains clients âgés.

Les profils Iso-SMAF fournissent une indication des besoins de services mais permettent aussi aux intervenants d'avoir un langage commun. Les avantages de connaître les profils Iso-SMAF des clients en soutien à domicile et de ceux en Centre de jour sont indéniables. Le déploiement pour l'ensemble des clients et non seulement pour ceux en gestion de cas était très important. Le fait de partager ces outils est également un point majeur, « *on a tous le même langage et ça je pense que c'est important dans la continuité* ». Les pratiques internes ont changé : maintenant les discussions de cas se font seulement si le profil a été fait. Le profil permet de prendre une orientation qui est appuyée, « *ça nous donne des raisons d'aller dans un sens* ». Il faut donc que le personnel se familiarise avec les outils informatisés. L'utilisation des ordinateurs doit être encouragée par les directions ; il faut outiller le personnel, offrir la formation mais aussi amener les gens à les utiliser au quotidien. Il faut être conscient que l'informatisation implique un processus d'apprentissage ; il faut prendre le temps pour que le personnel qui n'a pas beaucoup de notions apprenne à se servir des différents logiciels.

En termes de résultats plus globaux, on perçoit une évolution sur la perception des personnes âgées, de leurs besoins et de la nécessité d'une promptitude à répondre. Maintenant, la conscience de la problématique est là, les intervenants peuvent agir rapidement, proposer des choses pour le domicile de façon à empêcher les hospitalisations et à mieux satisfaire les besoins des clients et de leur famille et viser à retarder l'institutionnalisation. C'est un impact intéressant. Les résultats de continuité et d'efficacité sont relativement évidents pour les gestionnaires et médecins du territoire.

En ce qui concerne la gestion à l'intérieur de l'établissement, tous les programmes qui touchent les personnes âgées étaient déjà gérés par une seule per-

sonne, ce qui assure une bonne coordination d'ensemble. Mais, aborder un tel changement repose d'abord sur les personnes, il faut y croire, s'investir beaucoup, voir les difficultés. Cela prend une vision mais on le fait à partir de l'expérience des personnes, d'où l'importance de respecter le cheminement et de permettre les ajustements. Il y a des enjeux professionnels et des enjeux budgétaires ; il faut considérer l'ensemble et aussi s'assurer de gérer les changements pour éviter la surcharge. Le gestionnaire doit avoir la possibilité de saisir les implications des changements avant de les implanter, il faut également que le personnel comprenne clairement le gain à implanter tout projet. Le leader doit avoir des habiletés relationnelles et de communication mais doit aussi imprégner une direction d'ensemble pour diminuer l'impact des ambiguïtés et des flous. Il faut saisir les enjeux au niveau local et favoriser une mise en place des changements qui adopte les couleurs locales. Ça prend des gens qui connaissent très bien le réseau intégré pour les personnes âgées, qui sont au courant des budgets, capables de gérer du personnel et des conflits personnels ou interprofessionnels, capables de rallier l'opinion dans la direction prévue. On a eu de la chance de l'avoir. Finalement, le fait de participer à la recherche a aidé à clarifier les éléments du modèle – on l'a vu en Estrie, certains territoires ont éprouvé des difficultés.

### **Les intervenants de Coaticook**

Les intervenants perçoivent la gestion de cas comme « très en vogue », mais étant donné que c'est le Ministère qui le demande, c'est aussi une obligation. Ils croient que ce service s'adresse à toutes les clientèles âgées puisque les distinctions de rôles entre GC et intervenants psychosociaux ont peu été abordées. Ils constatent que de plus en plus de personnes sont inscrites au SIGG. Les intervenants constatent des duplications avec le niveau régional ; des démarches déjà faites au niveau local sont refaites, ou encore les gens reviennent chez eux sans que la transition n'ait été orchestrée. Parfois le plan de services proposé par le niveau régional n'apparaît pas logique aux intervenants locaux qui connaissent bien la situation de la personne âgée et les limites de l'offre locale de services. Par exemple, l'hôpital indique des services de physiothérapie à domicile trois fois par semaine alors que les capacités locales sont restreintes. Les intervenants doivent négocier avec les attentes des clients. De plus, certains clients demeurent loin ; il faut alors faire beaucoup d'enseignement aux aidants, donner un programme d'exercices et après, ils continuent seuls. Certaines améliorations sont remarquées, comme les fiches de continuité qui arrivent au guichet unique.

Le guichet unique n'est pas perçu comme un nouveau service, l'accueil fonctionnait très bien, c'est une continuité. Les personnes qui sont au guichet connaissent très bien le réseau et l'articulation entre les services. Du fait que le milieu est petit, le partenariat est très présent et les gens sont sollicités facilement.



Les profils Iso-SMAF, « *c'est du connu (...) toutes les clientèles qui ont besoin de services, on se base sur ça pour les offrir. (...) Et ça nous prend ça pour le mécanisme d'accès à n'importe quoi* ». Le profil est un bon indicateur, on sait tout de suite où se situe la personne sans avoir à lire le SMAF au complet. Les gens mettent beaucoup d'efforts pour compléter le profil qui devient de plus en plus un guide pour identifier ce qu'il faut compenser et quels services il faut aller chercher hors de l'établissement. Depuis que les profils Iso-SMAF sont couramment utilisés, il est plus facile pour la responsable du Centre de jour de prévoir l'accueil et la gestion de la journée ; elle sait d'avance le niveau d'exigence pour les intervenants ce qui permet de calibrer les groupes. Cette aide à la planification n'était pas disponible auparavant. C'est aidant.

Pour une intervenante communautaire, l'évolution du réseau intégré est réelle, des gains sont réalisés surtout au niveau de la transmission d'informations pertinentes. Par contre, entre dispensateurs communautaires, on souhaiterait mieux se connaître. On souligne que sans aucun accès au dossier du client, même si les organismes ont signé le protocole de partage d'informations, il est difficile parfois d'offrir le service de la bonne façon. Il est important par exemple de savoir si tel client a des problèmes cognitifs. Si nos préposés ou bénévoles trouvent des choses moisies dans le frigo et que la personne ne s'alimente plus correctement, on communique l'information au guichet mais on ignore si un suivi s'est fait. Le type d'informations requis par un organisme est surtout conditionné par le type de services à rendre ; par exemple, il est important de savoir que la personne marche avec une canne quand on parle de transport. Une rétroaction serait donc appréciée. On se demande aussi comment réagir devant les cas qui s'alourdissent à domicile. Il y a des lacunes à ce niveau et ce sont des choses que les organismes communautaires pourraient travailler ensemble. Pour les intervenants qui n'ont ni le SMAF, ni les profils Iso-SMAF, ni le SIGG, il est difficile de savoir quel client est en gestion de cas ; cette information représente pour eux un indice de sa vulnérabilité, on peut inciter à une plus grande vigilance autour de cette personne. S'ils l'ignorent, ils n'ont aucun moyen de participer activement au suivi. La plupart du temps, les organismes ignorent qu'ils font partie d'un plan de services individualisé. Même les personnes âgées l'ignorent. Quand les demandes de services s'effectuent, jamais les intervenants ne mentionnent que la personne est en gestion de cas. Finalement, les organismes communautaires se demandent s'ils desservent cette clientèle.

Pour les intervenants qui profitent du SIGG, l'expérience est toute autre : les informations sont toutes présentes, chaque intervenant fait sa note au fur et à mesure, on connaît la date du congé hospitalier prévue, on sait que le *pace-maker* a été installé et qu'on demande de la physiothérapie au Centre de jour. « *Ça fait juste une semaine que je fais des notes au SIGG et j'aime assez ça !* » Et puisque tous les cas sont au SIGG maintenant, il n'est plus nécessaire de se demander si ça vaut la peine d'aller vérifier au SIGG. L'informatisation partagée est une nécessité. « *Historiquement, le Centre de jour, on a toujours été les*

*plus isolés des autres intervenants, on était comme vous autres (les organismes communautaires), on était quasiment des partenaires dans la même boîte, c'est vrai, mais on n'avait pas de lien, ils ne nous parlaient pas (...) c'était difficile. (...) Mais là avec quelqu'un qui est gestionnaire de cas, je fais juste un appel. »* Le gestionnaire de cas s'en occupe. L'information circule. « *On est beaucoup moins isolés maintenant on fait partie de l'équipe.* » L'endroit où il faudrait demander la participation au SIGG, c'est à l'urgence locale, aux quarts de soir et de nuit. Pour les professionnels de la physiothérapie, il y a toutefois l'obstacle de la longueur de notes – il faudrait que le SIGG intègre les grilles d'évaluation des transferts et de la douleur, ce serait un gain important pour les physio qui prennent 30 minutes pour une seule note alors que leur outil papier est vraiment rapide. Il faut toujours dupliquer pour le dossier médical alors c'est une difficulté pour les cas qui passent à l'unité gériatrique par exemple. Autre obstacle : il n'y a pas assez d'ordinateurs, quatre intervenants pour le même ordinateur, ce n'est pas pratique. Si l'ordinateur n'est pas disponible, la note est faite sur papier, mais pas recopiée à l'ordinateur ensuite.

Le résultat atteint depuis trois ans, c'est d'avoir un meilleur suivi du client et une continuité ; on est rassuré quand la personne sort par exemple de l'unité gériatrique, elle obtient un suivi, elle n'est pas laissée à elle-même. Par contre, on voit qu'un arrimage reste à faire, que si les organismes sont parties prenantes au PSI, un peu comme un contrat de service, il serait important de clarifier, au moins une fois par année, la place de chacun dans ce contrat et s'il y a lieu de le modifier ou de le maintenir. Le client qui signe l'autorisation de transmission d'informations, doit refaire ce choix à chaque année, les parties au contrat devraient aussi y participer. Les liaisons entre la courte durée et le soutien à domicile sont parfois déficientes ; quand le téléphone qui avise du congé est le même jour que le départ de l'hôpital, on n'a pas le temps de préparer les services et ni le temps de réaction nécessaire pour contracter l'oxygène, fournir les nouvelles prescriptions, les équipements et il n'y a personne pour leur expliquer avant deux ou trois jours. C'est difficile.

En résumé, dans les trois territoires, l'ensemble des participants aux entrevues ont relevé des lacunes d'accès aux services de base du soutien à domicile, des ressources financières insuffisantes et un manque d'effectifs dans certaines professions (infirmières, ergothérapeutes, physiothérapeutes, géiatres) ainsi qu'une difficulté à prévoir une relève pour les gestionnaires de cas. Le rythme soutenu des demandes de services en provenance du secteur hospitalier devrait inciter les partenaires régionaux à mieux intégrer les intervenants locaux dans leur processus de façon que le congé puisse être préparé, ce qui n'est pas acquis. Au moment des entrevues en 2005, le réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie devait composer avec une situation assez généralisée de manque d'accès aux services de base à Sherbrooke (aide au bain et à l'hygiène notamment) et, en région, avec des problèmes de transport et une desserte incomplète de certaines municipalités éloignées pour la livraison de repas et l'entretien

domestique. À Sherbrooke, on a décrit un effet de goulot d'étranglement dans plusieurs services où les personnes âgées devaient être placées en liste d'attente (Centre de jour, hébergement temporaire, hébergement par alternance). Ce reflet d'une situation d'accès insuffisant aux services n'a pas réussi toutefois à inciter les participants à se désengager ou à limiter leur appui au réseau intégré de services, étant majoritairement convaincus de la nécessité d'adopter cette voie dès maintenant pour que le système soit en mesure de desservir adéquatement les personnes âgées, aujourd'hui et pour les prochaines années.

Présenté en guise de conclusion, le tableau 3.1 qui suit permet de visualiser, pour chacune des composantes du réseau intégré, les éléments que les participants ont relevés comme étant satisfaisants (on apprécie...) ainsi que ceux qui apparaissent comme devant faire l'objet d'une proposition ou d'une mise en garde (on suggère...).

Tableau 3.1  
Éléments satisfaisants et suggestions dans l'implantation  
du réseau intégré de services

<b>La concertation</b>	
<b>On apprécie...</b>	<b>On suggère...</b>
<p>Une volonté claire des directions pour que le système se dirige vers les réseaux intégrés et la gestion de cas ; elle permet le partage d'un même discours et d'actions convergentes : un cadre de gestion des interfaces entre les services</p> <p>Le changement de philosophie généré par la concertation entre partenaires : échanges d'informations, d'outils et d'expertises</p>	<p>Une stabilité dans les organisations (au moins dans la phase de constitution de la dynamique de concertation)</p> <p>Le roulement du personnel clinique et de gestion ne soutient pas la continuité et permet difficilement la transmission de valeurs et de connaissances liées au réseau</p>
<p>D'avoir d'abord créé une vision commune, préparé le terrain et instauré des mécanismes de coopération avant d'avoir des sommes d'argent a permis aux dirigeants d'utiliser différemment ces sommes puisque le consensus sur les priorités était atteint</p>	<p>Désamorcer les craintes des partenaires à l'effet de se voir retirer des ressources ou des mandats ; ces enjeux englobent inutilement les énergies</p>
<p>Se concerter est un effort : tout ce qu'on fait (bien ou moins bien) devient visible, il faut accepter les remises en question sur nos services par nos partenaires et on doit répondre aux questions</p>	<p>Transparence</p> <p>Se doter de modes de prélèvements systématiques d'informations qui touchent le fonctionnement des établissements</p>

<p>La concertation permet d'avoir beaucoup d'informations sur la situation du réseau, sur la collaboration entre les partenaires et une meilleure connaissance du travail de chacun</p> <p>Elle permet aux gestionnaires d'être davantage conscients des répercussions de leurs décisions en amont et en aval</p>	<p>D'encourager les initiatives qui permettent aux intervenants et aux gestionnaires de percevoir la réalité de travail et les contraintes des partenaires – incite à améliorer les pratiques et les outils</p> <p>« Pourquoi réinventer la roue ? »</p>
<p>Le leadership exercé dans chacun des territoires : fort, convaincu, compétent, rassembleur d'opinions, branché à tous les niveaux du système</p> <p>Le leadership partagé entre le ministère, l'Agence et les directions sur les réseaux intégrés donne une forte légitimité</p>	<p>Un « must » pour toute région qui plante un réseau intégré – une personne seule ne peut pas réaliser l'intégration</p>
<p>La sensibilisation à l'évitement de la duplication est faite</p>	<p>Les constats de mauvais fonctionnements inter-organisationnels doivent être poussés vers une instance chargée de les régler ou de soumettre des recommandations (ex : prêts d'équipement d'adaptation du domicile)</p>

**Le guichet unique**

<b>On apprécie...</b>	<b>On suggère...</b>
<p>Le guichet unique comme lieu de références pour les demandes de services</p>	<p>Il faudrait mieux renseigner la population et les intervenants sur l'existence et le fonctionnement du guichet unique</p>
<p>Une équipe interdisciplinaire d'évaluation à domicile basée au guichet unique</p>	<p>Des activités d'harmonisation des évaluations, entre 2<sup>e</sup> ligne vs 1<sup>re</sup> ligne</p>
<p>Le guichet unique reçoit de nombreuses demandes de services du centre hospitalier qui n'utilise les profils Iso-SMAF que pour les demandes d'hébergement. Pour préparer le retour à domicile, le profil indique le niveau de fonctionnement actuel et indique les services requis</p>	<p>On souhaiterait un déploiement complet des profils Iso-SMAF en milieu hospitalier qui permettrait de clarifier le besoin de services au moment du congé</p>

---

**Les profils Iso-SMAF**


---

<b>On apprécie...</b>	<b>On suggère...</b>
<p>La mise en place des mécanismes locaux d'accès à l'hébergement permet de gérer localement la dynamique de placement</p> <p>Le fonctionnement avec les profils Iso-SMAF permet de rationaliser l'accès à l'hébergement et de distinguer les grandes catégories de besoins</p>	<p>L'utilisation des profils Iso-SMAF pour le financement des services suscite des questionnements (le profil ne tient pas compte du temps requis à l'intervenant pour combler tel type de handicap : soins particuliers de gavages, glycémies, etc.</p> <p>L'utilisation du profil comme critère d'orientation vers des ressources RI-RTF et CHSLD devrait être complétée et validée par un avis professionnel</p>

---

**Le dossier clinique informatisé SIGG**


---

<b>On apprécie...</b>	<b>On suggère...</b>
<p>L'utilisation d'un discours commun et la mise en place d'outils communs : système SMAF et Iso-SMAF, SIGG</p> <p>Le soutien technique reçu pour l'appropriation des outils informatisés</p>	<p>Un accès plus facile aux postes informatiques avec le SIGG (plusieurs postes sont partagés ou trop éloignés) – d'autres postes sur les unités hospitalières sont requis (ergo, physio, gériatrie)</p> <p>L'enrichissement du SIGG avec des outils médicaux, pharmaco et de réadaptation</p> <p>L'amélioration du PSI (liens avec le SMAF et informatisation)</p> <p>Des cliniques d'assistance personnalisée pour les personnes qui ne possèdent pas le clavier et la souris d'ordinateur – les logiciels doivent être conviviaux</p>
<p>L'informatisation des dossiers représente un tremplin vers un mode de fonctionnement qui diminue l'impact de la distance et du temps sur la qualité du service et permet d'éviter la duplication</p>	<p>Le rattachement de tous les dispensateurs de services aux personnes âgées par l'informatique rendra possible l'optimisation du réseau intégré... mais il faut que les intervenants se fassent confiance, c'est une condition</p>
<p>Le SIGG est perçu comme un outil qui pourrait aussi être utile à d'autres clientèles</p>	<p>Les pharmacies communautaires devraient être au SIGG ; le profil médicamenteux est absolument nécessaire aux médecins</p>

<b>La clientèle</b>	
<b>On apprécie...</b>	<b>On suggère...</b>
<p>Avoir une vision globale des mouvements des clientèles</p> <p>Arriver à distinguer les besoins situationnels et ponctuels de ceux qui requièrent une prise en charge à long terme</p> <p>Lier le degré de perte d'autonomie avec le besoin de services</p>	<p>Lorsque l'accès aux services de base pour le soutien à domicile est déficient, tous les efforts d'organisation de la prise en charge s'en trouvent amoindris</p> <p>L'intensification des services à domicile est requise pour éviter des placements, surtout ceux de couples qui coûtent plus chers en hébergement que si on les soutient à domicile, quand c'est leur volonté</p>
<b>La gestion de cas</b>	
<b>On apprécie...</b>	<b>On suggère...</b>
<p>La présence des gestionnaires de cas et leur rôle de traducteur et de guide pour les aidants et les personnes âgées ; les familles apprécient beaucoup ce que fait le GC pour eux</p> <p>Mieux connaître la gestion de cas permet de développer des pratiques de collaboration ; après avoir expérimenté une intervention conjointe avec un GC, on s'aperçoit qu'on a besoin d'un professionnel dédié à la clientèle âgée, qui ne change pas constamment</p> <p>Avoir un critère simple d'accès à la gestion de cas (i.e. profil Iso-SMAF 4 et plus)</p>	<p>D'agir sur les délais d'accès à la gestion de cas et avoir davantage de gestionnaires de cas</p> <p>Doter les gestionnaires de cas d'un accès privilégié à certaines ressources « tampons » (répit, hébergement temporaire ou par alternance, rehaussement de mesures de soutien à domicile)</p> <p>On voudrait éviter l'utilisation de l'équipe initiale de gestion de cas (liste d'attente supervisée), où on sent que « ça flotte »</p> <p>Les intervenants et cliniciens qui ne possèdent pas les profils Iso-SMAF peuvent difficilement savoir qui est admissible à la gestion de cas</p>
<p>La charge de cas allégée permet au GC de vraiment jouer son rôle inter-organisationnel</p>	<p>Que davantage de clients soient suivis en gestion de cas, pourquoi ne pas augmenter la charge de cas ?</p>
<p>Les médecins qui expérimentent la gestion de cas apprécient le partage de la lourdeur des cas</p> <p>Lorsqu'une connivence est établie entre md et GC, le md est bien informé durant une hospitalisation de son patient, ce qui permet d'amorcer les étapes subséquentes avec plus d'aplomb</p>	<p>Le tandem md-GC n'est pas encore optimal mais les solutions à ce problème de proximité ne sont pas claires</p> <p>Établir un partenariat entre md et GC avant l'inscription en gestion de cas</p> <p>Le suivi médical des personnes âgées en résidences privées devrait être mieux encadré (réflexe de l'urgence élevé)</p> <p>Améliorer la formation des GC sur des problématiques spécifiques au vieillissement (géronto-psychiatrie)</p>

Le rôle des infirmières de gériatrie dans les équipes de gériatrie hospitalière et en géronto-psychiatrie pour relier la 2 <sup>e</sup> ligne avec la 1 <sup>re</sup> ligne et la gestion de cas	Les gériatres ont été insuffisamment associés à l'ensemble de la démarche et ils sont essentiels
	Il faut trouver la solution au fait que des patients sont hospitalisés sans que leur médecin et leur gestionnaire de cas le sachent... un rôle pour les archives ?

### Les ressources

On apprécie...	On suggère...
Dans les territoires densément peuplés, la division par zones permet d'améliorer les services surtout parce qu'on vient à connaître les intervenants, leurs pratiques et les ressources locales	Dans les territoires ruraux, le transport est un problème omniprésent, jamais réglé
Avec le projet de réseau intégré, on dispose de structures, d'outils et de mécanismes adéquats mais...	... on manque de ressources pour les actualiser à leur pleine mesure – des budgets de transition seraient indiqués, car c'est très lourd pour les gestionnaires comme pour les intervenants : « <i>l'essoufflement est partout dans le réseau.</i> »

### Discussion

La zone expérimentale a révélé les avancées qui ont été réalisées malgré un contexte défavorable à plusieurs niveaux. Au plan national, la situation de financement des services de santé et de services sociaux est perçue comme étant bien en-deçà des besoins, avec des problèmes de dotation au niveau professionnel sur des postes névralgiques pour le soutien à domicile des personnes âgées, tels que les soins infirmiers, l'ergothérapie, la physiothérapie, la médecine de famille, la gériatrie. Le monde de la santé et des services sociaux est caractérisé par la complexité et la mouvance. Les changements incessants et le roulement de personnel sont remarqués et déplorés par plusieurs. Malgré les difficultés d'y fonctionner, tant pour le public que pour les intervenants, ce système d'accès universel est appuyé par la population, et d'autant plus par la population âgée qui a connu l'époque de l'inaccessibilité économique aux soins de santé. Au plan régional, le sous-financement se vit par des lacunes importantes dans le panier de services ; c'est le contexte qui nous a été décrit lorsque nous abordions le sujet de l'implantation du réseau de services intégré dans les trois territoires.

Posée sous l'angle des facteurs de réussite d'un projet, la théorie de l'implantation de programme permet de ressortir les éléments suivants :

1. Contexte global. Plusieurs niveaux de contexte se chevauchent et convergent vers le constat de ressources insuffisantes dans le domaine de la santé

et des services sociaux. Toutefois, les orientations du ministère ont bien servi le projet des réseaux intégrés puisque l'intégration des services ainsi que l'importance démographique du vieillissement était en alignement direct avec les principes directeurs de la politique ministérielle à l'égard des personnes âgées.

2. Contexte organisationnel. Les urgences et les centres hospitaliers ont été présents au niveau décisionnel et gestionnaire mais moins capables d'apporter des changements au niveau des intervenants du terrain, soumis à une pression importante de la demande de soins en contexte de pénurie d'infirmières. Cette situation a perduré. En CLSC, la pression du quotidien est considérable également pour les intervenants lorsqu'ils ont une liste d'attente et lorsqu'ils n'ont que peu ou pas de services de base à offrir.
3. Les ressources humaines et financières. Un facteur important de la réussite d'un projet ou d'un changement concerne la capacité de fournir le bon niveau et le bon type de ressources – dans la majeure partie des cas, les ressources humaines et financières ont été insuffisantes, il n'y a eu que peu de nouvelles ressources investies, ce qui signifie qu'il fallait faire le changement à même une enveloppe déjà insuffisante. Plusieurs acteurs ont dénoncé ce problème.
4. Les ressources matérielles. Surtout requises au niveau de l'implantation du dossier clinique informatisé SIGG, celles-ci ont été planifiées et assumées par l'Agence régionale – malgré tout, les partenaires ont considéré le CHUS et les soins hospitaliers en général insuffisamment pourvus de postes informatiques.
5. La clientèle. Les clients ciblés pour la gestion de cas répondaient pour la grande majorité aux critères d'accès ; les clients n'abandonnaient pas le suivi proposé par les gestionnaires de cas, malgré l'insuffisance de services.
6. Formation des intervenants et cliniciens. Chez les gestionnaires de cas, la formation initiale aurait nécessité des sessions ultérieures d'encadrement et d'échanges sur le rôle, les balises d'intervention, les problématiques du vieillissement. Plusieurs services impliqués dans le réseau intégré ont eu des présentations sur les composantes du réseau intégré, parfois de façon extensive avec le loisir de poser des questions, parfois de façon sommaire. La motivation et l'adhésion au projet dépendent en partie de la façon de comprendre le changement en cours, d'où l'importance de sessions extensives d'information.
7. Motivation, adhésion. Certains acteurs non rejoints ou mal rejoints par le projet n'ont pas pleinement adhéré, mais pas toujours par désaccord de fond – par exemple les médecins de famille ont exprimé avoir l'impression



de devoir quitter un train pour en prendre un autre déjà en marche mais ils appuyaient en majorité les principes. Le tandem attendu entre la gestion de cas et les médecins de famille a été partiellement réalisé, les conditions structurelles de leur collaboration n'étant pas toutes réunies (rémunération conséquente du médecin pour assister aux rencontres multi, primes pour soins aux personnes âgées en perte d'autonomie dont la prise en charge est exigeante, contexte de surcharge, accès insuffisant au SIGG). Des étapes ont été franchies, parfois après une période de questionnement qui a permis de mieux comprendre et de voir l'impact positif du changement proposé sur la qualité de vie de leurs clients et sur leur trajectoire parmi l'ensemble des services du continuum.

8. Perception du projet lui-même : le modèle de réseau de services intégré a été perçu favorablement par les niveaux décisionnels et gestionnaires des services publics ; on l'a décrit comme un « projet porteur », un objet d'enthousiasme qui a permis d'apprendre, d'évoluer, d'aller au-delà des limites structurelles traditionnelles. Malgré ce potentiel, un horizon de quelques années peut sembler insuffisant pour dénouer certaines situations, particulièrement celles qui requièrent des relectures complètes des problématiques (si l'hôpital est engorgé, posez-vous la question de l'efficacité de la coordination des services offerts dans la communauté). C'est encore plus vrai lorsque les ressources sont insuffisantes.

Si nous tentons finalement de retirer de cet amalgame de situations les principales conditions de réussite pour l'implantation d'un réseau intégré de services, nous retrouvons partout un même *leitmotiv* « *Moi, j'y crois* ». Issue sans doute de la perception de cohérence entre les problèmes identifiés sur le terrain et le type de solutions préconisé par ce modèle de réseau intégré, la confiance des acteurs clés a été déterminante, justement à cause de l'état du système au moment où tous ces efforts ont été réalisés et aussi parce que toutes les preuves n'avaient pas encore été fournies par la littérature scientifique.

Nous ressortons donc quatre éléments de réussite incontournables.

- Une prise de position régionale claire avec des attentes claires et un rôle porté par l'Agence qui formalise un changement découlant de préoccupations cliniques – les forums organisés par l'Agence ont permis de créer un large consensus sur le développement des services à domicile ainsi que sur le plan d'action et les cibles à atteindre ;
- Un engagement ferme des directions d'établissements qui ont orienté leurs ressources afin que toute la région puisse emboîter le pas, notamment sur le dossier clinique informatisé SIGG ;
- Des travaux cliniques solides portés par des gens ayant beaucoup de crédibilité clinique et des chercheurs reconnus qui appliquent une méthodologie rigoureuse dans les travaux – « le projet était porteur » – les gens de terrain

ne pouvaient pas penser qu'il s'agissait « d'une lubie administrative ». Il est donc important de disposer d'un modèle qui a de la consistance clinique et organisationnelle pour gagner l'adhésion du plus grand nombre.

- Dans un territoire comme Sherbrooke avec un bassin important de services, de personnes âgées et de gestionnaires de cas, l'une des conditions de réussite a été le fait d'avoir une coordonnatrice des réseaux intégrés qui s'est consacrée pleinement à sa mise en place : concertation des partenaires, implantation des outils, de la gestion de cas, du guichet unique. Dans les territoires ruraux, les responsables d'implantation étaient des gens reconnus pour leur expertise en gestion de services aux personnes âgées. Dans les trois territoires, ces gestionnaires pouvaient lier les niveaux décisionnel, gestionnaire et clinique et avaient une légitimité d'action.

Après trois années de travail, les propos recueillis ne traduisent certainement pas un tableau sans faille. Toutefois, les acteurs ont prouvé qu'ils détiennent maintenant des clés de compréhension du système où ils naviguent et des leviers de changement qui n'existaient pas avant le passage de ce projet dans leur région. Une fois que l'objet du changement est mieux ciblé, mieux compris dans ses nombreuses facettes et disséminé parmi un nombre important de personnes à tous les niveaux d'action, l'espoir de progrès est permis. C'est ce que nous retirons de cette rencontre privilégiée avec eux.

## Références

1. Veil, A. et Hébert, R. 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.
2. Yin, R.K. *Case Study Research : Design and methods*, 2<sup>e</sup> édition, *Applied Social Research Methods Series*, n<sup>o</sup> 5, Sage Publications, Beverly Hills, 1994.
3. Hébert, R., Tourigny, A. et Gagnon, M. *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*. EDISEM, Québec, 2004.



# Chapitre 4

## Mesure de l'intégration des services entre les partenaires du continuum de services aux personnes âgées dans trois territoires

---

Anne Veil, Réjean Hébert

---

### **Points saillants**

La littérature sur l'intégration des services est relativement récente. À la lumière des écrits sur le sujet, nous constatons que le concept d'intégration est un concept large, complexe, composé de plusieurs dimensions. Les auteurs ne présentent pas encore de consensus sur la hiérarchisation de ses dimensions, ce qui doit inspirer la prudence aux chercheurs qui veulent mesurer l'intégration, notamment sur la définition des dimensions et variables du concept à mesurer. Présentement, il n'existe aucun instrument capable d'en mesurer toutes les facettes et de rendre compte de sa complexité, ce qui est démontré dans la première partie de ce chapitre.

Dans le cadre de l'étude d'implantation Prisma-Estrie, nous souhaitons connaître et refléter aux partenaires du continuum de services, leur propre perception de l'état de la collaboration qu'ils expérimentaient après trois années d'implantation du réseau de services intégré. Nous avons adapté un instrument validé par Gina Browne et ses collaborateurs (Ontario, Canada) qui permet de situer les dispensateurs de services sur cinq niveaux de connaissance, de communication et de collaboration. Les résultats sont présentés sous forme de matrices et de graphiques permettant de savoir quels services sont moins connus, quels services sont perçus comme ayant des interactions de niveaux communication, coopération ou collaboration.

Il en ressort que les trois territoires atteignent une moyenne générale située dans la fourchette supérieure du niveau communication, à quelques dixièmes du seuil du niveau coopération. Les différences entre leur moyenne générale sont minimales, toutefois les cotes attribuées aux différents services identifient ceux qui sont perçus et qui perçoivent un état élevé, mitoyen ou faible d'interactions et de collaboration. En ce sens, les résultats sous formes de matrices et graphiques se prêtent bien à un exercice de bilan d'intégration entre les services diversifiés du continuum, même s'ils sont rattachés à des secteurs différents.

## Introduction

Lorsque les acteurs se concertent, ils identifient les cibles sur lesquelles ils s'entendent pour agir. Le contenu de ces discussions permet d'identifier les valeurs dominantes du contrat moral qui les lie, car ils adhèrent, ce faisant, à une philosophie globale de qualité de soins aux personnes âgées. Ils ont notamment adopté le modèle PRISMA qui identifie des moyens de favoriser l'intégration des services, par trois mécanismes (concertation, guichet unique et gestion de cas) et trois outils (le système SMAF/ Iso-SMAF, le dossier clinique informatisé SIGG et le plan de services individualisé). L'étude d'implantation du réseau intégré s'est surtout penchée sur ces six éléments dans le but d'en suivre l'implantation et d'identifier les avantages et les difficultés de leur mise en place ainsi que la valeur de ce modèle aux yeux des partenaires. Au terme de ce cheminement, nous souhaitons connaître leur perception de l'état d'intégration du réseau dans lequel ils évoluent. Pour ce faire, nous avons utilisé un instrument, récemment validé, pour capter la perception des partenaires associés au réseau intégré sur leur propre degré d'intégration. Les résultats de cette démarche font l'objet de ce chapitre. Mais avant d'exposer les résultats, nous décrivons les dimensions de l'intégration que l'instrument nous permet de mesurer, puisque ce concept est large et complexe.

Le modèle de réseau de services intégrés implanté en Estrie était unique en ce sens qu'il se voulait imbriqué à l'intérieur même du réseau de la santé et des services sociaux, utilisant les opportunités que ce réseau offre, tout en se confrontant aux limites qu'il impose. De plus, les réalités territoriales différentes des régions du Québec modèlent des contextes variés avec lesquels le projet de réseau intégré a dû composer. Par rapport à d'autres pays, le Québec se situe avantageusement puisque, au niveau national, les questions de santé et de services sociaux sont chapeautées par un même ministère. De plus, pendant les années 90, une vague de fusion des missions complémentaires de centres hospitaliers, services d'hébergement et CLSC avait déjà préparé le terrain au niveau des structures. Toutefois, la fusion des missions ne change pas automatiquement les pratiques cliniques et de gestion ; pour influencer l'habitude de travailler en vase clos, il faut des projets qui permettent d'instaurer d'autres façons de percevoir le système et d'autres façons de faire. Le projet PRISMA visait une meilleure coordination entre des structures de services complémentaires pour la plupart mais parfois aussi concurrentes (sphère privée), dont certains étaient administrativement fusionnés (services publics CH-CLSC-CHSLD\*), mais n'avaient que peu de pratiques de concertation avec l'ensemble des services concernés par les problématiques propres aux personnes âgées en perte d'autonomie.

Avec un modèle imbriqué de structures autonomes comme celui proposé en Estrie, l'intégration ne peut pas se réaliser sans une concertation prononcée,

---

\* CH-CLSC-CHSLD : Centre hospitalier – Centre local de services communautaires – Centre d'hébergement et de soins de longue durée.

qui implique non seulement des organisations dont les modes de fonctionnement et les incitatifs systémiques sont orientés sur des performances de type « silo », mais également un processus interactif entre de nombreux acteurs se référant à des logiques différentes (public, privé, communautaire, économie sociale) et situés à différents niveaux d'action (décideurs, gestionnaires, cliniciens et intervenants). La concertation n'est pas l'équivalent de l'intégration, mais sans concertation, aucun processus d'intégration n'est possible.

### **Approche conceptuelle**

L'intégration des services peut être discutée à partir de plusieurs perspectives. Au Québec, on associe souvent l'intégration des services à une opération administrative (fusion d'établissements) ou encore aux résultats attendus (efficacité, qualité, continuité des services). Mais la recension des écrits sur l'intégration nous démontre qu'il s'agit d'un concept complexe et multidimensionnel. De façon générale, on s'entend sur le but poursuivi au niveau de la clientèle : « *Une prestation de services intégrés permet d'éviter à l'utilisateur de subir les désagréments dus aux cloisonnements au sein et entre les administrations gouvernementales* » (*Office de la langue française, 2004*). Le Robert (1998) réfère à l'intégration comme étant une volonté de resserrer les liens entre des acteurs ou des composantes d'un ensemble organisé afin d'atteindre des objectifs souhaitables. Certains auteurs ont relevé les disparités des significations de l'intégration d'un pays ou d'un continent à l'autre, où elle est associée tantôt au « *managed care (USA)* », au « *shared care (UK)* », ou au « *disease management* », ce qui traduit une lacune de clarté conceptuelle<sup>9</sup>.

Les premières expériences de systèmes intégrés aux États-Unis les ont définis comme un réseau d'organisations qui offrent elles-mêmes une gamme de services à une population ciblée ou qui négocient un aménagement de services auprès d'un continuum de services. Les organisations qui composent ce continuum acceptent d'être imputables des résultats<sup>15</sup>. Souvent perçue uniquement par rapport à son volet administratif qui peut signifier une fusion de structures, l'intégration dans une perspective d'amélioration de la prise en charge de certains groupes de personnes vulnérables signifie d'abord et avant tout un virage des pratiques cliniques et de gestion, orienté sur l'amélioration de la continuité de services dans un esprit d'efficacité et d'efficience. On déborde alors largement de la perspective administrative.

Pendant la dernière décennie, plusieurs auteurs des pays industrialisés se sont penchés sur la notion d'intégration de services parce qu'ils cherchent des solutions aux impacts du vieillissement des populations sur leur système de santé et de services sociaux. En France par exemple, on utilise l'appellation coordination de proximité<sup>6</sup> plutôt que celle d'intégration qui ne réfère pas à un défi réalisable dans l'état actuel des rapports entre les multiples acteurs et payeurs. Aux États-Unis, Shortell<sup>14</sup> parle davantage de « *organized delivery system* » en l'associant aux concepts de valeur engendrée par la chaîne de prestation de soins ainsi

qu'à l'imputabilité puisque le système américain est activement impliqué dans des recherches d'aménagements entre acteurs et d'arrangements financiers par programmes visant la diminution des coûts des soins et services. Shortell présente les notions d'intégration clinique, fonctionnelle et du système médical des États-Unis comme des moyens de soutenir les compétences, les finalités et les acteurs impliqués dans la création d'une valeur pour le client malgré un système dominé par les intérêts des compagnies d'assurances.

Selon Kodner et Spreuwenberg<sup>9</sup>, l'intégration est au cœur de la théorie des systèmes. Tel que décrit par O'Conner et McDermott cités par Foote et Stanners<sup>5</sup> « a definition of a system is something that maintains its existence and functions as a whole through the interaction of its parts ». À ce titre, les frontières des systèmes peuvent être tout à fait virtuelles puisque ce qui rassemble les membres d'un système, ce sont des buts communs, une communication par réseaux et le fait que chacun en retire un bénéfice. La notion devient centrale dans le développement des organisations de santé, qui se présentent comme des structures hiérarchiques, séparées mais inter-reliées, dont les rôles devraient en principe être complémentaires. L'intégration est cet adhésif qui retient ensemble l'entité afin de réaliser les buts communs aux parties. À cause de la complexité du système de soins de santé et de services sociaux et de sa tendance à la spécialisation, les services se fragmentent et si l'intégration ne s'effectue pas avec l'ensemble des acteurs et aux différents niveaux d'action, les problèmes vont perdurer. Le médecin de famille, à cause de son rôle clé au niveau des liens avec les spécialités et avec le milieu de vie des patients, a souvent été celui qui, pour assurer des suivis de qualité à ses patients, devait servir de pont entre le système médical et les services sociaux. À cause de la nécessité de freiner la progression des coûts des services (*economic imperative*), ce rôle prend de plus en plus d'importance mais le médecin de famille n'a plus le temps de tout assumer et il n'est pas certain que ce rôle doive lui incomber.

Face aux définitions de l'intégration souvent centrées sur des cibles organisationnelles à atteindre, Kodner et al.<sup>9</sup> proposent une définition de l'intégration selon une perspective orientée sur les besoins des patients : « L'intégration est un ensemble cohérent de méthodes et de modèles touchant le financement, le niveau administratif, organisationnel et de prestation de services ainsi que le niveau clinique, qui sont chargés de créer un contact, un alignement et une collaboration au sein et entre les secteurs des services et des soins. Le but de ces méthodes et modèles est d'améliorer la qualité des soins et la qualité de vie, la satisfaction du client et l'efficacité du système pour les patients avec problèmes complexes et à long terme qui nécessitent une trajectoire de soins auprès de multiples services, pourvoyeurs et lieux » (trad. libre). Tout comme Leutz<sup>11</sup>, ces auteurs croient que le niveau, le type et les combinaisons de stratégies utilisées, que ces dernières soient financières, organisationnelles, administratives, cliniques ou liées à la prestation du service, devraient s'aligner avec les caractéristiques des patients des-servis et aux défis spécifiques posés par l'obtention de soins de qualité, appropriés

à leur situation. Ainsi, plus les besoins sont complexes, plus les stratégies d'intégration doivent être resserrées.

Dans notre recherche sur les nouveaux outils et nouvelles pratiques liés à l'intégration des services, il devient impératif de chercher d'abord à mieux circonscrire l'« objet ». Certains auteurs, comme Leutz nous apportent quelques principes intéressants, notamment sur les niveaux organisationnels et relationnels impliqués dans l'intégration. Rappelons d'abord les cinq lois de l'intégration de Leutz.

1. On peut intégrer tous les services de quelques personnes, quelques services de toutes les personnes mais pas tous les services pour toutes les personnes. Leutz fait référence ici aux différents niveaux de besoins des personnes et à l'intensité concordante des services.
2. L'intégration coûte avant de rapporter.
3. Votre intégration est ma fragmentation. Tous les systèmes ont des frontières ; l'intégration touche ces frontières et risque donc de déranger en provoquant des changements.
4. Vous ne pouvez intégrer une cheville carrée dans un trou rond. Si les modes de financement et de fonctionnement des systèmes n'ont pas de liens, il est fort difficile de réaliser des objectifs d'intégration.
5. *Celui qui intègre a le « gros bout du bâton »*. Des phénomènes systémiques et politiques sont en jeu dans l'intégration.

La dimension relationnelle impliquée dans tout processus d'intégration est en elle-même complexe. Elle concerne plusieurs niveaux d'action stratégique et financier, les politiques publiques, la gestion et les praticiens/cliniciens<sup>11</sup>. Dit autrement, le référent peut être établi en fonction des stratégies d'action de niveau micro (clientèle), de niveau méso (organisationnel) ou de niveau macro (sociétal, politiques publiques)<sup>13</sup>. Les efforts ne doivent pas porter sur un seul niveau et doivent être convergents puisque même lorsque les barrières structurelles, organisationnelles ou financières sont amoindries, d'autres barrières « internes » se présentent, telles que les conflits de zones entre professions. On doit retenir l'importance d'établir et de soutenir des partenariats inter et intra-professionnels avec l'objectif d'atteindre une vision partagée, une confiance mutuelle et une collaboration inter-professionnelle pour progresser vers l'intégration des services (Wistow cité dans Reed<sup>13</sup>). Ces cibles intermédiaires sont requises pour réaliser l'intégration ; elles impliquent toutes une interaction avec les autres professions et services et donc la mise en place et le maintien à long terme d'une relation d'affaires ou de services.

Dans un article sur le suivi d'un processus d'intégration progressive de partenaires (projet CHAIN)<sup>17</sup>, trois dimensions d'une structure d'intégration sont décrites : l'amplitude (nombre de pourvoyeurs qui contribuent à l'intégration), les niveaux d'action (décideurs, gestionnaires et cliniciens/intervenants) et le degré d'intégration verticale et horizontale qui prend forme dans des cadres formels et informels de communication. La composante relationnelle concerne donc l'étendue



du réseau, exprimée comme le nombre de pourvoyeurs de services qui contribuent à l'offre et qui ont tous un champ de spécialisation qui les distinguent les uns des autres, entre lesquels une cohésion doit être assurée. Pour s'articuler et collaborer ensemble, ils doivent communiquer, ce qui implique des actions horizontales (entre cliniciens par exemple) et des actions verticales (ex. : entre gestionnaires et intervenants) tant en intra- qu'en inter-organisationnel.

Bien que peu abordée sous cet angle, il convient de souligner que l'une des priorités dans l'implication du gestionnaire de cas au sein des différents systèmes concerne justement ce domaine relationnel. Parmi les attributions du gestionnaire de cas, on retrouve celle de promouvoir une communication de qualité (honnête, directe, pertinente, opportune, continue) entre tous les acteurs : gestionnaires, professionnels et techniciens des différents secteurs de la santé et des services sociaux publics et communautaires, personnes âgées et leurs familles, intervenants du tiers secteur, coordonnateurs ainsi que le personnel et les dirigeants de services privés.

Cela dit, Contandriopoulos et ses collaborateurs<sup>3</sup> définissent l'intégration comme un processus de création et de maintien dans le temps « d'une gouverne commune entre acteurs autonomes dans le but de coordonner leurs interdépendances » au sein d'un projet collectif où chacun trouve avantage à mieux coordonner leurs pratiques. L'intégration est un processus qui peut emprunter différentes formes mais qui vise à « institutionnaliser les relations de coopération » en coordonnant les pratiques cliniques dans le but d'améliorer la continuité des soins pour des groupes vulnérables de patients. Les dimensions de l'intégration sont définies de la façon suivante.

- *Intégration normative* : Elle vise à s'assurer d'une cohérence entre le système de valeurs des acteurs, les modalités d'organisation des services et le système clinique ; elle « permet de penser la gouverne en fonction des exigences de la coopération ».
- *Intégration clinique* : Elle concerne la constitution d'équipes multi- ou interdisciplinaires offrant des soins médicaux et psychosociaux de façon globale et continue. Ces équipes sont stables et souples et s'articulent au réseau. Elles utilisent des protocoles ou des outils communs. La participation active des médecins à ces équipes est une condition de réussite à l'intégration des soins et services.
- *Intégration fonctionnelle* : Elle regroupe les dimensions informationnelle, organisationnelle et financière. Elle vise à créer les conditions permettant l'avènement et le maintien des équipes cliniques et à articuler les systèmes de financement, de gestion et d'information du réseau autour de ce système clinique. Il s'agit donc de créer une gouverne commune ayant pleins pouvoirs sur les ressources à mobiliser en faveur des projets cliniques, ce qui inclut l'introduction d'incitatifs économiques pour encourager les acteurs à coordonner leurs pratiques ainsi que l'utilisation d'un système d'information capable de soutenir les décideurs dans leurs choix de gestion et les intervenants dans

leurs décisions cliniques et ainsi permettre au réseau de s'adapter à l'évolution constante du contexte et des besoins. Elle se veut alignée sur une responsabilité partagée envers les problèmes collectifs touchant la santé et les services sociaux. Cette forme d'intégration peut se mesurer par le degré de coordination des fonctions de support (leadership, gouverne, gestion, financement, systèmes d'information) entre les acteurs et les différentes unités de soins et de services.

- *Intégration systémique* : Elle « implique que la complexité et la teneur des enjeux prenant forme dans l'espace local d'organisation des soins soient reflétées dans l'environnement plus large ». Ce type d'intégration permet une cohérence entre les sphères locales, régionales et nationales.

Pendant que certains auteurs travaillent à élucider les dimensions du concept d'intégration, d'autres ont commencé à dresser une hiérarchie entre ces différentes dimensions. Ahgren et Axelsson<sup>1</sup> avancent que l'intégration fonctionnelle est une dimension composite formée de l'intégration clinique, informationnelle et financière. Même si le travail fondamental sur les concepts ne semble pas encore achevé, les décideurs et gestionnaires des services qui expérimentent de nouvelles façons de concevoir et de gérer, ont besoin dès maintenant de mesurer les progrès réalisés.

### Vers une définition opérationnelle de l'intégration

Lorsqu'on doit mesurer un concept, on recherche une définition opérationnelle dont les éléments couvrent l'ensemble du concept (collectivement exhaustifs) tout en étant non redondants les uns par rapport aux autres (mutuellement exclusifs). Il est intéressant alors de chercher à saisir les nuances dans les définitions de concepts proches de celui qu'on cherche à mesurer. Dans le cas présent, l'intégration se rapproche beaucoup de concepts comme celui de la coopération (ou collaboration), de la coordination et de l'interdépendance.

Afin de clarifier le potentiel et les limites de chacun des concepts voisins, nous proposons ces définitions issues des travaux de Contandriopoulos et ses collaborateurs.

*Interdépendance* : « Il y a interdépendance quand des acteurs (ou des organisations) autonomes doivent résoudre des problèmes collectifs (Bryson et Crosby, 1993, cités dans GRIS<sup>3</sup>), c'est-à-dire quand aucun des acteurs concernés ne détient toutes les ressources, les compétences (et) la légitimité nécessaires pour apporter une réponse (scientifiquement, professionnellement, techniquement, socialement) légitime et valide aux problèmes auxquels chaque acteur (ou organisation) du champ est confronté. La coopération des acteurs est donc au centre de la problématique de l'intégration. » L'opérationnalisation de ce concept passe par une vision réseau des problèmes et des solutions.

*Coopération* : « La coopération est le mode de relations que des acteurs (organisations), en situation d'interdépendance, ont tendance à privilégier, plutôt que la concurrence, quand ils partagent les mêmes valeurs et s'entendent sur une

philosophie d'intervention commune ; quand ils évaluent positivement le travail des autres acteurs ; quand ils s'accordent sur le partage de leurs domaines de compétence et de leurs tâches ; et enfin, quand ils sont placés dans un contexte organisationnel favorable (Benson, 1975, cité dans GRIS<sup>3</sup>). La coopération n'est jamais absolue ; elle n'exclut pas la présence de relations de concurrence entre acteurs et organisations. Pour qu'il y ait une coopération durable, la négociation entre acteurs et organisations et l'évaluation qu'ils font des résultats de la collaboration doivent être continues (Friedberg, 1993, cité dans GRIS<sup>3</sup>). » L'opérationnalisation de la coopération passe par la communication entre les acteurs (organisations) et par l'interdisciplinarité dans un cadre formel impliquant des codes relationnels qui valorisent une philosophie donnée. La coopération est un esprit, une attitude avant d'être une action. Elle se situe au niveau d'un partage de valeurs et d'une philosophie commune, de la reconnaissance de la valeur du travail des autres, de l'ouverture au partage de leur domaine de compétence (interdisciplinarité) et elle est favorisée par un contexte organisationnel propice.

Les auteurs Alter et Hage (1993, cités dans GRIS<sup>3</sup>) définissent trois types de coordination sur la base de la complexité clinique suscitée par l'état et la situation du patient et par l'organisation de soins et services à mettre en place.

1. La coordination séquentielle réfère à un processus linéaire où on assure, de façon ponctuelle, l'accès à une expertise par un système de référence. Ce type de coordination est indiqué uniquement dans les situations de faible incertitude. Dans le réseau de la santé, la coordination séquentielle est déjà une norme. On l'appelle plus couramment « liaison ».
2. La coordination réciproque est indiquée lorsqu'il y a interdépendance des acteurs et que le patient doit recevoir simultanément des soins et services de quelques organisations ou professionnels. Les conditions de réussite sont : 1) tenir compte des interventions de l'autre dans ses propres décisions cliniques ; 2) détenir une information suffisante pour répondre de façon cohérente aux besoins du patient. Souvent, le patient est son propre agent de coordination. La coordination réciproque est indiquée quand la situation n'est pas trop complexe, que le nombre d'intervenants est faible, que l'épisode de soins est circonscrit et qu'un système d'information efficace est utilisé. Par contre, si toutes ces conditions ne sont pas réunies, il faut opter pour la coordination collective.
3. La coordination collective est requise pour des patients ayant des problèmes de santé multiples dont l'évolution est incertaine. La coordination collective oblige à une prise en charge organisée et à des ententes formelles entre organisations pour assurer une accessibilité adéquate aux soins et services requis. Plus le niveau d'interdépendance entre les acteurs est élevé, plus l'incertitude s'accroît, plus le besoin d'une coordination collective augmente. Il n'existe pas une procédure unique valable pour tous les cas. Chaque situation de coordination doit être personnalisée et adaptée au contexte dans lequel elle est requise.

Comme l'explique Kralewski<sup>10</sup>, l'implication de nombreux acteurs dans un continuum commande un effort particulier et pour faciliter leur travail d'arrimage, les membres du continuum doivent absolument compter sur un système d'information capable de fournir une information à jour, précise, complète, tant au niveau de l'utilisation des services, de la charge de travail des cliniciens et intervenants, des résultats obtenus, des coûts encourus, de la qualité des soins, que du degré de satisfaction des clients desservis. On peut croire que plus la perception de fonctionnalité des systèmes d'information est grande entre les intervenants et pourvoyeurs de services, plus les informations requises pour effectuer une prise en charge adéquate sont effectivement disponibles au moment voulu et plus il y a perception d'une cohérence d'un service à l'autre lorsque les cas plus complexes se présentent.

## Mesure de l'intégration

Le concept d'intégration englobe une perspective large. Aussi, il devient important, lorsqu'on cherche à le mesurer, de se positionner par rapport aux autres travaux. La complexité du concept rend obligatoire ce positionnement de la mesure puisqu'il n'en existe aucune qui puisse en évaluer toutes les facettes simultanément. Pour illustrer les différentes façons avec lesquelles on peut aborder la mesure de l'intégration des services, nous présentons trois articles qui privilégient des angles d'attaque différents. Nous avons utilisé l'un d'eux pour l'étude d'implantation en Estrie.

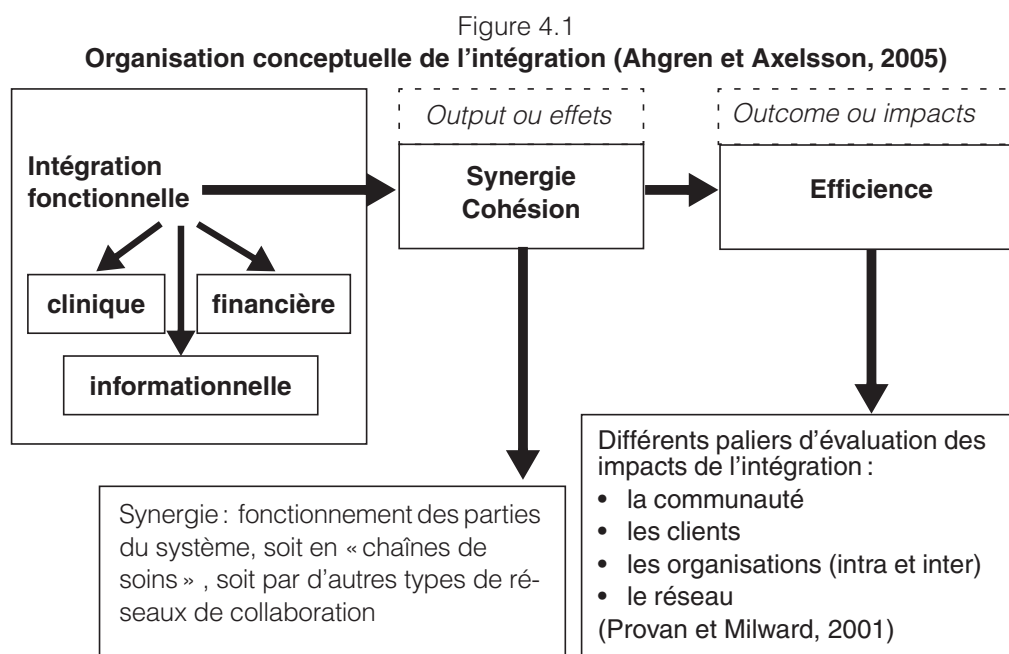
## Mesures comparées de l'intégration

Selon Shortell<sup>14</sup>, il y a des fonctions organisationnelles clés qui supportent l'intégration : les ressources humaines, la planification stratégique et financière, les systèmes d'information et l'évaluation de la qualité. Pour lui, la mesure d'intégration équivaut au degré auquel ces fonctions et activités sont coordonnées tout au long d'un continuum de services de façon à ajouter la meilleure valeur possible au système. Malgré l'intérêt de cette définition, elle ne permet pas, dans sa formulation actuelle, de délimiter les contours précis de l'objet à mesurer.

D'autres auteurs ont fait des contributions intéressantes pour la mesure de certains aspects de l'intégration. L'article de Ahgren et Axelsson<sup>1</sup>, issu de l'expérience suédoise, s'intéresse au degré d'intégration entre les différents pourvoyeurs de services de santé seulement. Les services sociaux ne sont pas considérés. Ils estiment à la base que l'intégration peut être plus ou moins développée et qu'elle se présente donc sur un continuum partant de la ségrégation totale (entités distinctes et indépendantes) à l'intégration totale (fusion, ressources réunies sous une même entité) et que les niveaux intermédiaires sont la liaison, la coordination et la coopération. Ils établissent une différence entre « coordination » et « coopération ». La coordination a pour but d'assurer l'articulation entre différents services de santé mais sans nécessiter un « gestionnaire de réseau » alors que la

coopération requiert des gestionnaires de réseaux (*network managers*) afin d'améliorer les contacts entre ces unités qui conservent cependant leur caractère autonome distinct. Les auteurs rappellent que la plupart des mesures existantes de l'intégration des services portent sur l'intégration structurelle. Ils font appel aux notions apportées par Lasker et al. (2001) pour situer certains concepts les uns par rapport aux autres. Les auteurs ne parlent pas de l'intégration organisationnelle qui est, comme nous l'avons vu précédemment, prédominante pour Contandriopoulos et al.<sup>3</sup>. Ils abordent très peu l'intégration structurelle qui semble vue essentiellement comme la présence de structures à vocation d'intégration ou encore comme des fusions de structures. Ils rapportent plutôt l'idée de Lawrence et Lorsch stipulant que le plus haut degré d'intégration entre certains services n'est pas nécessairement le degré maximum et qu'en fait un degré inférieur pourrait être satisfaisant. Dit autrement, le niveau optimal d'intégration souhaitable serait lié à la centralité de certains acteurs dans le continuum visé par l'évaluation. Une idée fort intéressante.

Les concepts abordés par Ahgren et Axelsson<sup>1</sup> sont ceux qu'ils estiment être au cœur du processus d'intégration. Leur instrument porte le nom d'échelle d'intégration fonctionnelle clinique. L'organisation conceptuelle est illustrée à la figure 4.1.



À chaque degré d'intégration fonctionnelle clinique sont rattachés des indicateurs qui aident à identifier à quel niveau d'intégration on évolue. Ainsi, la séparation des organisations se traduit par un fonctionnement en mode de références où le patient doit effectuer lui-même ses démarches. La liaison implique d'avoir des lignes de conduite à suivre et des personnes identifiées pour effectuer certaines démarches. La coordination entre les réseaux est associée aux « chaînes

de soins », la coopération passe par des gestionnaires de réseau et l'intégration totale se manifeste par des ressources réunies sous une même administration (*pooled resources*). On obtient ainsi les quatre principales formes d'interactions entre les unités de soins et de services : la liaison, la coordination, la coopération et l'intégration.

L'organisation des dimensions de l'intégration entre elles nous permet déjà de distinguer à la fois le potentiel ainsi que les limites de l'échelle. Parmi les limites, il faut noter le contexte, essentiellement médical, dans lequel s'inscrit cette mesure d'intégration et dont la finalité ne vise pas spécifiquement les clientèles avec des besoins complexes mais cherche plutôt à assurer le flot des consultations annuelles. Il est par ailleurs intéressant de voir que les auteurs s'adressent au corps conceptuel « synergie et cohésion » comme étant l'expression ou la résultante de l'intégration fonctionnelle et clinique. Leur méthode d'évaluation implique que chaque évaluation s'effectue par consensus dans chaque unité de soins et qu'elle identifie le niveau d'intégration actuel et optimal de leur unité de soins par rapport aux autres unités, dont certaines sont à l'intérieur de la même organisation et d'autres sont externes. Par contre, une échelle de ce type ne permet pas de distinguer si les différents types de clientèles obtiennent des trajectoires de soins et de services appropriées à leurs besoins. De plus, le réseau auquel cette mesure s'adresse ne se préoccupe que du secteur de la santé ; le secteur social, qui comprend plusieurs types d'organisations, nécessaires pour répondre aux besoins des clientèles vulnérables, n'est pas pris en compte, ce qui aurait complexifié l'exercice. Enfin, l'évaluation des interactions d'ensemble (le réseau lui-même) n'est pas effectuée.

La seconde mesure que nous décrivons a été réalisée par un consortium de chercheurs de 11 pays d'Europe, dirigé par Henrard J.-C.<sup>8</sup>. D'entrée de jeu, les auteurs définissent l'intégration comme un moyen d'améliorer la qualité des services de santé et services sociaux. Centré cette fois sur les services à domicile, l'article propose un index dont les items ont été extraits d'un questionnaire conçu de concert avec les 11 personnes responsables des programmes dans les pays évalués. Le but est de vérifier l'existence de certaines caractéristiques de base dans les programmes de services à domicile pour les personnes âgées de ces villes. Le questionnaire est le *European-Home Care Service* (EU-HCS). Les items qui ont servi de base pour l'élaboration du questionnaire ont été extraits de l'étude AdHoc. Partant du concept de qualité de Donabedian qui identifie la structure, le processus et les résultats comme les trois grandes dimensions de la qualité, Henrard et ses collègues soutiennent que la littérature sur l'intégration cible la structure et le processus comme étant les deux dimensions centrales. La structure se réfère aux ressources disponibles, aux pourvoyeurs de services et à l'organisation, alors que le processus considère l'approche utilisée dans la prestation des services. Un questionnaire structuré a été élaboré à partir de certaines caractéristiques des services s'adressant aux personnes de 65 ans et plus. Il pouvait s'agir,

par exemple, de l'existence de critères d'éligibilité, systèmes de références, instruments validés, ratios personnel/patients, durée de services moyenne, etc.

Au plan conceptuel, les auteurs réfèrent à l'approche organisationnelle structurale qui implique de rassembler les personnels et les ressources diverses – services sociaux, de santé primaire et secondaire – dans une structure hiérarchique unifiée. L'intégration centrée sur le processus comprend les soins, les actions de collaboration ou activités entreprises entre des organisations ou intervenants des secteurs de la santé et des services sociaux, qui sont rassemblés sous le terme « aménagements de travail » (*working arrangements*) entre les services. Par exemple, l'évaluation clinique globale, la gestion du congé hospitalier, la participation d'un médecin généraliste à une rencontre d'équipe ou encore la présence d'un gestionnaire de cas étaient considérés comme des aménagements de travail à visée intégrative. Au total, 29 items couvrent l'ensemble des activités des organisations de services à domicile pour les personnes âgées de 65 ans et plus. Pour chaque item, un point était accordé s'il y avait présence de l'élément. Aucune pondération n'est effectuée, les items étant considérés comme ayant tous la même valeur. Une étude de validation permet de classer les services des villes étudiées dans trois catégories. Le premier modèle de services regroupe des villes offrant plusieurs services sociaux mais avec très peu d'intégration de processus (peu d'aménagements intégratifs), et plus ou moins de services de santé associés aux services sociaux. Le second modèle regroupe des villes offrant des services de santé dotés d'aménagements de travail intégratifs mais peu ou pas de prestation de services sociaux, sauf une ville qui a certains aménagements de travail tant en santé qu'en services sociaux. Le troisième modèle est représenté par deux villes qui offrent peu de services et il n'y a que peu ou pas d'aménagements intégratifs.

La revue des items de l'instrument permet de vérifier que seulement 2 items sur 29 sont reliés au système médical ou hospitalier, soit le médecin de famille participant à une réunion d'équipe et la préparation du congé hospitalier. Les soins de santé identifiés dans le questionnaire sont des soins infirmiers et on ne parle pas des consultations médicales. Bien que l'objectif décrive un but de mesure de l'intégration des services de santé et des services sociaux, la portée est limitée du fait que ni le secteur de l'urgence hospitalière, ni la réadaptation, ni les services médicaux ne font partie du questionnaire d'évaluation. Comme ils l'indiquent eux-mêmes, la dimension organisationnelle et l'attitude des intervenants n'ont pas été abordées, non plus que l'expérience des patients dans leur trajectoire entre les services. Malgré les limites, nous soulignons l'intérêt d'avoir apporté la notion des aménagements de travail comme un élément fonctionnel central de la dimension du processus d'intégration, ce qui a permis la comparaison entre plusieurs pays qui ont forcément des structures et une organisation de services différentes.

La troisième mesure d'intégration que nous présentons est celle que nous avons utilisée dans l'étude d'implantation du projet PRISMA-Estrie. Développée par Gina Browne<sup>2</sup>, en Ontario, dans le cadre de l'intégration des services en

périnatalité, cette échelle permet de visualiser les résultats de l'interaction entre de nombreux partenaires sur une seule matrice. Le concept d'intégration est défini par les types de collaboration, de partenariat ou de réseaux au sein desquels différentes organisations autonomes travaillent ensemble afin d'améliorer les soins de santé et de services sociaux. Le concept opérationnel de Browne inclut la collaboration, la synergie du partenariat et l'efficacité du réseau et permet de discuter de la notion de continuité des soins et services. La synergie du partenariat (i.e. dans quelle mesure un partenariat fonctionne bien) est liée à un leadership efficace, à une meilleure efficacité, à une administration et à une gestion efficace ainsi qu'à des ressources suffisantes. La synergie telle qu'étudiée par Weiss et al.<sup>18</sup> en relation avec le partenariat fonctionnel serait la première caractéristique d'un processus de collaboration gagnant. L'étude de Weiss sur la synergie permettait de savoir si on collaborait bien, mais on ne savait toujours pas quel degré d'intégration était atteint, ni avec quels acteurs. Browne souhaitait apporter sa contribution en permettant d'identifier quel niveau les partenaires atteignaient dans leur collaboration avec le réseau. Elle propose un modèle à trois dimensions qui quantifie l'étendue, le champ et la profondeur de l'effort d'intégration.

Puisque la mesure de Browne permet de distinguer des niveaux de collaboration, la dimension sur laquelle on se concentre est celle de l'intégration fonctionnelle, c'est-à-dire la perception de la façon d'interagir d'un pourvoyeur de services face à chacun des autres. Bien que les résultats d'une telle mesure soient plus difficiles à communiquer aux personnes intéressées, puisqu'ils sont offerts sous forme de matrice et peuvent sembler ardues au premier abord, l'intérêt de mesurer la fonction est indéniable car elle représente la capacité du système à se mobiliser.

## Mesure de l'intégration en Estrie

Nous avons adapté et appliqué la mesure de l'intégration des services développée par Browne<sup>2</sup> au secteur des services aux personnes âgées. Dans le cadre de cette mesure, le terme « intégration » recouvre les différents types de collaboration, de partenariats ou de réseaux au sein desquels des organisations autonomes travaillent, pour une population ciblée, de façon à améliorer les services sociaux et de santé. La littérature parle souvent indifféremment de collaboration, de partenariat synergique et de réseau mais, selon Browne, tous ces termes décrivent le concept d'intégration. Elle utilise la notion de continuité dans le sens de la poursuite ou continuation des services à partir de différents points dans le temps, de la prévention au dépistage, à l'identification puis au traitement de la maladie ou du problème. Cette précision trace les balises de l'opération d'identification des partenaires d'un continuum de services.

Cette contribution de Browne fait ressortir un modèle tri-dimensionnel d'intégration de services qui quantifie l'étendue, le champ et la profondeur de l'effort



d'intégration. Le modèle identifie quels secteurs, services ou agences collaborent de façon intégrative avec les autres et quels secteurs du réseau pourraient améliorer leurs efforts de collaboration.

Selon Provan et Milward, cités par Browne, le succès des réseaux devrait être évalué à partir de plusieurs perspectives : celle des administrateurs, des dispensateurs de services, des utilisateurs et des membres de la communauté. Mais chaque groupe d'acteurs ne peut être approché avec les mêmes instruments puisqu'ils ont des intérêts différents selon leur position dans le système. La mesure de Browne est applicable aux pourvoyeurs des différents services d'un continuum donné et non aux clients, ni à la population en général.

### **Adaptation de la mesure d'intégration**

Le modèle tri-dimensionnel de Browne peut être adapté et utilisé dans tout secteur d'activité touchant les services aux personnes dont les buts d'intervention sont globaux, particulièrement lorsqu'une clientèle vulnérable requiert des services qui se retrouvent dans plusieurs sphères.

### **Composition de la structure d'intégration**

Les trois axes imbriqués du modèle d'intégration de Browne sont décrits comme suit.

- A. Les grands secteurs<sup>\*\*</sup> d'activités impliqués qui réfèrent à la mission ou au but ; ils se retrouvent dans la zone intersectorielle d'intégration permettant d'offrir des services couvrant différentes facettes de la vie des individus (ex. : santé, éducation, loisirs, etc.). Ils composent l'axe vertical.
- B. Les types de services<sup>\*\*\*</sup> sont ceux qui, ensemble, offrent un continuum de services ; ils forment la zone intra-sectorielle d'intégration, où une coordination est requise entre services et programmes d'un secteur donné, par exemple lorsque la prévention est liée au dépistage et aux services cliniques lorsque nécessaires. On les retrouve sur l'axe horizontal.
- C. Le troisième axe concerne les principales sources de financement (public, privé, sans but lucratif) qui forment l'axe transversal. Un exemple d'intégration lié à l'axe du financement serait l'organisation d'un *pool* de ressources (humaines ou matérielles) entre des organisations qui n'appartiennent pas au même secteur, par exemple un programme de répit à domicile conjointement organisé par des organismes communautaires et un CSSS, ou encore

---

\*\* Le secteur est un segment de soins ou de services du champ de la santé ou des services sociaux généralement regroupés ensemble dans la communauté, soit pour des motifs de régulation budgétaire, soit pour des raisons historiques.

\*\*\* Le type de services correspond à un momentum d'intervention dans le développement d'un problème ou d'une problématique. Dans le monde de la santé et des services sociaux, cette typologie se retrouve sous les catégories suivantes : prévention et dépistage, services de première ligne, services de deuxième ligne, services de troisième ligne.

un programme de convalescence organisé par un centre hospitalier avec des résidences privées.

Le réseau intégré de services aux personnes âgées relève, par définition, du palier local. Les autres paliers (régional, supra-régional et national) sont des façons de décrire les services en adoptant un angle territorial d'accès. La typologie que nous adoptons dans la mesure d'intégration du réseau intégré pour les personnes âgées (1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> ligne) est plutôt rattachée à l'organisation des services et renvoie souvent à la nature et à l'intensité des besoins des clientèles, ce qui permet d'effectuer un rattachement conceptuel avec le « cheminement des clients », étant lui-même une notion « miroir » du continuum de services. Comme stipulé dans un document récent du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec<sup>12</sup>, plusieurs nomenclatures différentes ont été utilisées au fil des années pour identifier les services, mais pour s'harmoniser entre elles, les directions du ministère ont établi un consensus en faveur de l'utilisation d'une seule dénomination, à savoir les services de 1<sup>re</sup> ligne, de 2<sup>e</sup> ligne et de 3<sup>e</sup> ligne. Ce choix est motivé par le fait que « cette classification fait référence à l'organisation des services de santé et des services sociaux dans une perspective d'accessibilité, de continuité et de disponibilité, peu importe le lieu de prestation de ces services (...) ». Les définitions suivantes, qui nous serviront à catégoriser les services du réseau intégré des personnes âgées, sont des synthèses issues du même document.

**Services de 1<sup>re</sup> ligne :** Ils répondent à des problématiques de santé ou sociales usuelles et variées s'adressant à toute la population (1<sup>er</sup> niveau : services généraux) et à des clientèles vulnérables ou particulières (2<sup>e</sup> niveau : services spécifiques). Les clientèles personnes âgées en perte d'autonomie suivies en gestion de cas relèvent des services spécifiques. Dans ce registre de services, la situation de la personne est momentanée, les problèmes sont ponctuels ou aigus mais réversibles, ou encore ils s'inscrivent dans un plan d'intervention (PI) ou un plan de services individualisé (PSI) couvrant une période de services à moyen ou long terme. Les intervenants de 1<sup>re</sup> ligne font une prise en charge souvent continue de la personne en besoin. Ces services requièrent des conditions d'accès faciles et prévisibles, une continuité informationnelle (accès pour les intervenants à l'information pertinente sur la personne) et une continuité relationnelle (relation suivie, constante et de qualité).

**Services de 2<sup>e</sup> ligne :** Ils répondent à des problématiques de santé ou sociales complexes, s'adressant à des personnes qui ont été référées (sauf exception) à des experts ou spécialistes. Ces services s'adressent à des groupes particuliers ou à toute la population dans le cadre du mandat de promotion, de prévention, de protection et de surveillance de la santé. Les services sont généralement limités dans le temps. Il peut arriver que des intervenants de 2<sup>e</sup> ligne fassent de la prise en charge, mais la personne est retournée en 1<sup>re</sup> ligne pour assurer l'ensemble des interventions requises. Les intervenants de 2<sup>e</sup> ligne tiennent informés les intervenants de

1<sup>re</sup> ligne sur l'épisode de services ou de soins offert en 2<sup>e</sup> ligne (ou sur l'événement qui l'a suscité).

**Services de 3<sup>e</sup> ligne :** Ils répondent à des problématiques de santé ou sociales très complexes dont la prévalence est très faible, s'adressent à des personnes référées pour des problèmes exigeant des compétences très spécialisées ou des équipements sur-spécialisés ou très coûteux. Sauf exception, pas de prise en charge par les intervenants de 3<sup>e</sup> ligne. Les services sont généralement limités dans le temps. Les intervenants de 3<sup>e</sup> ligne tiennent informés les intervenants de 1<sup>re</sup> ou de 2<sup>e</sup> ligne sur l'épisode de services ou de soins offert en 3<sup>e</sup> ligne (ou sur l'événement qui l'a suscité). Les services de troisième ligne étant plus rares et n'effectuant pas de prise en charge, ils n'ont pas été approchés dans la formation d'un réseau intégré pour personnes âgées.

À partir de cette base structurelle, nous avons identifié deux secteurs majeurs pour les personnes âgées en perte d'autonomie (santé et social) ayant chacun des services de 1<sup>re</sup> ligne et de 2<sup>e</sup> ligne. Dans le secteur de la santé, nous avons identifié 14 programmes de 1<sup>re</sup> ligne (incluant des programmes préventifs) et 13 programmes de 2<sup>e</sup> ligne. Dans le secteur social, il y avait aussi 14 programmes identifiés en 1<sup>re</sup> ligne (incluant des programmes préventifs) et 9 programmes de 2<sup>e</sup> ligne. Dans chaque secteur, on retrouvait des programmes à financement public, à financement privé, du secteur sans but lucratif ainsi que des formules de financement mixtes.

## Méthode

Idéalement, on demande aux intervenants, représentants ou coordonnateurs des services de chaque secteur identifié dans la liste des services, de coter le niveau d'intégration perçu entre leur service et chacun des autres. Dans l'étude d'implantation, les tables de concertation n'avaient pas pu regrouper tous les types de services, ce qui a limité l'étendue de la représentation des répondants. L'échelle utilisée a été développée par Narayan et Shier, cités par Vanderwoerd<sup>16</sup> qui articule 5 gradations à l'intérieur d'un continuum croissant d'intégration, pointant entre 0 et 4.

### Échelle de gradation

- Cote 0 :** *Inconnu :* Service ou programme inconnu – on ne connaît pas l'existence de cet autre service (ou programme).
- 1 point :** *Connu :* On connaît cet autre service (ou programme) mais nous organisons nos propres activités sans tenir compte de cet autre service (ou programme).
- 2 points :** *Communication :* Notre service (ou programme) partage activement de l'information et communique avec cet autre service (ou programme).
- 3 points :** *Coopération :* Notre service (ou programme) a déjà modifié (ou modifierait au besoin) sa propre planification de service dans le but d'éviter

la duplication ou pour améliorer les liens avec cet autre service (ou programme).

**4 points :** *Collaboration :* Notre service (ou programme) planifie son offre de services de concert avec cet autre service (ou programme) suite à des consultations et avis réciproques.

### Administration du questionnaire

Les cotes d'évaluation des répondants peuvent être recueillies de diverses façons : par téléphone, sous format Web, en personne ou encore durant des ateliers. Chaque réponse est entrée dans la boîte alignée avec le numéro du service évalué. Dans le cas de l'Estrie, le questionnaire a été rempli immédiatement après une entrevue (soit individuelle, soit de groupe).

Au niveau de l'étendue des services en Estrie (membres actifs ou potentiels du continuum personnes âgées), les services ont été regroupés en 22 catégories. Le plus souvent, ces catégories sont distinctes les unes des autres, mais certains services, comme la prévention des chutes (programme de santé publique), s'offrent selon un mode d'opérationnalisation inter-organisationnelle et se retrouvent donc éclatés dans plus d'une catégorie. Nous ne mesurons pas la perception des répondants sur l'étendue, mais seulement sur le champ perçu (nombre de pourvoyeurs de services qui connaissent les autres pourvoyeurs du continuum reflété par un résultat  $> 0$ ) et sur le degré de pénétration de l'intégration des services (profondeur des liens entretenus entre les pourvoyeurs) chez les partenaires actifs du réseau intégré et non chez l'ensemble des organisations qui font partie du continuum de services. Nos résultats reflètent donc la perception des membres ayant participé à l'implantation d'un réseau intégré de services et non celle de l'ensemble des membres du continuum. Le taux de réponse a d'ailleurs été calculé en fonction de cette représentation des répondants.

Notre intérêt premier consiste à identifier l'intensité ou le degré de collaboration perçue par les différents pourvoyeurs du continuum de services aux personnes âgées au terme d'un processus d'implantation d'un réseau de services intégré. Puisque de nombreux services de santé et services sociaux sont accessibles localement et que de plus, le processus d'implantation du réseau de services intégré a été réalisé par les localités, il conviendra de livrer les résultats sur une base territoriale locale. Le questionnaire utilisé est reproduit en annexe.

### Cotation

L'ensemble des services du continuum ayant été regroupés selon la similitude de la nature des services offerts, nous avons procédé de même pour les répondants et ils ont eux-mêmes été regroupés selon leur rattachement organisationnel. De cette façon, le service d'appartenance du répondant n'est pas coté (case noire), ce qui permet d'éviter l'auto-évaluation de son propre service face aux autres (biais).

Le système de cotation se retrouve alors sur les deux axes d'une matrice. Les résultats pour chacun des regroupements de services sont situés entre 0 et 4. La lecture horizontale permet de voir de quelle façon chaque catégorie de pourvoyeurs de services est perçue par les différents groupes de répondants ainsi que sa moyenne générale (avec écart-type). Les deux dernières lignes sont surtout utiles pour vérifier la perception d'ensemble du continuum de chacun des groupes de répondants et sont exprimées sous forme de moyennes et d'écart-types. La lecture verticale de la matrice permet de voir de quelle façon chaque groupe de répondants perçoit chacun des regroupements des services du continuum ainsi que la moyenne générale (les deux colonnes en extrême droite de la matrice) qui représente le niveau d'interaction (ou profondeur d'intégration) expérimenté par l'ensemble des répondants, sous forme de moyennes et d'écart-types.

Pour faciliter la comparaison des résultats obtenus par les services ainsi que l'interprétation des moyennes générales, nous avons employé comme référence, au lieu des huit catégories utilisées par Browne, un regroupement sur cinq niveaux d'intégration. Nous comparons également la moyenne générale de l'Estrie avec celle obtenue dans l'étude de Browne et alors les mêmes indicateurs que la chercheuse sont employés. La figure 4.2 regroupe les indicateurs pour l'interprétation.

Figure 4.2  
Indicateurs d'interprétation des résultats

<b>Étude de Browne</b>		<b>Étude d'implantation Prisma-Estrie</b>	
<b>Indicateur clinique*</b>	<b>Cotes</b>		<b>Regroupement par niveaux</b>
<i>Très faible intégration</i>	0,0 à 0,49	→	Inconnu
<i>Faible intégration</i>	0,5 à 0,99	} →	Connu
<i>Légère intégration</i>	1,0 à 1,49		
<i>Intégration modérée</i>	1,5 à 1,99	} →	Communication
<i>Bonne intégration</i>	2,0 à 2,49		
<i>Très bonne intégration</i>	2,5 à 2,99	} →	Coopération
<i>Excellente intégration</i>	3,0 à 3,49		
<i>Intégration parfaite</i>	3,5 à 4,00	→	Collaboration

\* Browne et al. (2004) Table 2, p. 9

## Résultats de la perception d'intégration dans trois territoires en Estrie

Le taux de participation à la mesure d'intégration a été élevé. Presque toutes les personnes (97,5 %) que nous avons invitées à une entrevue (individuelle ou de

groupe) ont répondu au questionnaire sur l'intégration des services aux personnes âgées qui desservent leur localité suite à cette entrevue.

### Description des participants

Une fiche d'informations de nature sociodémographique et professionnelle était complétée par chacun des participants aux entrevues d'évaluation de l'implantation du réseau de services intégrés. Elle était remplie en même temps que le questionnaire sur l'intégration après l'entrevue. Nous avons eu 77 répondants au total pour les informations sociodémographiques, soit 23 gestionnaires de cas, 15 dirigeants ou gestionnaires et 39 intervenants ou cliniciens. Une personne a complété la mesure de l'intégration des services sans remettre sa fiche d'informations sociodémographiques (Granit), ce qui porte à 78 le nombre de répondants à la mesure d'intégration. Les tableaux 4.1 à 4.3 présentent les caractéristiques des répondants en fonction de leur appartenance à leur profession et par territoire.

Tableau 4.1  
Caractéristiques sociodémographiques des répondants  
Profession : gestionnaires de cas (n = 23)

Variables	Sherbrooke (n = 15)	Granit (n = 4)	Coaticook (n = 4)	TOTAL (n = 23)
Sexe (F)	86,7 %	100 %	75 %	86,9 %
Gr. âge : moins de 40 ans (%)	53 %	100 %	aucun	52,2 %
Même fonction depuis (ans)	2,0	2,3	2,2	2,1
Même employeur depuis (ans)	4,7	5,3	12,1	6,1
Formation baccalauréat (%)	14 (93,3 %)	2 (50 %)	4 (100 %)	20 (87 %)
Formation 2 <sup>e</sup> cycle (maîtrises et diplômes) (%)	4 (26,7 %)	2 (50 %)	1 (25 %)	7 (30 %)
Expér. auprès pers. âgées (ans)	10,3	3,5	11,6	9,3
% de clients de 65 ans et +	99 %	98 %	85 %	97 %

Comme on le constate dans le tableau 4.1, les gestionnaires de cas sont surtout des femmes. Elles sont âgées de moins de 40 ans au Granit, de plus de 40 ans à Coaticook, et les groupes d'âge sont mixtes à Sherbrooke. C'est à Coaticook que les gestionnaires de cas cumulent la plus longue expérience de travail pour un même employeur atteignant une moyenne de 12 ans. La moyenne d'années d'expérience auprès des personnes âgées est de 10 à 11 ans, sauf au Granit où elle est de 3,5 ans. La formation la plus courante est un baccalauréat en sciences humaines, particulièrement en service social. Le tiers d'entre elles ont une formation de niveau maîtrise.

Tableau 4.2  
**Caractéristiques sociodémographiques des répondants**  
**Profession : dirigeants, gestionnaires, chefs (n = 15)**

Variables	Sherbrooke (n = 9)	Granit (n = 3)	Coaticook (n = 3)	TOTAL (n = 15)
Sexe (F)	7 (77,8 %)	1 (33,3 %)	1 (33,3 %)	9 (60 %)
Gr. âge : 40 ans et plus (%)	9 (100 %)	3 (100 %)	3 (100 %)	15 (100 %)
Même fonction depuis (ans)	8,8	4,7	15,7	9,3
Même employeur (ans)	11,7	9,3	22	13,3
Formation certificats et micro-programmes (%)	4 (44,4 %)	2 (66,7 %)	–	6 (40 %)
Formation baccalauréat (%)	3 (33,3 %)	–	1 (33,3 %)	4 (26,7 %)
Formation maîtrise (%)	7 (77,8 %)	2 (66,7 %)	1 (33,3 %)	10 (66,7 %)
Formation 2 <sup>e</sup> cycle (diplômes) (%)	3 (33,3 %)	–	1 (33,3 %)	4 (26,7 %)
Formation 3 <sup>e</sup> cycle (%)	1 (11,1 %)	–	1 (33,3 %)	2 (13,3 %)
Expér. auprès pers. âgées (ans)	20,3	17	18,3	18,5
% de clients de 65 ans et +	83 %	80 %	66,7 %	75,9 %

Le tableau 4.2 montre que les dirigeants et les gestionnaires sont plus souvent des femmes en milieu urbain qu'en milieu rural et ont tous plus de 40 ans. Ils occupent la même fonction depuis plusieurs années à Coaticook (surtout) et à Sherbrooke et travaillent pour le même employeur depuis au moins 10 ans en moyenne. La formation de niveau supérieur (maîtrise, diplôme, doctorat) est rencontrée davantage en milieu urbain. Leur expérience dans les différents services aux personnes âgées est considérable : en moyenne, au moins 17 ans. Une expérience de mixité des clientèles âgées avec d'autres clients en perte d'autonomie est plus visible dans le plus petit territoire (Coaticook).

Tableau 4.3  
**Caractéristiques sociodémographiques des répondants**  
**Profession : intervenants et cliniciens (n = 39)**

Variables	Sherbrooke (n = 22)	Granit (n = 9)	Coaticook (n = 8)	TOTAL (n = 39)
Sexe (F)	16 (72,7 %)	9 (100 %)	8 (100 %)	33 (84,6 %)
Gr. âge : 40 ans et plus (%)	17 (77,3 %)	6 (66,7 %)	5 (62,5 %)	28 (71,8 %)
Même fonction depuis (ans)	7,8	10,2	13,3	11,4
Même employeur depuis (ans)	17,3	14,9	12,7	14,2
Formation DEC, DEP... (%)	6 (27,3 %)	3 (33,3 %)	4 (50 %)	13 (33,3 %)
Formation certificats et micro-programmes (%)	3 (13,6 %)	2 (22,2 %)	2 (25 %)	7 (17,9 %)
Formation baccalauréat (%)	17 (77,3 %)	2 (22,2 %)	3 (37,5 %)	22 (56,4 %)
Formation maîtrise (%)	2 (9,1 %)	–	1 (12,5 %)	3 (7,7 %)
Expér. auprès pers. âgées (ans)	15,4	13,8	14,3	14,4
% de clients de 65 ans et +	78 %	76 %	81 %	79 %

Enfin, les intervenants et cliniciens (tableau 4.3) sont également plus souvent des femmes, dans une proportion de 85 % et elles sont plus nombreuses à se situer dans les groupes d'âge des 40 ans et plus. Les répondants occupent la même fonction depuis plus de 10 ans en moyenne, sauf à Sherbrooke où la durée d'emploi est de 7,8 ans. Cependant, ils travaillent pour le même employeur depuis 17 ans en moyenne à Sherbrooke. Au Granit et à Coaticook, les répondants travaillent depuis 13 à 15 ans en moyenne pour le même employeur. Leur formation est diversifiée mais plus concentrée au niveau du baccalauréat. Les intervenants cumulent dans les 3 zones des moyennes proches de 15 années d'implication auprès des personnes âgées. Leur clientèle est mixte mais en majorité formée d'ânés (80 %).

## Résultats obtenus dans les trois territoires

### Axe horizontal (profondeur)

Dans le contexte de l'étude d'implantation du réseau intégré, parmi les trois dimensions que l'instrument peut mesurer, celle qui prenait de l'importance était la profondeur de l'intégration puisque nous nous intéressions au niveau de collaboration effective telle que perçue par les pourvoyeurs de services. Nos résultats sont issus de calculs de moyennes effectués sur l'axe horizontal, c'est-à-dire sur la moyenne des cotes attribuées à chacun des différents regroupements de services par l'ensemble des répondants, eux-mêmes rattachés pour la plupart à une des organisations du continuum. Les cotes de l'axe horizontal sont soit attribuées par un seul répondant rattaché à un regroupement donné de services, soit attribuées par plusieurs personnes rattachées à un même regroupement de services desquelles une moyenne est calculée. Nous situons les marges inférieures et supérieures de pointage pour chacun des cinq niveaux d'intégration, partant de 0 à 0,49 (inconnu), de 0,5 à 1,49 (connu), de 1,5 à 2,49 (communication), de 2,5 à 3,49 (coopération) et de 3,5 à 4 (collaboration). Cette présentation des résultats nous permettra ultérieurement de saisir des patrons d'un territoire à l'autre.

Avec la matrice, nous accédons à des données avec potentiel interactif élevé, où les répondants situés sur l'axe horizontal recourent les services évalués situés sur l'axe vertical. Si un acteur souhaite vérifier avec quels partenaires précis une collaboration s'actualise ou non, l'ensemble des services cotés permettent alors de réviser, s'il y a lieu, leur mode d'interaction avec certains d'entre eux. Si un répondant (ou un regroupement de répondants) veut comparer sa propre perception de l'ensemble du continuum, il pourra situer son expérience de ce continuum par rapport à celle des autres partenaires. Les matrices sont présentées aux tableaux 4.4, 4.5 et 4.6 qui suivent.

Sur la dimension « profondeur » de l'intégration entre les services, Sherbrooke atteint une moyenne générale de 2,47 (e.t.  $\pm 0,49$ ). Puisque les résultats situés dans la fourchette entre 1,5 et 2,49 sont de niveau communication, Sherbrooke obtient donc un résultat global à la frontière de la communication et de la coopération. Il s'agit de la moyenne la plus élevée des trois territoires.



Tableau 4.4  
**Résultats sur l'interaction entre les services du continuum : matrice de SHERBROOKE**

MESURE DE L'INTÉGRATION DES SERVICES (SHERBROOKE)	Intégration																				N = 46 e.t.
	n=3 #2	n=1 #5	n=4 #6	n=2 #7	n=1 #8	n=4 #10	n=1 #12	n=1 #13	n=1 #14	n=1 #15	n=1 #16	n=14 #17	n=1 #18	n=3 #19	n=6 #20	n=2 autres	Profondeur ↓ Moy. (0-4)				
Taux de réponse 15 gr./22 = 68,2 %																					
SHERBROOKE (n = 46)	1,67	4,00	1,00	1,50	2,00	1,25	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,93	2,00	1,00	1,33	1,50	<b>1,57</b>				
1. Info-Santé		4,00	3,00	2,00	3,00	1,25	3,00	4,00	4,00	1,00	3,00	3,29	4,00	1,33	1,17	2,75	<b>2,72</b>				
2. Guichet unique	2,67	4,00	2,25	2,00	2,00	1,75	1,00	4,00	3,00	3,00	3,00	2,86	4,00	1,33	3,25	<b>2,59</b>					
3. Md et cliniques en CLSC	3,00	2,00	1,50	1,50	1,00	0,75	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,29	2,00	1,00	1,17	1,75	<b>1,62</b>				
4. GMF* et cliniques médicales	4,00		3,25	2,00	4,00	1,50	3,00	4,00	4,00	2,00	4,00	3,71	2,00	2,00	2,33	3,00	<b>2,99</b>				
5. Soutien à domicile	3,67	4,00		2,00	1,00	2,00	3,00	2,00	4,00	3,00	3,00	3,64	2,00	1,67	2,50	1,75	<b>2,62</b>				
6. Centre de jour	2,00	2,00	2,33		1,00	2,00	3,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,07	4,00	1,00	2,00	2,00	<b>2,03</b>				
7. Centre de réadaptation Estrie	1,67	2,00	1,25	1,00	4,00	1,50	3,00	2,00	1,00	2,00	4,00	2,43	2,00	2,33	0,83	1,75	<b>1,92</b>				
8. Urgence hospitalière	1,33	1,00	1,25	1,00	4,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,36	2,00	3,00	0,83	1,25	<b>1,56</b>				
9. Services ambulanciers	2,67	3,00	2,50	1,00			4,00	3,00	1,00	3,00	4,00	2,71	2,00	3,67	1,17	3,75	<b>2,68</b>				
10. Gériatrie (hospitalière)	3,33	2,00	1,75	1,50	3,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,07	2,00	2,00	2,17	1,75	<b>1,97</b>				
11. Santé publique prévention	3,33	3,00	3,00	1,50	2,00	2,50		4,00	4,00	4,00	4,00	2,86	3,00	2,00	2,00	2,75	<b>2,85</b>				
12. Hôpital de jour	2,67	4,00	3,00	1,50	4,00	3,50	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	2,79	3,00	2,00	1,00	3,75	<b>3,15</b>				
13. Unité courte durée gériatrique	2,00	2,00	2,50	1,00	2,00	2,00	4,00	3,00		4,00	4,00	2,57	3,00	2,00	0,83	2,00	<b>2,46</b>				
14. Cliniques externes IUGS*	2,33	4,00	1,25	1,00	2,00	1,75	4,00	3,00	4,00	4,00	4,00	2,79	3,00	4,00	0,33	2,25	<b>2,65</b>				
15. Géroto-pychiatrie	2,33	2,00	1,00	1,00	4,00	3,50	4,00	1,00	3,00	4,00	2,93	2,93	3,00	2,33	1,17	3,75	<b>2,60</b>				
16. URFI IUGS*	3,33	4,00	4,00	2,50	4,00	2,75	3,00	4,00	2,00	2,00	4,00		4,00	2,33	3,75	3,75	<b>3,27</b>				
17. Gestion de cas	3,00	4,00	2,75	1,00	2,00	2,25	2,00	2,00	2,00	3,00	4,00	3,57		2,00	1,33	3,75	<b>2,58</b>				
18. Hébergement temporaire	2,33	4,00	2,50	2,00	4,00	2,75	3,00	3,00	3,00	2,00	4,00	3,29	2,00		1,67	3,50	<b>2,87</b>				
19. Hébergement permanent public	4,00	4,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	4,00	2,00	2,00	3,00	2,93	2,00	1,67	2,50	2,50	<b>2,47</b>				
20. Organismes communautaires + SED*	2,33	2,00	3,50	1,50	4,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	4,00	1,71	2,00	3,67	2,00	3,25	<b>2,50</b>				
21. Transport adapté	3,67	4,00	2,75	1,50	2,00	2,25	1,00	4,00	2,00	2,00	3,00	2,79	2,00	2,00	3,40	3,25	<b>2,66</b>				
22. Résidences privées	<b>2,73</b>	<b>3,10</b>	<b>2,30</b>	<b>1,52</b>	<b>2,65</b>	<b>2,01</b>	<b>2,48</b>	<b>2,71</b>	<b>2,52</b>	<b>3,10</b>	<b>3,10</b>	<b>2,69</b>	<b>2,62</b>	<b>2,11</b>	<b>1,61</b>	<b>2,68</b>	<b>2,47</b>				
Moyenne / serv. Répondants	0,78	1,04	0,86	0,46	1,14	0,72	1,21	1,15	1,12	0,93	1,12	0,63	0,80	0,86	0,86	0,81					
Écart-type																					

**\* Signification des acronymes :**

GMF : Groupes de médecins de famille

IUGS : Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (vocation régionale)

URFI IUGS : Unité de réadaptation fonctionnelle intensive de l'IUGS

SED : Services d'entretien domestique

Au Granit, la moyenne générale obtenue est de 2,29 (e.t.  $\pm$  0,66) ; ce résultat la classe au niveau communication, tout comme le territoire de Coaticook dont la moyenne atteint 2,39 (e.t.  $\pm$  0,69). Ces trois résultats sont comparables, puisqu'ils révèlent des écarts de quelques dixièmes de points seulement.

Tableau 4.5

**Résultats sur l'interaction entre les services du continuum : matrice du Granit**

MESURE DE L'INTÉGRATION DES SERVICES (GRANIT)										Intégration	N = 17
Taux de réponse 8/22 = 36,4 %	n=3	n=1	n=1	n=1	n=5	n=1	n=2	n=1	n=2	Profondeur ↓	
GRANIT (n = 17)	#5	#6	#8	#10	#17	#18-19	#20	#21	autres	Moy (0-4)	e.t.
1. Info-Santé	3,00	1,00	2,00	4,00	2,00	3,00	1,50	2,00	1,50	<b>2,22</b>	0,94
2. Guichet unique	3,33	4,00	1,00	4,00	3,80	4,00	3,00	2,00	3,50	<b>3,18</b>	1,04
3. Md et infirmières en CLSC	3,67	1,00	1,00	4,00	3,60	3,00	2,00	2,00	4,00	<b>2,70</b>	1,22
4. GMF* et cliniques médicales	2,00	4,00	0,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	4,00	<b>2,00</b>	1,32
5. Soutien à domicile		4,00	1,00	4,00	4,00	4,00	2,50	2,00	4,00	<b>3,19</b>	1,19
6. Centre de jour	3,67		1,00	3,00	3,60	3,00	2,50	4,00	3,50	<b>3,03</b>	0,95
7. Centre de réadaptation Estrie	3,00	0,00	1,00	4,00	2,40	1,00	1,00	1,00	1,50	<b>1,66</b>	1,24
8. Urgence hospitalière	2,67	2,00		2,00	2,40	2,00	1,0	1,00	3,00	<b>2,01</b>	,072
9. Services ambulanciers	2,00	1,00	1,00	1,00	,180	1,00	1,00	1,00	3,00	<b>1,42</b>	0,71
10. Gériatrie (hospitalière)	2,67	1,00	1,00		4,00	2,00	1,50	1,00	4,00	<b>2,15</b>	1,28
11. Santé publique prévention	2,67	4,00	1,00	4,00	2,80	2,00	3,00	2,00	3,00	<b>2,72</b>	,096
12. Hôpital de jour	2,00	1,00	1,00	3,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	<b>1,44</b>	0,73
13. Unité courte durée gériatrique	2,33	1,00	1,00	3,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	<b>1,48</b>	0,77
14. Cliniques externes IUGS*	1,67	4,00	0,00	3,00	2,20		1,00	0,00	1,00	<b>1,61</b>	1,41
15. Géro-onto-pyschatrie	2,00	1,00	0,00	4,00	2,20	1,00	0,00	0,00	1,50	<b>1,30</b>	1,32
16. URFI IUGS*	2,33	4,00	0,00	3,00	2,40	1,00	0,00	0,00	1,00	<b>1,53</b>	1,47
17. Gestion de cas	4,00	4,00	1,00	4,00		3,00	4,00	2,00	4,00	<b>3,25</b>	1,16
18. Hébergement temporaire	3,33	1,00	1,00	4,00	3,80		1,00	2,00	4,00	<b>2,52</b>	1,41
19. Hébergement permanent public	3,67	1,00	1,00	4,00	3,40		1,00	2,00	4,00	<b>2,51</b>	1,40
20. Organismes communautaires + SED*	3,67	1,00	1,00	1,00	3,80	3,00		2,00	4,00	<b>2,43</b>	1,34
21. Transport adapté	3,33	4,00	2,00	1,00	3,40	3,00	3,00		4,00	<b>2,97</b>	1,02
22. Résidences privées	3,33	4,00	1,00	1,00	3,20	4,00	2,50	4,00	4,0	<b>3,00</b>	1,25
Moyenne / serv. Répondants	<b>2,87</b>	<b>2,29</b>	<b>0,90</b>	<b>3,00</b>	<b>2,90</b>	<b>2,32</b>	<b>1,64</b>	<b>1,57</b>	<b>2,93</b>	<b>2,29</b>	0,66
Écart-type	0,70	1,55	0,54	1,18	0,79	1,11	1,06	1,08	1,26		

**\* Signification des acronymes :**

GMF : Groupes de médecins de famille

IUGS : Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (vocation régionale)

URFI IUGS : Unité de réadaptation fonctionnelle intensive de l'IUGS

SED : Services d'entretien domestique

**Comparaison des résultats de Browne avec les territoires estriens**

Bien que les résultats globaux obtenus par Browne ne soient pas directement comparables puisqu'ils concernent l'intégration des services en périnatalité, le fait de proposer une charte de référence (voir la figure 4.2 précédente) nous permet de situer les résultats sur une échelle progressive. En Ontario, le résultat global atteignait 1,75 (e.t. 0,77), ce qui est considéré comme une intégration modérée. En Estrie, nos trois territoires obtiennent des résultats entre 2,0 et 2,49 – les situant tous à un niveau de bonne intégration.

Tableau 4.6

**Résultats sur l'interaction entre les services du continuum : matrice de Coaticook**

MESURE DE L'INTÉGRATION DES SERVICES (COATICOOK)										Intégration	N = 15
Taux de réponse 8 gr./22 = 36,4 %	n=1	n=1	n=1	n=2	n=4	n=1	n=3	n=1	n=1	Profondeur ↓	
COATICOOK (n = 15)	#3	#4	#5	#6	#17	#18-19	#20	#21	#56	Moy (0-4)	e.t.
1. Info-Santé	1,00	3,00	1,00	1,00	1,00	3,00	1,00	1,00	3,00	<b>1,67</b>	1,00
2. Guichet unique	4,00	3,00	2,00	3,00	2,25	4,00	1,00	1,00	3,00	<b>2,58</b>	1,12
3. Md et infirmières en CLSC		4,00	4,00	3,00	3,25	4,00	0,67	1,00	4,00	<b>2,99</b>	1,39
4. GMF* et cliniques médicales	1,00		4,00	1,00	2,25	3,00	0,67	1,00	4,00	<b>2,11</b>	1,40
5. Soutien à domicile	4,00	3,00		4,00	3,75		1,00	2,00	3,00	<b>2,96</b>	1,12
6. Centre de jour	4,00	3,00	4,00		3,50	4,00	1,67	4,00	4,00	<b>3,52</b>	0,83
7. Centre de réadaptation Estrie	1,00	1,00	4,00	1,00	1,75	2,00	0,67	2,00	2,00	<b>1,71</b>	1,01
8. Urgence hospitalière	4,00	4,00	4,00	1,50	2,00	4,00	1,00	3,00	4,00	<b>3,06</b>	1,24
9. Services ambulanciers	4,00	3,00	1,00	1,00	1,75	2,00	1,00	1,00	2,00	<b>1,86</b>	1,05
10. Gériatrie (hospitalière)	4,00	4,00	4,00	1,50	2,75	4,00	0,67	2,00	4,00	<b>2,99</b>	1,31
11. Santé publique prévention	4,00	2,00	2,00	1,50	1,50	4,00	1,33	2,00	3,00	<b>2,37</b>	1,04
12. Hôpital de jour	1,00	1,00	1,00	1,50	1,75	2,00	0,33	1,00	2,00	<b>1,29</b>	0,56
13. Unité courte durée gériatrique	3,00	1,00	2,00	1,50	1,75	2,00	0,00	1,00	2,00	<b>1,58</b>	0,85
14. Cliniques externes IUGS*	1,00	2,00	1,00	0,50	1,75	2,00	0,00	1,00	2,00	<b>1,25</b>	0,73
15. Géronto-psychiatrie	1,00	2,00	1,00	1,50	1,75	2,00	0,00	1,00	2,00	<b>1,36</b>	0,67
16. URFI IUGS*	4,00	2,00	2,00	1,50	2,00	2,00	0,67	1,00	3,00	<b>2,02</b>	1,00
17. Gestion de cas	4,00	3,00	4,00	3,00			0,67	3,00	4,00	<b>3,10</b>	1,18
18. Hébergement temporaire	4,00	4,00	4,00	2,00	3,00		0,67	3,00	4,00	<b>3,08</b>	1,22
19. Hébergement permanent public	4,00	3,00	4,00	0,50	3,25		1,00		4,00	<b>2,82</b>	1,48
20. Organismes communautaires + SED*	4,00	3,00	1,00	2,00	3,00	3,00		2,00	3,00	<b>2,63</b>	0,92
21. Transport adapté	3,00	3,00	4,00	2,50	3,00	3,00	1,67		3,00	<b>2,90</b>	0,65
22. Résidences privées	4,00	4,00	2,00	2,00	2,75	3,00	2,33	3,00	2,00	<b>2,79</b>	0,80
Moyenne / serv. Répondants	<b>3,05</b>	<b>2,76</b>	<b>2,67</b>	<b>1,76</b>	<b>2,37</b>	<b>2,94</b>	<b>0,86</b>	<b>1,80</b>	<b>3,05</b>	<b>2,39</b>	<i>0,69</i>
Écart-type	1,36	1,00	1,35	0,90	0,76	0,87	0,57	0,95	0,84		

**\* Signification des acronymes :**

GMF : Groupes de médecins de famille

IUGS : Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (vocation régionale)

URFI IUGS : Unité de réadaptation fonctionnelle intensive de l'IUGS

SED : Services d'entretien domestique

**Perceptions de l'intégration des services par territoire**

La présentation des résultats obtenus sur l'axe horizontal dans un ordre décroissant (graphiques 4.1, 4.2 et 4.3) permet de voir pour chaque territoire, de quelles sphères de services proviennent les résultats élevés, mitoyens et faibles. Par la suite, il devient possible d'analyser le portrait d'ensemble et de vérifier si certains patrons sont discernables d'un territoire à l'autre.

**Intégration des services à Sherbrooke**

Les 46 répondants de Sherbrooke se répartissent comme suit : 9 dirigeants et gestionnaires, 15 gestionnaires de cas et 22 intervenants et cliniciens. Les répondants de ce groupe sont plus nombreux parce que cette zone est la plus importante de la région et qu'elle regroupe l'ensemble des services spécialisés sur son territoire, tout en offrant plusieurs services communautaires. La présence physique des services spécialisés à vocation régionale dans la ville oblige à les traiter comme en faisant partie, même s'ils doivent répondre à l'ensemble des territoires de

l'Estrie. Les répondants représentent 15 regroupements de services sur 22 et constituent ainsi un taux de réponse de 68,2 %.

Le graphique 4.1 illustre les résultats obtenus pour chaque catégorie de services en les présentant par ordre décroissant, de telle sorte que plus les services se retrouvent sur la droite, moins leur cote d'intégration est forte. Parmi les 14 services qui se situent au niveau coopération (de 2,5 à 3,49), les 5 services qui obtiennent les cotes les plus élevées sont la gestion de cas, l'Unité de courte durée gériatrique, les services de soutien à domicile du CLSC, l'hébergement public permanent et l'hôpital de jour. Les 5 services qui obtiennent des cotes relatives plus faibles, atteignant le niveau communication (de 1,5 à 2,49), sont les suivants : la Santé publique (prévention), l'urgence hospitalière, les cliniques médicales et Groupes de médecins de famille, Info-Santé et les services ambulanciers. On remarque que les services perçus comme étant de niveau communication sont tous des services de santé.

### Intégration des services au Granit

Au Granit, les 15 répondants étaient regroupés dans 8 services différents sur 22, ce qui se traduit par un taux de réponse de 36,4 %. Les services ayant obtenu les résultats globaux d'intégration les plus élevés sont les suivants : la gestion de cas, les services de soutien à domicile, le guichet unique, les résidences privées, le centre de jour et le transport adapté. Les cotes les moins élevées sont relevées essentiellement pour les services spécialisés régionaux, c'est-à-dire pour tous les services offerts par l'Institut universitaire de gériatrie ainsi que pour les services ambulanciers et le Centre de réadaptation de l'Estrie.

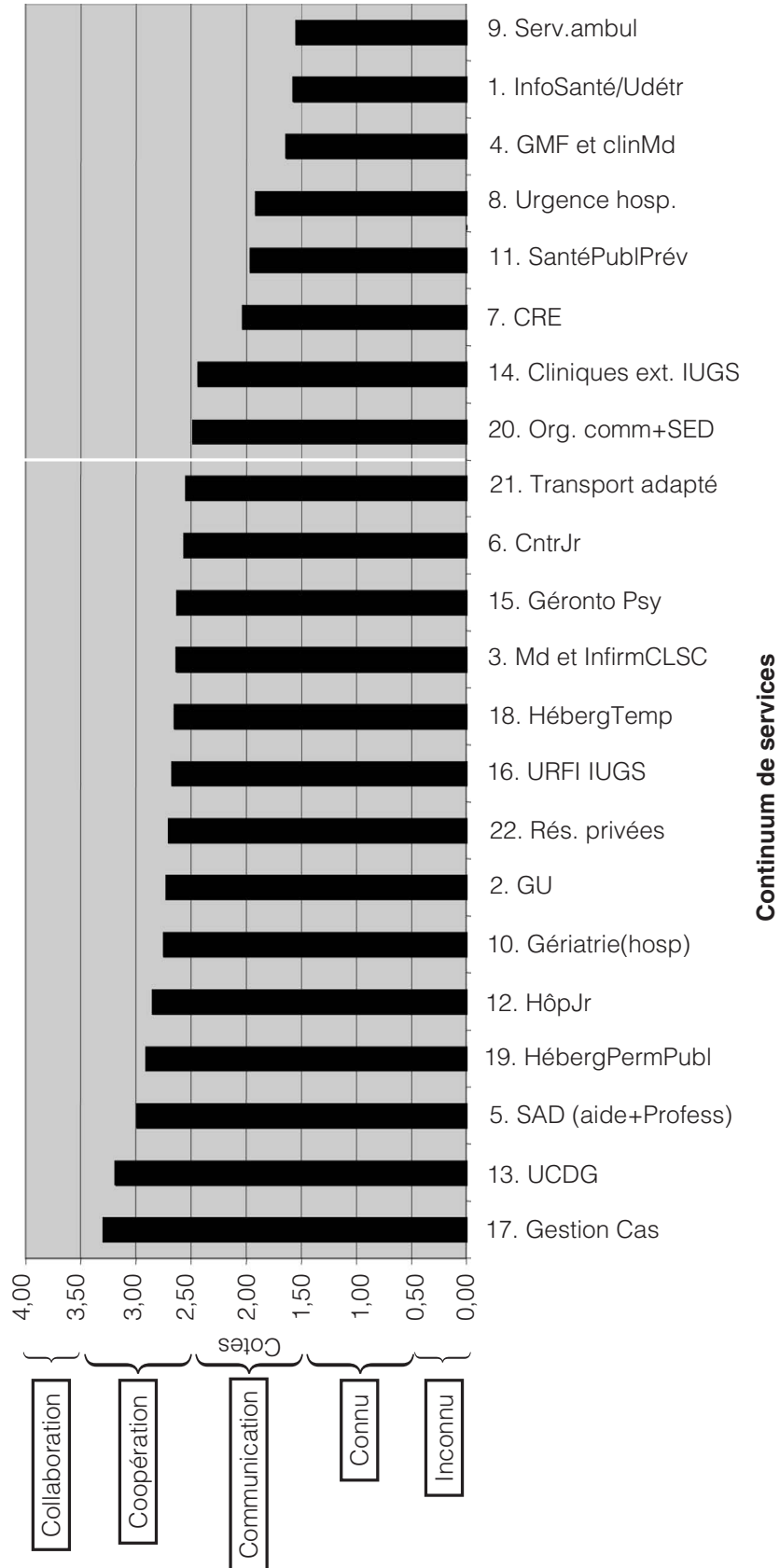
Lorsqu'on considère les résultats d'ensemble du Granit, on constate que la moitié des services obtient un niveau de type coopération (entre 2,49 et 3,5 points). Ces services correspondent presque en totalité aux services locaux offrant surtout des services de type psychosocial. Dans la catégorie mitoyenne, qui atteint un niveau de communication (entre 1,5 et 2,49 points), on retrouve les services de santé et de réadaptation, dont plusieurs sont offerts sur une base régionale. Enfin, pointant sur le niveau « services connus » avec lesquels les perceptions d'interactions sont moins évidentes, on retrouve quatre services spécialisés de l'IUGS.

### Intégration des services à Coaticook

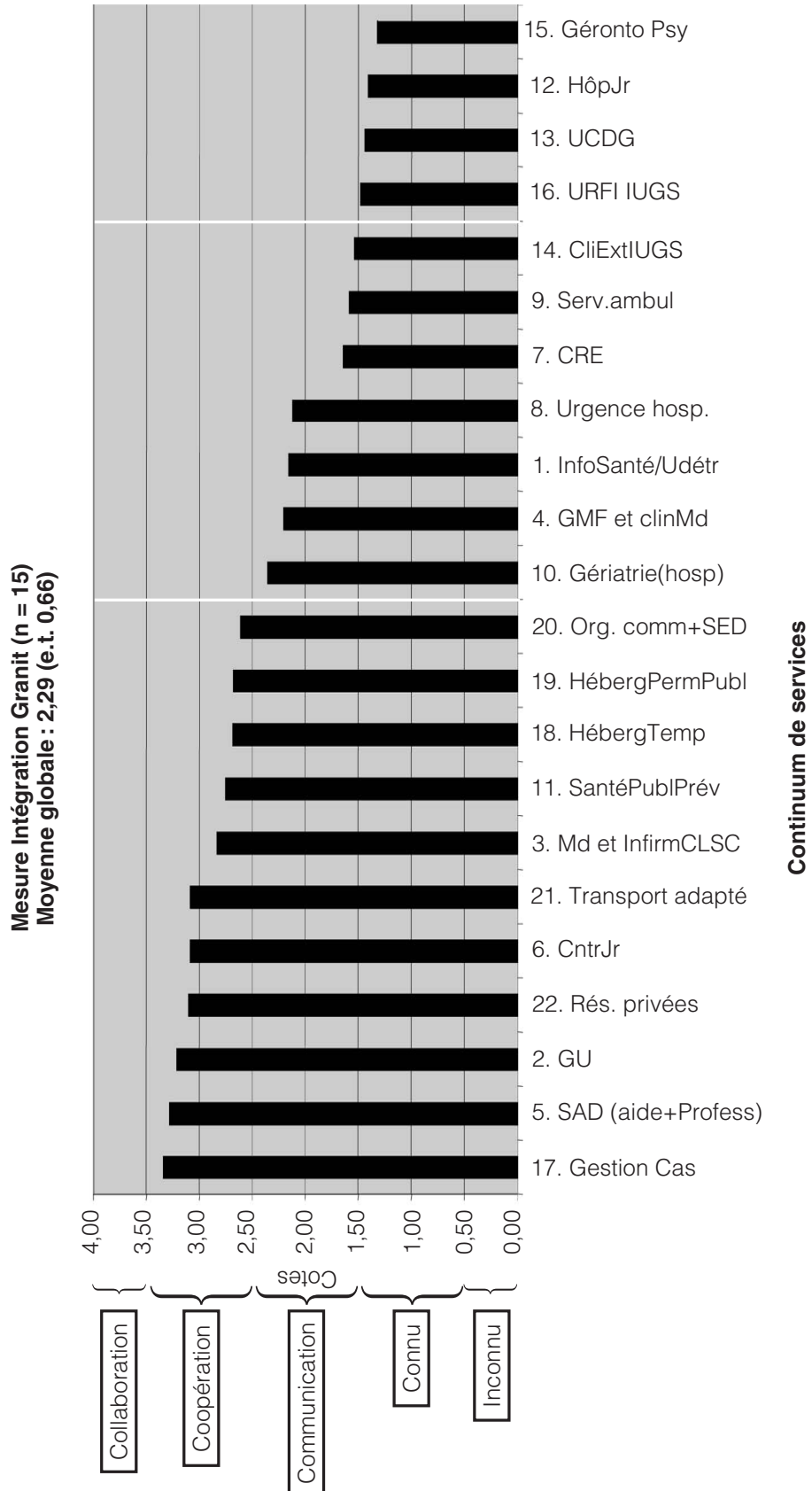
Pour le territoire de Coaticook, 15 répondants ont rempli le questionnaire. Lorsque regroupés, ils formaient 8 groupes de services sur 22, ce qui compose un taux de réponse de 36,4 %. Contrairement aux deux autres régions où la gestion de cas arrive en première place, à Coaticook, c'est le centre de jour qui arrive premier, seul partenaire ayant atteint le niveau collaboration, suivi par plusieurs services qui obtiennent des résultats semblables. Parmi les 12 services ayant obtenu des cotes globales d'intégration élevées (niveau coopération – entre 2,5 et 3,49 points), tous sont des services locaux. En ordre décroissant : le centre de jour, la gestion de cas, l'hébergement temporaire, l'urgence locale, l'unité gériatrique locale, les

Graphique 4.1  
**Résultats de la mesure d'intégration pour Sherbrooke**

Mesure Intégration Sherbrooke (n = 46)  
 Moyenne globale : 2,47 (e.t. 0,49)



Graphique 4.2  
**Résultats de la mesure d'intégration pour pour le Granit**



médecins et infirmières du CLSC. En zone intermédiaire, référant à un niveau de type communication, on retrouve des services spécialisés de 2<sup>e</sup> ligne qui concernent soit la santé, soit la réadaptation. Sept services sur 22 s'y retrouvent. Parmi les services ayant obtenu les cotes globales les plus faibles, c'est-à-dire de niveau « services connus » sans interaction, on note trois services spécialisés de 2<sup>e</sup> ligne, soit la géronto-psychiatrie, l'hôpital de jour et les cliniques externes de l'IUGS.

### Comparaison des résultats en fonction du statut professionnel

Nous avons privilégié un mode de présentation des résultats en fonction du territoire. Cependant, il peut être intéressant de vérifier jusqu'à quel point le statut professionnel peut offrir des résultats différents. Toutefois, étant donné qu'il y avait beaucoup moins de gestionnaires et de décideurs dans notre échantillon que de cliniciens et intervenants, les régions rurales n'auraient eu qu'une très faible représentation de gestionnaires. Nous avons donc rassemblé les données des trois territoires de la zone expérimentale sur la base du statut professionnel.

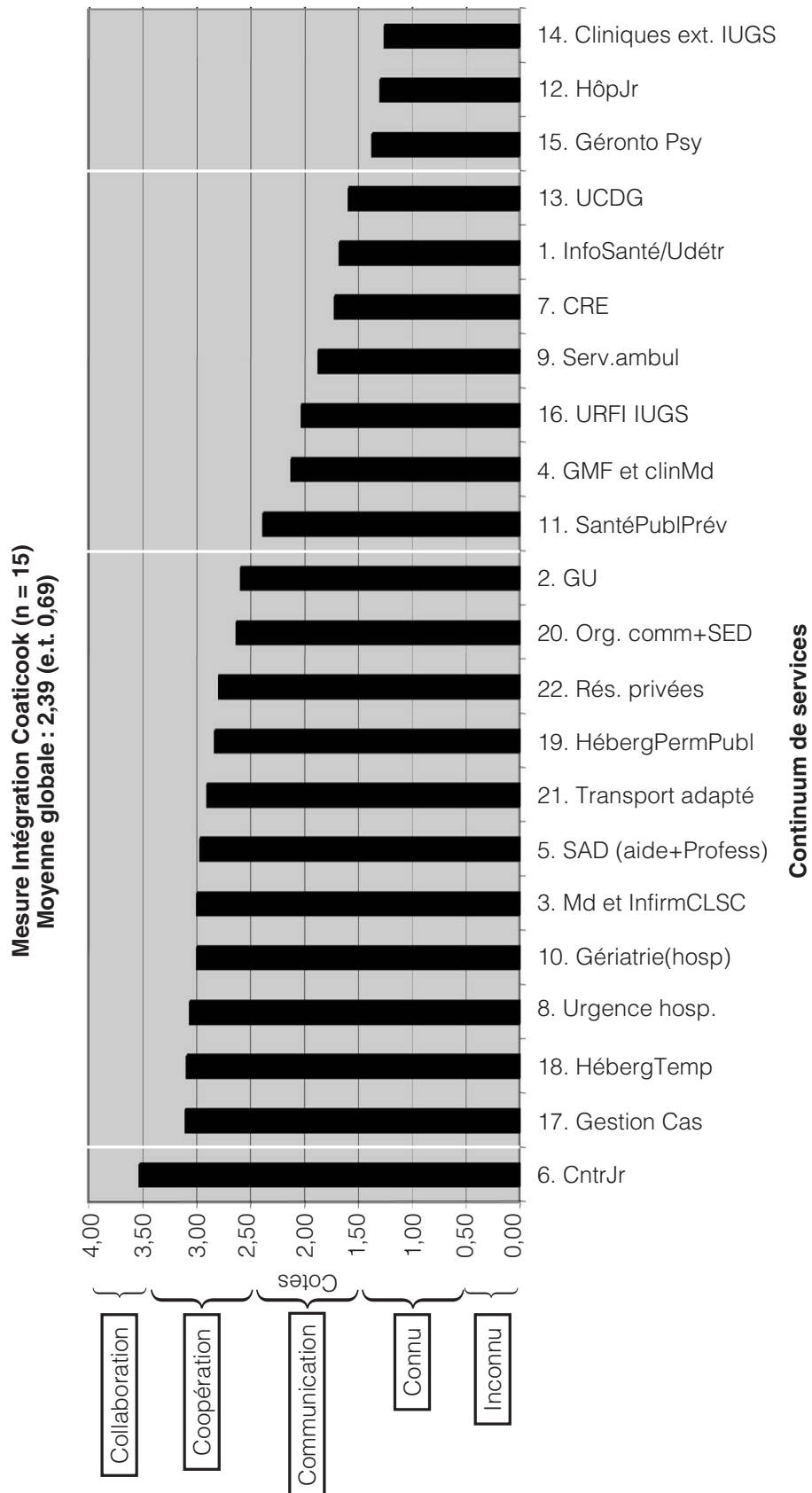
Nous avons considéré les dirigeants d'organismes communautaires comme des gestionnaires. Le critère d'inclusion au statut de clinicien ou intervenant est d'avoir un contact direct avec la clientèle dans le cadre de leurs fonctions habituelles. La cote moyenne d'intégration obtenue pour chacun des groupes professionnels est semblable, soit 2,38 (e.t. 0,51) pour les cliniciens et 2,39 (e.t. 0,47) pour les gestionnaires. L'examen des 22 catégories de services prises individuellement ne démontre pas d'écarts importants.

D'après les informations tirées jusqu'à maintenant des trois régions, il s'avère que les résultats qui comparent les territoires sont plus évocateurs que ceux établis en fonction du statut professionnel. Cette conclusion renforce notre positionnement initial à l'effet de considérer l'intégration d'abord et avant tout comme un phénomène local d'interaction entre les services qui évolue vers le régional et non l'inverse.

### Émergence de patrons dans l'analyse de l'axe horizontal

Dans les deux territoires ruraux, l'ensemble des services de santé et de réadaptation de 2<sup>e</sup> ligne, offerts par des établissements de la ville-centre à l'ensemble des territoires de l'Estrie, se retrouvent dans les services avec des cotes d'intégration moindres. Certains services obtiennent une moyenne de niveau « service connu » et ne rapportent aucune interaction. Les autres se retrouvent au niveau « communication ». Si nous regardons la cote attribuée aux services qui sont de nature psychosociale, nous constatons que ces services s'attirent pour la plupart une cote de niveau « coopération ». À Sherbrooke, dans la ville-centre, les interactions se présentent en format mixte, et il n'est pas possible de distinguer les niveaux d'intégration des services sur la même base qu'en région. Ainsi, on retrouvera dans la ville-centre autant de services de santé que de services psychosociaux dans les cotes élevées, et les services de 1<sup>re</sup> ligne et de 2<sup>e</sup> ligne ne se distinguent pas selon un patron défini.

Graphique 4.3  
**Résultats de la mesure d'intégration pour Coaticook**





Un autre élément important à relever, équivalent dans les trois territoires, concerne les médecins de famille. Leur rattachement organisationnel semble déterminer le niveau de collaboration que les partenaires peuvent atteindre dans leur interaction avec eux. On remarque que les médecins et infirmières de CLSC sont perçus de niveau « coopération » alors que les médecins en GMF et cliniques médicales sont perçus de niveau « communication ». Il faut noter que les GMF n'étaient pas répandus au moment de l'administration du questionnaire et que ceux qui étaient en train de se mettre en place étaient situés dans la ville-centre, ce qui veut dire que les cotes concernaient davantage les cliniques privées.

Les résidences privées représentent l'incursion du secteur privé parmi les services publics. Dans les trois territoires, les résidences privées atteignent une cote de niveau « coopération ». À Sherbrooke, malgré des efforts de recrutement comme membres actifs de la Table de concertation, il n'y a pas eu de véritable représentation à cause de l'absence de porte-parole associatif – les résidences se perçoivent souvent davantage comme des concurrents que comme des partenaires. Malgré cet état de fait, les résidences privées arrivent au 8<sup>e</sup> rang à Sherbrooke. Au Granit, il y avait quelques représentants de résidences privées à la Table de concertation, mais le *membership* s'effectuait sur une base individuelle. Les partenaires du Granit considèrent les résidences privées comme de très bons collaborateurs si on réfère à la cote globale obtenue qui les place au 4<sup>e</sup> rang sur 22 services. Enfin, à Coaticook, le seul territoire où les résidences privées sont regroupées en association, avec une représentation formelle à la Table de concertation, celles-ci arrivent au 10<sup>e</sup> rang. Ces résultats reflètent la reconnaissance de cet acteur comme membre important du continuum de services aux personnes âgées, malgré leur difficulté à se regrouper pour accéder aux Tables de concertation.

Finalement, une lecture de l'ensemble des résultats permet de cibler les besoins de formation au niveau du continuum. Par exemple, les services spécialisés de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, offerts sur tout le territoire de l'Estrie, gagneraient à être mieux connus, surtout en région.

## Résultats de l'axe vertical

Jusqu'à maintenant, nous avons surtout porté notre attention sur les résultats de la profondeur de l'intégration, exposés dans l'axe horizontal des matrices. Toutefois, il est intéressant de voir de quelle façon les résultats de l'axe vertical peuvent être utiles. Pris isolément, les résultats de l'axe vertical permettent à chacun des services-répondants de situer leur perception sur l'ensemble des dispensateurs de services. Chaque acteur obtient une vue d'ensemble de sa perception du réseau intégré, au sein duquel il intervient, mais également de la perception des autres acteurs sur ce même réseau. Ainsi, lorsque la gériatrie hospitalière du Granit situe sa perception d'intégration du réseau à 3 sur 4 (élevée) et que l'urgence du même établissement la situe à 0,9 sur 4 (faible), on peut en déduire que certains services ou groupes de services ont davantage besoin d'être informés, formés ou mieux

organisés pour communiquer avec certains partenaires clés, dont les gestionnaires de cas qui se retrouvent au centre des interactions entre professionnels.

Il y a aussi une autre façon d'exploiter l'axe vertical, en croisant les résultats des deux axes pour un même acteur, ce qui permet de comparer les résultats d'un service évalué par les autres (horizontal), comment ce même service évalue l'interaction de l'ensemble de ses partenaires (vertical) et d'en mesurer l'écart. Par exemple, à Coaticook, les répondants du groupe n° 3 (médecins et infirmières en CLSC) ont une perception d'ensemble élevée quant à la collaboration démontrée par les partenaires du continuum avec une moyenne générale de 3,05 (axe vertical). Pour leur part, le Centre de jour, les organismes communautaires, le Service d'entretien domestique et le transport adapté ont une perception d'ensemble du continuum qui est inférieure au niveau communication. Pourtant, ces mêmes services sont perçus par les autres comme offrant une interaction de niveau coopération (>2,5). La gestion de cas était centrale dans les aménagements à instaurer pour concrétiser le réseau de services intégré, d'où l'importance de vérifier les résultats du croisement des axes. À Coaticook, les services des gestionnaires de cas sont cotés par la plupart de leurs partenaires au niveau 3 (coopération) ou 4 (collaboration), leur réservant une cote d'appréciation globale de 3,1 (axe horizontal). Lorsqu'on regarde dans l'axe vertical, c'est-à-dire la façon dont les gestionnaires de cas perçoivent les interactions avec leurs partenaires, la cote globale est inférieure, avec 2,37. On peut interpréter cet écart par le fait que les gestionnaires de cas de Coaticook sont en général perçus comme plus accommodants par leurs partenaires que l'inverse. Le même phénomène se répète pour le Centre de jour, les organismes communautaires, le Service d'entretien domestique et le transport adapté de Coaticook, ce qui nous renvoie directement à la question de la mutualité des rapports entre les acteurs. Il ne s'agirait pas d'un phénomène isolé puisque, à Sherbrooke et au Granit, la gestion de cas illustre la même tendance.

La forme d'interaction des organismes communautaires et services d'entretien domestique, telle que perçue par les partenaires, laisse voir dans les trois territoires une cote moyenne située à la frontière entre la communication et la coopération, indiquant un bon niveau. Si on compare ces résultats avec ceux qui expriment comment les organismes communautaires perçoivent l'ensemble des services du continuum, nous remarquons des résultats faibles (entre 0,86 et 1,8) dans les trois territoires, ceux-ci n'atteignant pas le niveau « communication ». Cet écart pourrait signifier que les organismes communautaires sont perçus comme de bons collaborateurs par leurs partenaires mais que ce n'est pas mutuel. On sait que les organismes communautaires n'ont pas accès aux informations du DCI-SIGG, un outil qui leur permettrait d'accéder à l'information pertinente au bon moment, ce qui leur éviterait de chercher à combler par téléphone, souvent en se butant aux boîtes vocales. L'élément de l'information est critique puisqu'il permet de déclencher une séquence d'actions pour répondre adéquatement aux besoins du client et c'est d'autant plus le cas lorsque le partenaire n'est pas localisé dans les établissements, comme c'est le cas de la plupart des organismes

communautaires. L'accès à l'information permet alors de se sentir davantage comme membres à part entière du continuum.

En définitive, dans les trois territoires, on remarque que ce sont les organismes communautaires qui perçoivent le niveau d'intégration entre les différents services comme étant moins élevé de façon générale. On voit aussi qu'en région rurale les services régionaux spécialisés de l'Institut universitaire de gériatrie sont méconnus (prédominance de cotes 0).

## Discussion

L'interprétation générale des résultats sur la moyenne des cotes obtenues par chacun des services du continuum nous indique que les trois territoires estriens obtiennent un bon niveau d'intégration, situé dans le tiers supérieur du niveau communication, alors que Sherbrooke atteint presque le seuil du niveau coopération. Il aurait été intéressant d'effectuer cette mesure avant et après l'implantation du réseau intégré mais l'instrument n'était pas encore disponible au début du projet Prisma-Estrie. Néanmoins, notre objectif de refléter aux partenaires leur propre niveau d'intégration au terme de la période d'implantation du réseau de services intégré est atteint.

Parmi les limites dans l'interprétation des résultats de cette mesure, nous relevons la structuration hiérarchique des services (services de première, deuxième, troisième ligne) qui fait en sorte que les services plus spécialisés sont plus souvent concentrés dans les centres urbains et pourraient, de ce fait, entrer plus aisément dans la catégorie de services de proximité aux yeux des résidants, utilisateurs et intervenants des services de ces villes-centres que pour les milieux ruraux ou régions plus éloignées, ne serait-ce qu'à cause de la distance géographique qui peut limiter l'accès et conséquemment avoir un impact sur l'utilisation de ces services. Souvent il s'agit de services de santé spécialisés dont l'offre est régionale. Avec les résultats obtenus en région où les services locaux, surtout psychosociaux, apparaissent mieux intégrés que les services régionaux, l'une des interprétations pourrait être que les efforts d'intégration entre les secteurs de la santé et des services sociaux n'ont pas donné autant d'impact que souhaité. Mais cette interprétation n'est pas soutenue par les résultats de Sherbrooke où on voit que les services de santé et psychosociaux se côtoient sans qu'on puisse observer un patron dichotomique. Un autre devis de recherche serait nécessaire pour déterminer si c'est la proximité des services régionaux qui permet l'interaction de collaboration ou si il y a des modalités différentes d'interaction entre ces services et leurs sept territoires de desserte en Estrie.

Enfin, au terme de cet exercice, nous croyons qu'il n'est ni possible, ni même souhaitable, que tous les services cherchent à obtenir un niveau d'intégration de type « collaboration ». En effet, les travaux de Ahgren et Axelsson<sup>1</sup> nous incitent à mieux discerner et comprendre les variations dans l'interaction entre les services, elles-mêmes fondées sur les nécessités fonctionnelles et les buts à atteindre.

D'autres travaux pourraient nous amener à identifier un noyau de services qui doivent parvenir à un niveau de collaboration et d'autres services positionnés davantage en périphérie en fonction de la centralité du rôle qu'ils ont à jouer dans le continuum. Pour les services périphériques, le fait d'atteindre un niveau de communication ou de coopération avec leurs partenaires pourrait être tout à fait approprié. Devant la relative nouveauté de l'utilisation de mesures d'intégration de services, nous ne sommes pas en mesure de discerner avec exactitude ces positions relatives entre les différents partenaires du continuum. Des travaux ultérieurs pourraient entreprendre cet exercice de positionnement des acteurs les uns par rapport aux autres, dans le but de connaître le niveau désirable d'interaction entre chacun de ces services qui permettrait d'obtenir un fonctionnement optimal. Il serait possible ensuite de mesurer l'écart entre ce qui est souhaitable et la réalité vécue par les intervenants, ce qui ouvrirait la porte à de nouvelles possibilités d'interprétation.

## ANNEXE 4.1

### Mesure d'intégration des services aux personnes âgées Projet de recherche Prisma-Estrie 2004-2005

Instrument de mesure traduit et adapté de « Human Services Integration Measure (2004) », validé au Canada (Ontario) par Browne et al.

La mesure de l'intégration des services est un instrument qui permet de mesurer l'étendue de l'intégration des services aux personnes âgées (nombre de services reconnus comme faisant partie du réseau intégré), le champ de l'intégration (nombre de services qui ont des liens avec d'autres services) et le degré de pénétration de l'intégration chez les partenaires du réseau, évalué sur une échelle de 0 à 4. La mesure du degré de pénétration est constituée par un score moyen pour chacun des services tel qu'évalué par les intervenants et les gestionnaires qui travaillent dans ce réseau de services aux personnes âgées.

Vous avez été identifié(e)s comme répondant(e)s à ce questionnaire afin que vous nous donniez votre appréciation personnelle sur l'intégration des services aux personnes âgées ainsi que, globalement, l'appréciation que votre service en donnerait. Compte tenu de l'échantillonnage réduit des répondants, votre participation est essentielle pour que nous puissions établir la mesure d'intégration des services de votre territoire. Au besoin, un suivi sera effectué pour récupérer la grille complétée.

L'exercice est simple et ne requiert que quelques minutes dans la mesure où vous n'avez qu'à transposer votre expérience (et celle de votre service) en cochant une seule case pour chacun des 22 regroupements de services de la liste ci-jointe. La définition des choix de réponses auxquels vous devez vous référer pour évaluer chaque service (ou regroupement de services) est la suivante.

<b>Inconnu :</b>	Service ou programme inconnu : on ne connaît pas l'existence de cet autre service (ou programme).
<b>Connu :</b>	On connaît cet autre service (ou programme) mais nous organisons nos propres activités sans tenir compte de cet autre service (ou programme).
<b>Communication :</b>	Notre service (ou programme) partage activement de l'information et communique avec cet autre service (ou programme).
<b>Coopération :</b>	Notre service (ou programme) a déjà modifié (ou modifierait au besoin) sa propre planification de service dans le but d'éviter la duplication ou pour améliorer les liens avec cet autre service (ou programme).
<b>Collaboration :</b>	Notre service (ou programme) planifie son offre de services de concert avec cet autre service (ou programme) suite à des consultations et avis réciproques.

Identification des services du réseau intégré de services pour les personnes âgées (Estrie)	Votre évaluation : S.V.P. cocher				
	Inconnu	Connu	Communication	Coopération	Collaboration
<p><b>Inconnu :</b> Service ou programme inconnu : on ne connaît pas l'existence de cet autre service (ou programme).</p> <p><b>Connu :</b> On connaît cet autre service (ou programme) mais nous organisons nos propres activités sans tenir compte de cet autre service (ou programme).</p> <p><b>Communication :</b> Notre service (ou programme) partage activement de l'information et communique avec cet autre service (ou programme).</p> <p><b>Coopération :</b> Notre service (ou programme) a déjà modifié (ou modifierait au besoin) sa propre planification de service dans le but d'éviter la duplication ou pour améliorer les liens avec cet autre service (ou programme).</p> <p><b>Collaboration :</b> Notre service (ou programme) planifie son offre de services de concert avec cet autre service (ou programme) suite à des consultations et avis réciproques.</p>					
<p><b>1. Info-Santé du CLSC</b> et <b>Urgence détresse</b> (garde 24/7 psychosociale) en CLSC</p>					
<p><b>2. Guichet unique du CLSC</b> (accueil, information, évaluation, orientation, référence)</p>					
<p><b>3. Services médicaux et infirmiers du CLSC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Services courants offerts au CLSC</li> <li>• Garde 24/7 (pour personnes inscrites)</li> <li>• Services de santé offerts à domicile (par médecins et infirmières)</li> </ul>					
<p><b>4. Groupes de médecins de famille (GMF)</b> et <b>Cliniques médicales</b> (cabinets privés des médecins de famille et spécialistes)</p>					
<p><b>5. Services à domicile du CLSC</b> (sociaux et paramédicaux)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aide à domicile (par auxiliaires familiales et sociales)</li> <li>• Services psychosociaux</li> <li>• Ergothérapie, physiothérapie, nutrition et inhalothérapie</li> <li>• Programmes d'aide pour permettre de demeurer à domicile (allocations directes, chèque-emploi-service, SIMAD, prêts d'équipements, soutien aux aidants, etc.)</li> </ul>					

<p style="text-align: center;"><b>Identification des services du réseau intégré de services pour les personnes âgées (Estrie)</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Votre évaluation : S.V.P. cocher</b></p>				
	Inconnu	Connu	Communication	Coopération	Collaboration
<p><b>Inconnu:</b> Service ou programme inconnu : on ne connaît pas l'existence de cet autre service (ou programme).</p> <p><b>Connu:</b> On connaît cet autre service (ou programme) mais nous organisons nos propres activités sans tenir compte de cet autre service (ou programme).</p> <p><b>Communication:</b> Notre service (ou programme) partage activement de l'information et communique avec cet autre service (ou programme).</p> <p><b>Coopération:</b> Notre service (ou programme) a déjà modifié (ou modifierait au besoin) sa propre planification de service dans le but d'éviter la duplication ou pour améliorer les liens avec cet autre service (ou programme).</p> <p><b>Collaboration:</b> Notre service (ou programme) planifie son offre de services de concert avec cet autre service (ou programme) suite à des consultations et avis réciproques.</p>					
<p><b>6. Centre de jour (du CLSC)</b> (programmes de répit et soutien aux aidants, prévention des chutes, maintien des acquis, suivi infirmier et physiothérapie, etc.)</p>					
<p><b>7. Centre de réadaptation</b> (programmes utilisés par personnes âgées)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aides auditives</li> <li>• Aides visuelles</li> <li>• Aide à la mobilité (incluant les services d'entretien des orthèses, prothèses, équipement roulant)</li> </ul>					
<p><b>8. Urgence (du Centre hospitalier de votre territoire)</b></p>					
<p><b>9. Services ambulanciers</b></p>					
<p><b>10. Équipe de gériatrie ou unité de gériatrie</b> (consultations du gériatre, infirmière de gériatrie, physiothérapie, ergothérapie en milieu hospitalier pour les personnes âgées)</p>					
<p><b>11. Santé publique, prévention pour les personnes âgées</b> (ex. : programmes de prévention des chutes, de la violence, programmes de vaccination et autres programmes de santé publique desservant des personnes âgées)</p>					
<p><b>12. Hôpital de jour de l'IUGS*</b></p>					
<p><b>13. Unité courte durée gériatrique (UCDG) de l'IUGS*</b></p>					
<p><b>14. Cliniques externes spécialisées de l'IUGS*</b> (mémoire, incontinence, gériatrie, surdité-vertige, dermatologie, nutrition)</p>					

Identification des services du réseau intégré de services pour les personnes âgées (Estrie)	Votre évaluation : S.V.P. cocher			
	Inconnu	Connu	Communication	Coopération
<p><b>Inconnu :</b> Service ou programme inconnu : on ne connaît pas l'existence de cet autre service (ou programme).</p> <p><b>Connu :</b> On connaît cet autre service (ou programme) mais nous organisons nos propres activités sans tenir compte de cet autre service (ou programme).</p> <p><b>Communication :</b> Notre service (ou programme) partage activement de l'information et communique avec cet autre service (ou programme).</p> <p><b>Coopération :</b> Notre service (ou programme) a déjà modifié (ou modifierait au besoin) sa propre planification de service dans le but d'éviter la duplication ou pour améliorer les liens avec cet autre service (ou programme).</p> <p><b>Collaboration :</b> Notre service (ou programme) planifie son offre de services de concert avec cet autre service (ou programme) suite à des consultations et avis réciproques.</p>				
<b>15. Gériatopsychiatrie de l'IUGS*</b>				
<b>16. Unité de réadaptation intensive (URFI) de l'IUGS*</b>				
<b>17. Gestion de cas (du CLSC)</b>				
<b>18. Programmes d'hébergement temporaire</b> (Dépannage, hébergement par alternance, transition, convalescence, etc.)**				
<b>19. Programmes d'hébergement publics (RI-RTF-CHSLD)</b>				
<b>20. Organismes communautaires et Entreprises d'entretien domestique</b> (économie sociale) offrant des services de soutien à domicile: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Popote roulante</li> <li>• Entretien domestique</li> <li>• Accompagnement aux rendez-vous médicaux/légaux</li> <li>• Aide aux courses</li> <li>• Socialisation (repas communautaires, appels/visites amicales, etc.)</li> <li>• Participation aux programmes de prévention des chutes</li> <li>• Soutien aux aidants naturels (répit, entraide, gardiennage, information et conférences, etc.)</li> </ul>				
<b>21. Transport adapté</b> (Programmes pour les personnes âgées)				
<b>22. Résidences privées</b>				



Vous désirez nous communiquer une interrogation, un avis ou simplement exprimer votre appréciation sur cet instrument de mesure de l'intégration des services, la parole est à vous :

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**Merci de votre précieuse collaboration.**

**Anne Veil et l'équipe du  
Projet de recherche Prisma-Estrie**

### **Références**

1. Ahgren, B. et Axelsson, R. Evaluating integrated health care : a model for measurement. *International Journal of Integrated Care*, 2005 ; 1-14. Site : <http://www.ijic.org/>
2. Browne, G., Roberts, J., Gafni, A., Byrne, C., Kertyzia, J. et Loney, P. Conceptualizing and validating the Human Services Integration Measure. *International Journal of Integrated Care*, 2004 ; 4: 1-12. Site : <http://www.ijic.org/>

3. Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L. et Touati, N. Intégration des soins : concepts et mise en œuvre. Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), 2001. Site : [www.santemontreal.qc.ca/fr/observatoire/](http://www.santemontreal.qc.ca/fr/observatoire/)
4. Denis, J.-L., Beaulieu, M.-D., Hébert, Y., Langley, A., Lozeau, D., Pineault, R. et Trotter, L.-H. L'innovation clinico-organisationnelle dans les organisations de santé. Rapport au FCRSS, 2001, 22 p.
5. Foote, C. et Stanners, C. (2002). *Integrating Care for Older People – New Care for Old – a Systems Approach*. Jessica Kingsley publishers, Atheneum Press, United Kingdom.
6. Frossard, M. et Boitard, A. Évaluation des réseaux de coordination gérontologique : une approche socio-économique. *Revue Épidémiologie et Santé publique*, Paris, juin 1997 ; (45) : 429-437
7. Hébert, R. et le groupe PRISMA. L'intégration des services aux personnes âgées : une solution prometteuse aux problèmes de continuité. *Vieillessement et santé II – Hors série*, 2003 ; 67-75.
8. Henrard, J.-C., Ankri, J., Frijters, D., Carpenter, I., Topinkova, E., Garms-Homolova, V., Finne-Soveri, H., Sorbye, L. W., Jonsson, P. V., Ljunggren, G., Schroll, M., Wagner, C. et Bernabei, R. Proposal of a service delivery integration index of home care for older persons : application in several european cities. *International Journal of Integrated Care*, 2006 : 1-8.
9. Kodner, D.L. et Spreeuwenberg, C. Integrated care : meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, nov. 2002 : 1-11. Web : [http://www.ijic.org/publish/articles/000089/article\\_print.html](http://www.ijic.org/publish/articles/000089/article_print.html)
10. Kralewski, J.E., de Vries, A., Dowd, B. et Potthoff, S. The development of integrated service networks in Minnesota. *Health Care Management Review*, 1995 ; 20 (4) : 42-56.
11. Leutz, W. Five laws for integrating medical and social services : lessons from the United States and the United Kingdom. *The Milbank Quarterly*, 1999 ; 77 (1) : 77-110.
12. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Direction générale des services sociaux et Direction des services généraux. Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux. Sept. 2004.
13. Reed, J., Cook, G., Childs, S. et McCormack, B. (2005). A literature review to explore integrated care for older people. *International Journal of Integrated Care*, 2005 ; 5 : 1-10. Site : <http://www.ijic.org/>
14. Shortell, S.M., Gillis, R.R., Anderson, D.S., Erickson, D.M., Mitchell, J.B. et al. (2000) *Remaking Health Care in America – the Evolution of Organized Delivery Systems*, Jossey-Bass, 2<sup>nd</sup> edition, 2000. San Francisco, USA.

15. Shortell, S.M., Gillies, R.R., Anderson, D.A. et Morgan, K.L. Creating organized delivery systems : the barriers and facilitators. *Hospital & Health Services Administration*. 1993 ; 38 (4) : 447- 466.
16. Vanderwoerd, J. Better beginnings, better futures. Finding Report, project 1990-1993 - Chapitre 11. Partnerships and programs : service provider involvement in better beginnings, better futures, par Narayan et Shier, BBBF Research Coordination Unit : Queens University, 1996. Ontario, Canada.
17. Warner, M. et Gould, N. (2003). Integrated care networks and quality of life : linking research and practice. *International Journal of Integrated Care*, 2003 ; 3 : 1-9. Site : <http://www.ijic.org/>
18. Weiss, E., Anderson, R. et Lasker, R. Findings from the National Study of Partnership Functioning : Report to the Partnerships that Participated. Center for the advancement of collaborative strategies in health. 2001. Site web : [www.cacsh.org](http://www.cacsh.org).

# Chapitre 5

## Les appropriations locales de la gestion de cas et leurs enseignements pour l'implantation en d'autres contextes

---

Yves Couturier, Sébastien Carrier, Dominique Gagnon, Isabelle Chouinard

---

### **Points saillants**

La gestion de cas est sans aucun doute l'une des innovations pouvant permettre une meilleure continuité des services. Une telle innovation prend sa véritable forme et sa véritable valeur à partir du moment où des acteurs locaux se l'approprient de façon à l'adapter au contexte local. Pour soutenir une adaptation réussie, il importe de prendre en considération ces points :

1. Faire un état de la situation préalable, en tenant compte des pratiques effectives de continuité, des conditions réelles du travail, et des attentes des divers acteurs.
2. Formuler le projet d'innovation de façon explicite, notamment quant aux besoins à combler.
3. Analyser la traduction de l'innovation et son adaptation réelle par les acteurs concernés.
4. Modifier des conditions du travail qui entravent l'innovation, et réajustement du modèle lors d'une seconde phase, en fonction des informations découlant de l'analyse de l'adaptation.

Ce texte rend compte des principaux résultats de travaux qualitatifs de recherche que nous avons réalisés depuis 2002\* dans le cadre de l'implantation de réseaux intégrés de services aux personnes âgées en perte d'autonomie. Ces travaux avaient pour objectif principal de mieux comprendre comment les acteurs professionnels se sont approprié l'une des dimensions parmi les plus opératoires des réseaux intégrés de services aux personnes âgées en perte d'autonomie, soit le dispositif

---

\* Recherche financée par le Fonds québécois de recherche sur la société et la culture, par le programme de recherche PRISMA, le Conseil de la recherche en sciences humaines du Canada et par le Réseau Québécois de recherche sur le vieillissement.

de gestion de cas. Plus qu'opératoire, ce dispositif est l'objet par lequel se traduit puis s'expérimente par les acteurs locaux le modèle d'intégration des services qui leur est proposé. L'étude des conditions locales agissant lors de cette appropriation permet l'ajustement du modèle conceptuel au réel suite à l'implantation primaire et le transfert vers d'autres contextes de quelques précieux enseignements pour soutenir une première implantation réussie.

### **Quelques considérations théoriques et méthodologiques**

Nous avons emprunté le fondement théorique de ces travaux de recherche à l'ergonomie cognitive<sup>1</sup>. Alors que l'ergonomie classique a pour objet l'étude du travail, notamment dans une perspective taylorienne de mesure du facteur humain, le courant cognitiviste de l'ergonomie cherche à comprendre cet objet du point de vue de l'acteur professionnel, plus précisément de son activité, soit la façon concrète par laquelle un acteur en situation réelle de travail accomplit une tâche qu'on lui confère. L'ergonomie cognitive s'appuie sur le constat que des écarts relativement importants s'observent entre ce que les travailleurs doivent faire, soit la tâche attendue, ce qu'ils font réellement, soit l'activité réalisée, et ce qu'ils en disent. Cet énoncé tombe sous le sens commun, puisque toute personne aura expérimenté ces écarts, souvent en les déplorant, attribuant au facteur humain qu'est le travailleur la responsabilité de cette carence. La perspective de l'ergonomie cognitive trouve cependant toute sa puissance et son originalité dans le fait qu'elle pose la question de la valeur de cet écart pour comprendre les conditions réelles de l'appropriation par le travailleur de la tâche à accomplir. L'écart constitue selon cette perspective moins une carence qu'une forme pratique d'intelligence au travail. L'ergonomie cognitive estimera en effet que ces écarts sont moins des carences que d'excellents indicateurs empiriques de l'appropriation par les acteurs locaux de la tâche<sup>2</sup>. De notre point de vue, l'étude attentive de cette appropriation permet l'ajustement des modèles théoriques aux conditions réelles de l'implantation, et donc de réfléchir à ses conditions de succès. Il est d'ailleurs largement connu dans le champ de l'évaluation des innovations<sup>3</sup> que l'adoption locale constitue le moment où peut s'étudier les conditions d'implantation en vue de soutenir les personnes consolidant l'implantation lors d'une seconde phase. Une telle évaluation permet de plus d'identifier les conditions transversales à divers contextes, de façon à mettre à profit pour d'autres établissements les apprentissages faits localement ou pour favoriser son appropriation par les acteurs<sup>4</sup>.

Pour atteindre ces objectifs, une recherche qualitative est nécessaire pour deux raisons épistémologiques. D'une part, il importe de se rapprocher, autant que faire se peut, des contextes réels de travail pour documenter les conditions particulières à chaque contexte, puis en inférer des enseignements éventuellement transposables en d'autres contextes. D'autre part, il est nécessaire d'accéder au sens qu'accordent les acteurs à la tâche attendue puisque l'adoption locale d'une innovation est tout à la fois un processus adaptatif réalisé par des acteurs de terrains situés dans un contexte particulier<sup>3</sup> et la traduction par laquelle les

prescriptions sont retraduites grâce aux jeux des différents acteurs en interaction<sup>5</sup>. Il importe alors que la recherche soit attentive à la façon dont les acteurs racontent leur expérience de travail.

Au plan méthodologique, cet ancrage de nos travaux du côté de l'ergonomie cognitive a appelé à développer des stratégies de cueillette de données dites compréhensives, c'est-à-dire attentives au sens attribué par les acteurs à leur activité, ainsi qu'à déployer des efforts du côté de l'observation des pratiques réelles<sup>6</sup>. Nous avons donc principalement réalisé des entrevues (n=76) auprès de divers acteurs professionnels impliqués dans la gestion de cas à l'aide d'une méthode d'entrevue, l'entretien d'explicitation<sup>7</sup>, qui permet de s'approcher au plus près de l'action réalisée en conduisant les interviewés à accéder à ce que les cognitivistes appellent la mémoire concrète. Nous avons également réalisé 15 jours d'observation ethnographique, de façon à nous approprier la dimension effective et pratique de la gestion de cas. Nous avons effectué sur les entretiens plusieurs opérations analytiques, principalement des analyses de contenu<sup>8</sup> et des analyses structurales de discours<sup>9</sup> préparatoires à diverses modélisations de la pratique des gestionnaires de cas.

Un modèle est une construction théorique qui rend compte de façon synthétique de la dispersion et de l'articulation des paramètres de conception de l'activité réalisée par des acteurs singuliers. Dans la suite de ce texte, nous présenterons trois modélisations reflétant trois appropriations contextuelles singulières de la gestion de cas, principalement au regard de la fonction cardinale du métier, soit la coordination.

### **Modélisation de l'activité de coordination en gestion de cas**

Le dispositif de gestion de cas a pour visée principale de soutenir l'intégration des services en favorisant une meilleure coordination des actions professionnelles. Il s'agit d'un dispositif d'interface entre le système-client, soit l'utilisateur, ses aidants, ses proches et sa communauté, et le système d'intervention, soit l'ensemble des ressources professionnelles et institutionnelles<sup>10</sup>. Le gestionnaire de cas est donc, dans les divers modèles théoriques d'intégration, un agent de coordination inter-établissement et interprofession qui a pour mandat de mettre en œuvre les mécanismes de coordination entre les services offerts par les divers intervenants, et ce peu importe leur origine institutionnelle. Son action doit donc composer avec une fonction *clinique* traditionnelle, toute entière tournée vers la relation professionnel-client, et une fonction *institutionnelle*, centrée sur le service et ses règles de délivrance. Pour ce faire, le gestionnaire de cas évaluera les besoins, planifiera les services, assurera dans la durée la coordination de ces services et offrira un certain suivi clinique. Il est également l'incarnation humaine du dispositif, le visage signifiant pour l'utilisateur, celui qui veille à ce que ce dernier reçoive le bon service, au bon moment, au bon endroit. Plus encore, Hébert qualifie les gestionnaires de cas de « véritables *casques bleus* de l'intervention gériatrique »<sup>11</sup> puisqu'ils

doivent défendre les intérêts des usagers dans le vaste appareil sociosanitaire que constitue un programme Perte d'autonomie liée au vieillissement. L'action des gestionnaires de cas est donc bivalente<sup>12</sup> en ce sens que le sujet de son intervention est autant le système-client que le système-intervention. On le verra tout au long de ce texte, cette bivalence traduit toute la complexité du métier ainsi qu'elle révèle une série d'enseignements sur l'implantation réussie de la gestion de cas.

Dans le cadre de l'étude PRISMA, trois modèles de gestion de cas ont été inspirés des innovations locales. Ces modèles se caractérisent, d'une part, par le type de clientèle que la gestion de cas dessert, et, d'autre part, par la nature du rôle du gestionnaire de cas.

Dans le premier modèle, dit unique, le rôle du gestionnaire de cas se limite aux tâches de courtage et de coordination de services et exclut les tâches cliniques relatives au champ disciplinaire de l'intervenant. Spécialiste du courtage de services, sa charge de cas est uniquement constituée des usagers inscrits en gestion de cas selon des critères prédéterminés d'inclusion comme l'âge, le nombre ou l'intensité des services. Les compétences requises pour ce métier sont plutôt d'ordre méthodologique (capacité de négociation, maîtrise des outils, travail de réseau, mobilisation, etc.) que clinique en raison de la prédominance de ce rôle de courtage.

Dans le second modèle, dit hybride, le gestionnaire de cas remplit également un rôle prédominant de courtage et de coordination de services auprès d'une clientèle homogène inscrite en gestion de cas. Cependant, il conserve un rôle mineur au plan clinique dans son champ professionnel d'appartenance. Il peut ainsi intervenir auprès de sa clientèle dans la mesure où son action clinique n'entrave pas son rôle premier de coordination des services. Par exemple, un gestionnaire de cas formé en travail social pourra effectuer des interventions psychosociales brèves auprès de sa clientèle. Toutefois, si cette intervention exige trop de temps, il devra référer la personne à un autre travailleur social de première ligne qui prendra en charge l'intervention psychosociale. Outre les compétences méthodologiques, l'équipe de gestionnaire de cas devra dans ce modèle mobiliser les compétences cliniques diversifiées qu'exige la condition des personnes âgées en perte d'autonomie.

Enfin, le troisième modèle, dit mixte, se caractérise par une charge de cas sous la responsabilité de l'intervenant, composée tout autant de personnes âgées en gestion de cas qu'en début de perte d'autonomie, donc hors des critères d'inclusion à la gestion de cas. Ici, le gestionnaire de cas est avant tout un intervenant disciplinaire à qui on ajoute une fonction, celle de coordonner les services pour certains de ses clients dont la situation est caractérisée par la complexité et l'intensité de l'offre de services qui leur est faite. Ce modèle secondarise donc la capacité de courtage au profit de la continuité clinique. En effet, il fait en sorte que lorsqu'un usager hors gestion de cas déjà dans la charge de cas d'un intervenant spécifique connaît un accroissement de sa perte d'autonomie, le même intervenant continue d'assurer le suivi au plan clinique tout en réalisant dorénavant les

fonctions de gestion autour du cas. C'est le statut du dossier qui change et non le client qui change d'intervenant.

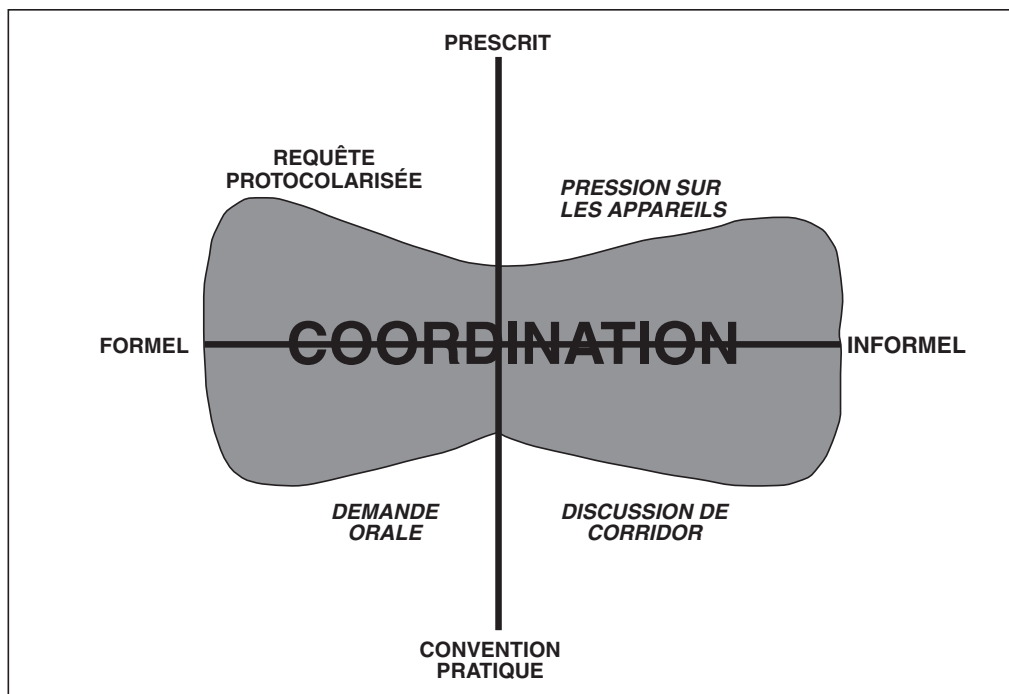
Bien entendu, ces trois modèles de gestion de cas ont pris des formes diverses au fur et à mesure de l'implantation. Nous avons donc étudié leur appropriation locale par les acteurs professionnels, au regard notamment de ce qui nous semble être leur fonction fondatrice, soit la coordination des services. Pour décrire puis modéliser la coordination effective réalisée par les gestionnaires de cas, nous avons retenu deux principaux axes de conception, soit le type de normes que les acteurs convoquent dans la construction de leur intervention, et leur rapport fonctionnel à ces normes. Dans le schéma qui suit, le prescrit est constitué de normes formalisées prescrivant l'action à faire. Il peut s'agir des divers protocoles d'intervention, de règles administratives conditionnant l'accès aux ressources, des outils d'évaluation ou d'information, etc. Par le concept de convention pratique, nous entendons l'ensemble de normes non écrites sur lesquelles les praticiens appuient une part importante de leur jugement clinique. Les divers jugements cliniques formulés dans un établissement finissent peu à peu par faire histoire commune, par faire jurisprudence pratique. Cette jurisprudence permet de définir empiriquement des concepts difficilement objectivables comme l'urgence psychosociale, l'isolement social, la compliance aux traitements, la capacité d'auto-prise en charge, le degré de protection requis, etc. Ces conventions constituent donc une forme précieuse d'intelligence collective que cherche à comprendre l'ergonomie cognitive<sup>2</sup>. Il s'agit de ce code normatif informel commun qui sert aux praticiens à lire la complexité des cas cliniques qui se présentent à eux sans, chaque fois, devoir tout réinventer. Ces conventions pratiques procurent aux praticiens une importante économie cognitive en mutualisant une part importante du savoir requis au bon jugement clinique, et donc à l'efficacité-même des services. Il va de soi que ces diverses normes n'ont pas le caractère automatique qu'elles laissent présager puisqu'elles font l'objet d'une activité incessante de négociation et d'ajustement réflexif.

Outre le type de normes mobilisé, nous pouvons appréhender deux principales formes de rapport aux normes précédentes, soit un rapport formel qui se conforme aux processus institutionnels prévus, soit un rapport informel qui s'ouvre aux nombreuses modalités transactionnelles qui échappent à la prescription du travail.

Lorsque l'on croise les deux paramètres de conception retenus pour analyser les pratiques de coordination, on fait émerger quatre regroupements de gestes professionnels de la coordination réalisés par les gestionnaires de cas. Au croisement de la norme prescrite et du rapport normatif formel se trouve une série de gestes que nous avons désignés par le terme de requête protocolarisée. Il s'agit ici de coordonner les actions au regard de divers protocoles prescrivant les étapes de l'intervention, les règles d'accès aux ressources, etc. Sous l'angle du courtage de services, la tâche attendue de gestion de cas se trouve surtout dans cet espace,



Figure 5.1  
Espace de dispersion des activités de coordination



et s'observe par les activités d'évaluation et de planification. Ici, la coordination se rapproche de la liaison telle qu'exposée par Leutz<sup>13</sup>.

Cependant, l'analyse plus fine du travail révèle d'autres dimensions, éventuellement plus complexes, de la coordination. En appui sur ces mêmes normes formelles, mais éventuellement à leur encontre, le gestionnaire de cas a pour rôle effectif de faire pression sur les appareils, par exemple sur les protocoles d'allocation de ressources au bénéfice de son client et en raison de ses particularités cliniques. La coordination se rapproche ici de l'activité de « casques bleus » évoqué supra par Hébert<sup>12</sup>, voire d'*advocacy* contre la logique de système pourtant au cœur de l'activité de courtage de services. Nous l'avons écrit plus haut, cela révèle la grande complexité du travail effectif des gestionnaires de cas, mais aussi l'intelligence du système qui a su instituer en son sein, et ce par des voies formelles, les modalités de sa propre réflexivité institutionnelle. Cette observation permet de croire que la gestion de cas, telle qu'observée ici, n'involuera pas vers un modèle mécaniste, voire technocratique.

Dans l'espace des conventions pratiques, nous observons que les demandes orales provenant des clients ou des collègues, soit les demandes que les outils d'évaluation peuvent négliger en raison de leur caractère singulier ou inusité, sont formellement ramenées dans l'espace de la gestion de cas et feront l'objet d'une traduction qui les oriente vers les protocoles qui peuvent formellement les accepter. En fait, de telles demandes légitiment l'acte clinique puisque leur prise en compte rappelle qu'il s'agit d'abord et avant tout de répondre à une demande

issue d'un client réel et non d'une classification standard. Cette activité de traduction au cœur du métier réel des gestionnaires de cas n'est pas le seul fait de la présence des clients mais aussi des impératifs constitutifs de la professionnalité. Ici, on voit que le gestionnaire de cas ne peut se cantonner au seul courtage tel que prescrit par les protocoles. Il trouve un part importante de sa légitimité, voire de sa pertinence, dans sa capacité de transformer du *clinique* en *service*. La coordination porte donc ici sur l'articulation des mondes formel et informel inhérente à toute relation clinique.

On le voit, le gestionnaire de cas doit constamment discuter, négocier et retraduire les normes d'intervention avec une très grande diversité de partenaires professionnels, qu'ils soient médicaux, paramédicaux ou sociaux, qu'ils soient du réseau public ou non, voire qu'ils soient professionnels ou bénévoles. Les discussions de corridors permettent à cette importante activité sémantique qu'est la traduction de se mutualiser. L'effet le plus important de ces discussions de corridors est certainement la mise à jour continue et la formulation adaptative de nouvelles conventions pratiques spécifiques aux réseaux intégrés de services aux personnes âgées en perte d'autonomie, et sont donc tout à la fois le moyen et l'indicateur de l'adoption locale de l'innovation<sup>4</sup>. La diversité des modalités d'action est donc intrinsèque à la complexité de la tâche, comme elle est la condition par laquelle de nouvelles conventions se négocient, s'élaborent puis se sédimentent dans les réseaux d'acteurs professionnels mobilisés autour de la personne âgée en perte d'autonomie. Grâce à la complexité de cette tâche, émerge peu à peu un éthos interdisciplinaire<sup>14, 15</sup>, c'est-à-dire un système de normes et de représentations du monde constituant la culture d'un groupe d'acteurs.

Il résulte de cette première analyse quelques considérations générales sur la coordination en tant qu'activité centrale de la gestion de cas. La coordination apparaît comme une forme complexe et mobile qui s'adapte aux exigences pragmatiques de chaque situation clinique et de chaque contexte de pratique. Sa forme est donc irréductiblement instable, et sa nécessaire adaptabilité, soit ce passage incessant du formel à l'informel, du prescrit à la convention pratique, explique une part importante de l'écart relatif entre la gestion de cas attendue et celle réalisée. La gestion de cas réelle résiste en partie à la prescription, non pas par incompréhension du modèle, mais bien par nécessité d'adaptation aux réalités locales. L'une des conditions fondamentales de cette nécessaire adaptabilité réside dans le caractère clinique de toute pratique de gestion de cas. La clinique a irréductiblement une dimension *ad hoc* et *hic et nunc* inhérente à toute relation professionnelle. Le promoteur d'une forme ou l'autre de gestion par cas ne peut alors faire l'économie de cette activité de négociation du gestionnaire de cas avec tous les acteurs du réseau intégré de services, y inclus le client lui-même et ses proches.

## Trois modèles fonctionnels de la coordination en gestion de cas

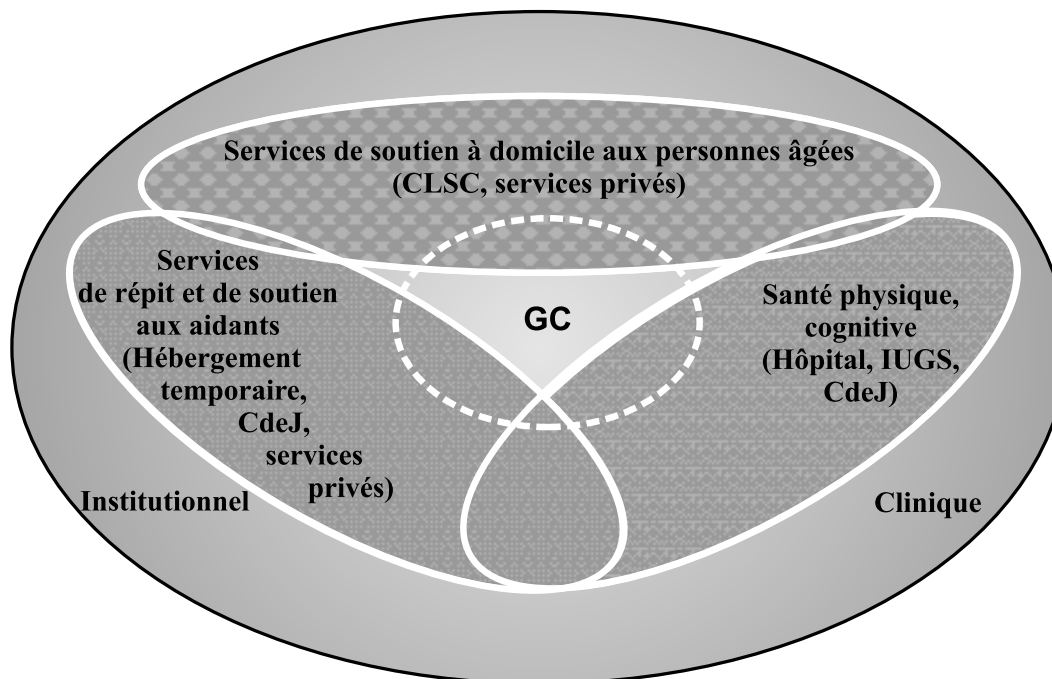
Dans ce qui précède, nous avons traité de la coordination à partir des pratiques professionnelles, en cherchant à identifier des communalités indépendantes des contextes. Dans les pages qui suivent, nous présentons plutôt trois modélisations provenant d'autant d'adaptations locales collectives de la coordination par des gestionnaires de cas et leurs partenaires. Ces modèles sont dits fonctionnels dans la mesure où ils permettent de réfléchir à la dimension opératoire de la gestion de cas au regard de chacun des contextes. Ils ont été construits de façon inductive en tenant compte des trois grands objets de coordination sur lesquels s'arriment empiriquement l'essentiel des activités de gestion de cas :

- Les services de soutien à domicile aux personnes âgées
- Les services de répit et de soutien aux aidants
- Les services de santé physique et cognitive

Chacun des schémas présente l'articulation de la gestion de cas à ces trois grands types de services.

Nos travaux ont également permis de reconstruire la notion de *service* à partir de deux dimensions constituant autant de ses versants conceptuels. Le premier versant, dit *institutionnel*, concerne notamment l'accès aux ressources, les protocoles d'évaluation et les règles administratives. Ces matériaux incontournables orientent l'action du gestionnaire de cas comme une fonction institutionnelle, soit la dimension de gestion du métier. Écrit autrement, il y a gestion de cas à partir du moment où la complexité institutionnelle est telle qu'il importe d'implanter un dispositif de systématisation de certaines pratiques clés comme la coordination. Le second versant, dit *clinique*, concerne l'ensemble des gestes professionnels d'un acteur clinicien à l'attention d'un client singulier. Cette dimension clinique du métier est signifiée par le terme de cas, qui renvoie à l'idée d'une concrétude plus ample, plus situé dans un contexte de vie que ne l'est le problème à traiter ou la pathologie. Nous employons le terme de versant pour caractériser le rapport, tout à la fois liant et distinguant, qui articule la *gestion* au *cas*, l'*institutionnel* au *clinique*. Ces deux dimensions sont donc étroitement liées dans la catégorie supérieure *service*, qui lie ensemble, dans un seul mot, la dimension clinique et la dimension institutionnelle. Mais chacun des versants conserve néanmoins son penchant, sa logique particulière, qui tend à s'éloigner de l'autre versant, sans jamais complètement y réussir. S'il est imprudent de les séparer empiriquement, nous pensons qu'il est utile ici de les distinguer momentanément au plan conceptuel de façon à voir comment chaque adaptation locale articule de façon particulière la dimension clinique à la dimension institutionnelle. Nous présenterons ces trois modèles en faisant également référence aux trois formes de continuité (relationnelle, informationnelle et d'approche) présentés par Reid et al<sup>16</sup>.

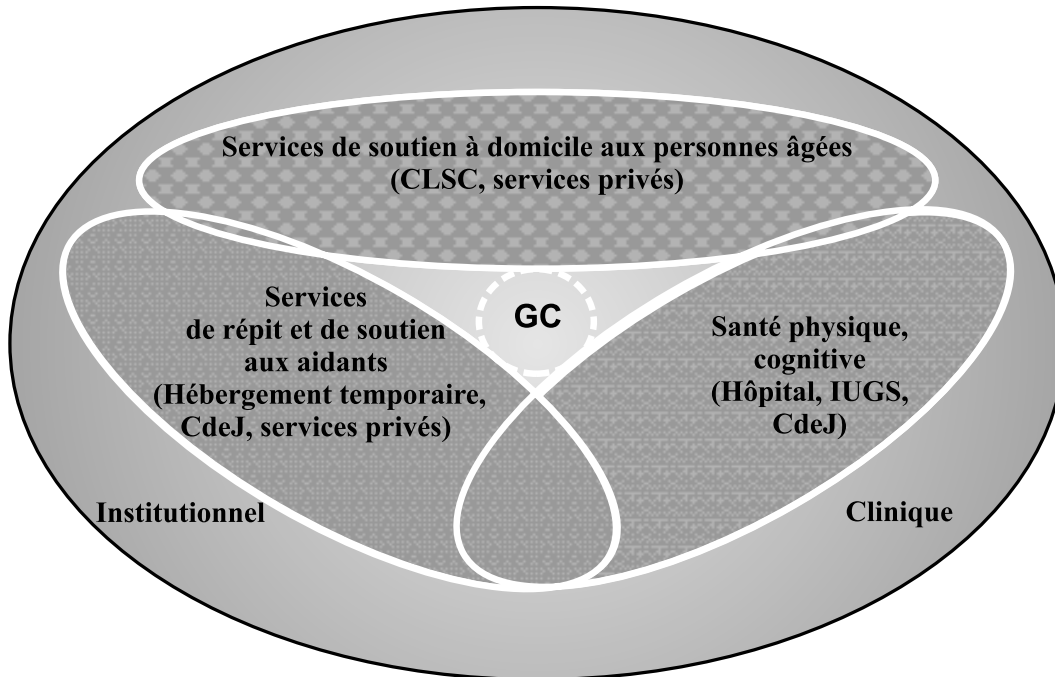
Figure 5.2  
Modèle d'intercoordination



### 1. Modèle fonctionnel d'intercoordination

Dans le modèle d'intercoordination, le gestionnaire de cas intègre et coordonne les trois fonctions générales du modèle fonctionnel. Bien que partiellement imbriquée à chacune d'entre elles, la gestion de cas ne s'y dissout pas complètement, demeurant en quelque sorte indépendante des aspects plus cliniques. Il y a néanmoins une part de territoire commun entre le versant clinique et le versant institutionnel, territoire qui permet, comme l'indique le suffixe *inter*, une rencontre fonctionnelle entre le monde de la gestion et le monde de la clinique. Bien qu'il comporte une part clinique, ce modèle apparaît plus près du modèle théorique de la gestion de cas unique, soit un agent s'afférant à la coordination de services interprofessionnels et inter-établissements avec une clientèle exclusive en gestion de cas. Pour ce faire, son rôle de coordination inter-établissement est reconnu par les acteurs de l'ensemble du réseau intégré de services. Les activités de courtage et de planification constituent l'essentiel du travail réalisé par le gestionnaire de cas dans ce modèle, laissant les activités cliniques aux acteurs de la quotidienneté, par exemple aux auxiliaires familiales et sociales ou aux infirmières. La part clinique de son travail a donc pour fonction de permettre la reconnaissance intersubjective par les intervenants de l'insertion dans le plan clinique des activités de courtage. Ce modèle soutient efficacement la continuité informationnelle et la continuité d'approche, mais avec plus de difficulté en ce qui a trait à la continuité relationnelle, provoquant parfois même des ruptures ou des dédou-

Figure 5.3  
Péricoordination



blements. Cela s'explique par la place moins grande donnée dans ce modèle à la dimension clinique, au profit d'un espace professionnel autonome centré sur le courtage de services qui exige la présence de professionnels dédiés à la clinique. Ce modèle est dit d'intercoordination puisque le gestionnaire de cas permet la médiation entre les services offerts et les acteurs professionnels qui y sont impliqués, sans cependant s'y fondre complètement. Sa position intermédiaire est requise pour une médiation qui demeure neutre et au-dessus de la mêlée clinique.

## 2. Modèle fonctionnel de péricoordination

Dans le modèle de péricoordination, le gestionnaire de cas occupe une position périphérique aux trois services, son action se focalisant sur le rôle de liaison ou d'interface entre eux. Les acteurs du réseau intégré de services attribuent au gestionnaire de cas un rôle essentiellement de « **porteur d'information** » entre établissements et entre acteurs professionnels. Ici, il est moins question d'un territoire en partie commun que d'une frontière, au sens d'une interface, entre les deux versants évoqués précédemment. Cette forme de gestion de cas soutient donc principalement la continuité informationnelle à propos des services, ce qui a pour conséquence que le gestionnaire de cas a d'abord un statut de représentant des enjeux institutionnels (accès aux ressources, protocoles d'action, etc.). Cette centration sur l'informationnel a un effet important sur la continuité d'approche en mettant l'emphase sur la planification de l'accès aux ressources et sur la protoco-

larisation des interventions, par exemple. La connotation institutionnelle de ce modèle peut avoir pour effet de marginaliser l'acteur gestionnaire de cas au sein d'une équipe dont le principe de valeur guidant l'action est précisément la professionnalité entendue comme compétence clinique.

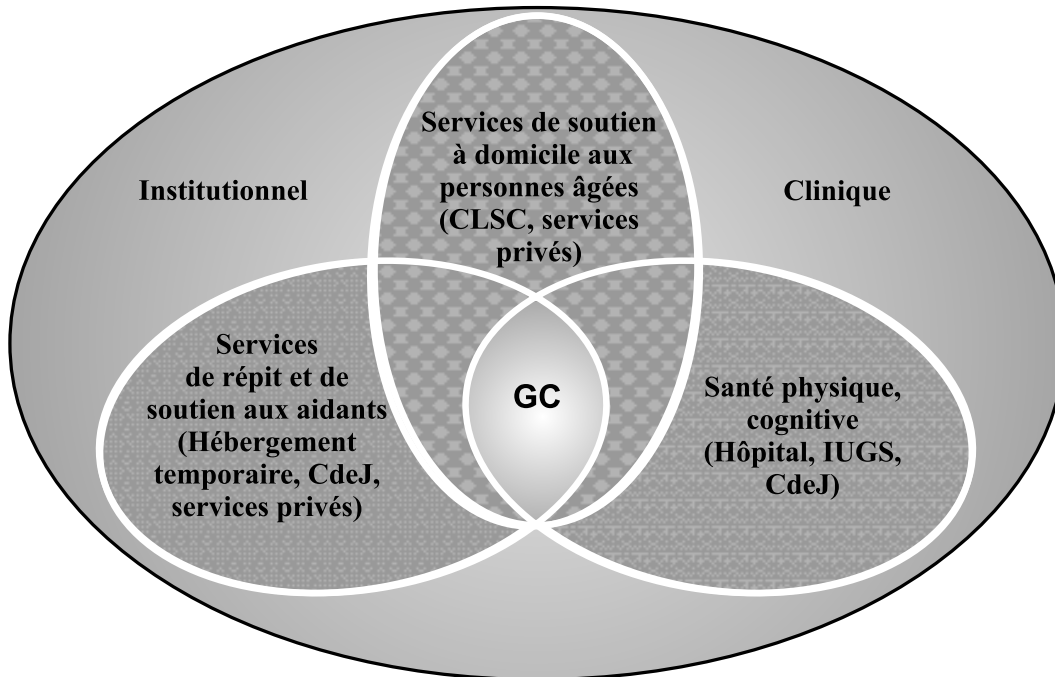
Au plan de la continuité relationnelle, cette modalité particulière de gestion de cas semble moins performante, notamment en raison de l'espace clinique très circonscrit que le gestionnaire de cas occupe. Comme dans le modèle précédent, les activités cliniques sont laissées aux acteurs de la quotidienneté, le gestionnaire de cas ne portant que très peu de préoccupations cliniques immédiates. Hors du champ d'action du gestionnaire de cas, les microcoordinations intra et inter professionnelles ont toujours cours et se déploient suivant une logique essentiellement clinique. Au total, ce modèle va moins loin que le précédent en termes de coordination, mais permet aux modalités informelles de continuité de se réaliser en parallèle de la gestion de cas dans les divers espaces cliniques.

### **3. Modèle fonctionnel d'endocoordination**

Dans le modèle d'endocoordination, soit la coordination de l'intérieur (*endon*), la gestion de cas est quasi dissoute dans les actes cliniques des gestionnaires de cas, car elle est internalisée à leur pratique disciplinaire. Ici, le territoire commun occupe presque tout l'espace professionnel, la spécificité de la gestion de cas n'apparaissant pas très clairement. Elle constitue une innovation de petite portée, et se présente surtout comme une fonctionnalité supplémentaire aux métiers lui préexistant. Si son utilité semble plus que modeste à l'égard des rapports entre les services généraux locaux et les services régionaux de seconde ligne qui fonctionnent en gros comme avant l'innovation, c'est surtout dans les rapports du réseau intégré de services local aux services spécialisés de troisième ligne qu'on lui reconnaît une véritable valeur innovatrice, ce qui est d'ailleurs fort important en vue de l'intégration des services pour des situations cliniques complexes qui requièrent de tels services spécialisés.

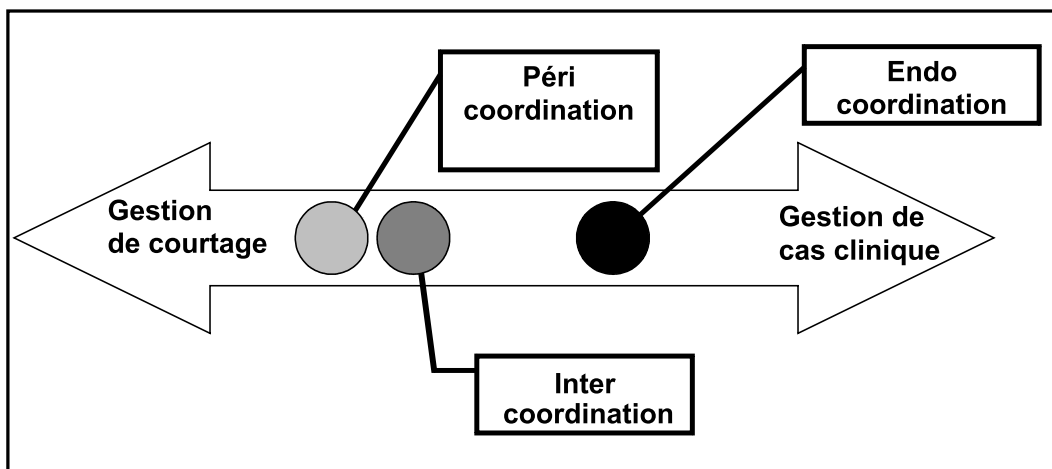
Le gestionnaire de cas est dans ce contexte un praticien comme les autres, avec un mandat administratif supplémentaire, mais secondaire à sa pratique clinique première. Puisqu'il est reconnu par les acteurs professionnels comme un praticien à part entière, il apparaît moins comme une condition favorable à une coordination systématique au plan institutionnel que comme un clinicien qui pourra prendre appui sur les conventions pratiques qui émergent à la faveur de la gestion de cas pour aller un peu plus loin en matière de coordination que les pratiques non-systématiques de jadis. Ce modèle de gestion de cas facilite donc la continuité tant informationnelle, d'approche que relationnelle, en autant qu'elle se situe dans le prolongement des façons de faire préexistantes à l'innovation. En fait, cette modalité tire toute son efficacité de son arrimage étroit aux pratiques informelles, comme elle en tire sa faible capacité à les transformer.

Figure 5.4  
Endocoordination



Ces trois reconstructions des adaptations locales de la gestion de cas se distribuent aisément sur un continuum conceptuel posant en un premier pôle la gestion de cas par courtage, en un second la gestion de cas dite clinique. Leur distribution sur ce continuum renvoie tout autant aux choix locaux qu'aux conditions particulières de l'implantation. Si une telle diversité est observable empiriquement, elle se pose donc aussi en objet de réflexion avant même l'implantation des éléments à prendre en considération dans l'élaboration de l'innovation.

Figure 5.5  
Continuum conceptuel de la gestion de cas



## **Quelques enseignements pour l'ajustement ou l'implantation en d'autres contextes de la gestion de cas**

La distribution des modèles empiriques de gestion de cas dans le continuum conceptuel précédent élucide selon nous le principal objet de réflexion que les promoteurs de la gestion de cas doivent considérer dans l'élaboration de leur projet, soit la part d'intervention clinique disciplinaire que le contexte doit, ou souhaite, conserver en regard du versant courtage de la gestion de cas. Le dilemme entre l'instauration d'une capacité coordonnatrice forte d'une gestion de cas dite de courtage et un modèle davantage clinique, qui prend son appui sur les continuités informelles cliniques préexistantes à l'implantation du dispositif, trouvera sa solution dans une analyse profonde de l'état de la situation qui sera notamment attentive aux formes concrètes de continuité préexistantes à l'implantation.

En fait, tant les théories que les savoirs probants sur la diffusion et l'adoption des innovations sont si nombreux et d'une si haute renommée que nous ne chercherons pas ici à les exposer à notre propos. Rappelons brièvement que les grandes conditions comme la qualité du leadership, les conditions de travail des travailleurs visés par l'innovation, le sens du changement pour les acteurs, le sens des résistances, etc., soient les conditions qui jouent le plus dans l'adoption d'une innovation, ont très certainement joué ici comme ailleurs. Nous voulons plutôt mettre en lumière dans la suite de ce texte quelques conditions particulières à notre objet qui ont favorisé l'émergence d'un modèle empirique plutôt qu'un autre.

De façon générale, il nous semble clair qu'il est incontournable de monitorer l'état préalable de la distribution des ressources dans le contexte visé par un nouveau dispositif d'intégration des services, et ce avant même d'élaborer le concept du nouveau dispositif. Par exemple, les rapports aux services tertiaires qu'entretiennent les acteurs locaux, les rapports avec les médecins de première ligne, les pratiques informelles de collaboration avec l'hôpital, plus encore les modalités informelles ou pragmatiques de continuité préexistantes à l'innovation entre les différents acteurs institutionnels ou le niveau de complexité de l'offre de services sont autant d'éléments qui orientent le choix de modèle. Il importe de les documenter en raison du fait qu'un nouveau dispositif qui prend appui sur les façons de faire positives préexistantes aura plus de chance de succès. Et cette continuité entre le passé et le futur n'a pas qu'une fonction d'efficience du changement, elle permet notamment d'assurer une certaine continuité au plan du sens du travail de chacun des acteurs impliqués.

De plus, les promoteurs de l'implantation d'un nouveau dispositif de gestion de cas doivent a priori énoncer leurs objectifs cliniques, notamment quant au rapport qu'ils souhaitent établir entre une intervention clinique et le rôle administratif ou institutionnel de la gestion de cas. Ici, il s'agit bien de réfléchir à ce qui caractérisera la professionnalité des gestionnaires de cas. Pour ce faire, une énonciation claire des objectifs de l'innovation est incontournable. S'agira-t-il de systématiser les pratiques de coordination existantes, d'induire de nouvelles pratiques ou alors d'animer une transformation en douceur de ces mêmes pratiques ? Ainsi



donc, le modèle choisi devra établir très tôt l'intensité de l'innovation à faire. Un modèle qui vise à transformer en profondeur les pratiques n'a pas les mêmes exigences qu'un modèle qui prend appui sur les pratiques informelles de continuité. En d'autres mots, le promoteur d'un tel projet devra établir la pertinence empirique de la gestion de cas au regard des besoins locaux de coordination.

Il faut bien entendu anticiper les pratiques de résistances actives mais surtout passives autour de l'implantation de la gestion de cas, non pas pour les mâter mais bien pour chercher à en comprendre le sens. Si la résistance peut être parfois une forme tacite de conservatisme, nous pensons qu'elle est surtout un message formulé aux promoteurs de l'innovation quant au sens du changement et aux conditions d'une mobilisation des acteurs à l'égard de ce même changement. Ainsi, de tels messages sont d'excellents lieux pour étudier les contextes de travail qui sous-tendent les résistances. Si de telles résistances sont constitutives du projet même de toute innovation, une bonne planification devra permettre à tous les acteurs du réseau intégré de services aux personnes âgées en perte d'autonomie, mais notamment ceux qui ont ou qui estiment avoir un rôle formel ou informel à jouer en termes de coordination (ex. : intervenants pivot, agent de liaison, etc.), de mieux comprendre la *plus value* de ce dispositif professionnel trop rapidement jugé comme strictement administratif. Le dédoublement perçu pourra alors faire l'objet d'une intervention spécifique des promoteurs de l'innovation.

L'un des principaux lieux de dédoublement perçu se trouve du côté du rapport entre la gestion de cas et les services à domicile réguliers hors gestion de cas. La tension est éventuellement observable notamment lors du passage d'un client entre la prégestion de cas et la gestion de cas. En fait, nous estimons qu'une gestion de cas trop repliée sur ses seuls clients provoque une rupture fondamentale entre des clientèles qui, dans la durée, risquent fortement de connaître une aggravation de leur perte d'autonomie. Une forte continuité entre les profils légers et les profils lourds permet selon nous de soutenir une continuité fondamentale qui allie les modalités formelles de continuité portées par la gestion de cas et les modalités informelles de la continuité que génèrent spontanément les liens cliniques entre acteurs professionnels de proximité. La conceptualisation locale de la gestion de cas devra chercher à considérer cette nécessité de ne pas instruire de cloisonnement entre ces deux clientèles, somme toute plus semblables que dissemblables.

Si nous avons observé quelques pratiques de résistance, nous avons également documenté de quelles espérances les intervenants chargeaient le projet de la gestion de cas. Ceux-ci formulaient notamment l'espoir que la gestion de cas, et plus largement l'intégration des services, favoriserait une certaine collectivisation de leur travail, trop souvent vécu comme une charge individuelle qui se réalise parfois à l'encontre du système. Le promoteur de la gestion de cas devra prendre en considération les espérances des participants pour soutenir leur engagement à long terme, sinon une certaine déception pourra s'ensuivre et conduire à un désengagement des acteurs<sup>17</sup>, notamment ceux dont les fonctions informelles de continuité clinique sont mal reconnues.

## Conclusion

### Une implantation en vagues successives

Certes, nombreuses sont les conditions locales qui jouent tant sur la réussite de l'implantation que sur l'adoption et l'adaptation locales de l'innovation. Notre travail à cet égard est incomplet. Nous proposons cependant au lecteur de retenir quelques idées maîtresses, dont la plus importante est celle-ci : l'innovation réside moins dans la capacité de conceptualisation d'un projet d'un promoteur, aussi clairvoyant soit-il, que dans la traduction qu'en feront les acteurs locaux. Le promoteur éclairé posera alors cette traduction non pas comme une forme de résistance mais bien comme une source d'information précieuse pour un ajustement du modèle aux conditions de sa réception. Au total, la séquence méthodologique de l'innovation sera la suivante :

- 1) état de la situation préalable, en tenant compte des pratiques effectives de continuité, des conditions réelles du travail et des attentes des divers acteurs ;
- 2) formulation du projet d'innovation, notamment quant aux besoins à combler ;
- 3) analyse de la traduction de l'innovation et de son adaptation réelle par les acteurs concernés ;
- 4) modifications des conditions du travail qui entravent l'innovation et réajustement du modèle lors d'une seconde phase.

On le voit, une implantation réussie réside moins dans une conception préalable maîtrisée et efficace de l'innovation qu'en un processus de conception itératif ouvert aux enseignements de la traduction qu'en font les principaux acteurs concernés. Ainsi, on peut tirer de nos travaux des principes, comme source d'inspiration, ainsi que des informations et des indicateurs d'une implantation réussie, comme repères utiles au travail des promoteurs. Mais les modèles proposés sont à lire moins comme une forme discrète de prescription à éventuellement transférer ailleurs que comme des paramètres de conception à prendre en considération avant l'implantation. Nous pensons surtout que nous contribuons à penser un début de méthodologie réflexive de l'implantation de tels dispositifs complexes. Là, se trouve selon nous, les enseignements les plus précieux.

Enfin, nous n'avons pas évoqué le rôle des personnes âgées elles-mêmes et de leurs proches aidants dans l'implantation de la gestion de cas. S'il est facile de convenir qu'il s'agit là d'une innovation d'abord institutionnelle, il l'est tout autant d'affirmer qu'elle n'a de sens qu'à partir du moment où elle est perçue utile par les premières personnes concernées, soit les personnes âgées. Leur perception d'une continuité accrue devrait être le premier indicateur de succès d'une implantation réussie de la gestion de cas.

### Références bibliographiques

1. Falzon, P. (2004). Ergonomie. Paris : Presse universitaire de France.
2. De Montmollin, M. (1984). L'intelligence de la tâche : essai d'ergonomie cognitive. Berne, Peter Lang.

3. Greenhalgh, T., Robert, G., MacFarlane, F., Bate, P. & O. Kyriakidou (2004). « Diffusion of Innovations in Service Organizations : Systematic Review and Recommendations », *The Milbank Quarterly*, vol.82, no. 4 : 581-629.
4. Oldenburg, B. F., Sallis, J. F., French, M. L. & Owen, N. (1999). Health promotion research and the diffusion and institutionalization of interventions. *Health Education Research*, 14, 121- 130.
5. Callon, M. (1986). *Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles St-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de St-Brieuc. L'année sociologique*, no. 36, p.169-208.
6. Yin, K. (1994). *Case study research. Design and methods*, 2<sup>e</sup> ed., Sage production editor, 170 p.
7. Vermersch, P. (2000). *L'entretien d'explicitation*, Paris, ESF.
8. Patton, M.Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*, Sage publication, 3<sup>e</sup> ed., 598 p.
9. Demazière, D. & Dubar, C. (1997). *Analyser les entretiens biographiques. L'exemple de récits d'insertion*, Paris, Nathan.
10. Zuniga, R. (1994). *L'évaluation dans l'action*, Montréal, Presses universitaires de Montréal.
11. Hébert, R., Tourigny, A. & Gagnon M (2004). *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*. Québec : Edisem.
12. Couturier, Y. (2006). *La collaboration entre travailleuses sociales et infirmières. Éléments d'une théorie de l'intervention interdisciplinaire*, Paris, L'Harmattan.
13. Leutz, W. (1999). *Five Laws for Integrating Medical and Social Services : Lessons from the United States and the United Kingdom*. *The Milbank Quarterly*, vol. 77, no. 1, 1999, p. 77-110.
14. Klein, J. (1996). *Crossing Boundaries. Knowledge, Disciplinarity, and Interdisciplinarity*, Charlottesville, University Press of Virginia.
15. Couturier, Y. (2003). *L'interdisciplinarité pratique entre travailleuses sociales et infirmières : De la nécessité de produire un récit-client commun*. *Revue canadienne de service social*, 19 (2) : 245-251.
16. Reid, R. Haggerty, J. et R. Mckendry (2002). *Defusing the Confusion : Concepts and Measures of Continuity of Healthcare*, Canadian health Services Foundation.
17. Chouinard, I. (2006). *Transformation des formes identitaires en contexte d'émergence du modèle de gestion de cas et enjeux pour le travail social, mémoire de maîtrise*, Université de Sherbrooke.

# Chapitre 6

## Perception d'efficacité des gestionnaires de cas

---

Anne Veil, Réjean Hébert

---

### **Points saillants**

Après trois ans d'implantation de la nouvelle fonction de gestion de cas dans les services aux personnes âgées en perte d'autonomie, nous souhaitons vérifier dans quelle mesure les gestionnaires de cas possédaient leur rôle, se sentaient en position de répondre adéquatement aux besoins de leurs clients et aussi jusqu'où les autres partenaires du réseau les reconnaissaient dans leur rôle de gestionnaires de cas.

Une recension des écrits sur certains déterminants de l'efficacité au travail des gestionnaires de cas met en évidence l'importance de situer le modèle de gestion de cas et les modalités d'insertion organisationnelle du rôle du gestionnaire de cas qu'on s'apprête à mesurer. Pour explorer davantage les facteurs spécifiques liés au travail du gestionnaire de cas auprès des personnes âgées en perte d'autonomie, nous avons utilisé une approche mixte : un questionnaire standardisé et la triangulation des résultats issus de l'analyse d'entrevues de groupe.

Les résultats font ressortir une perception d'efficacité de 79,4 % à Sherbrooke, de 85,9 % au Granit et de 67,7 % à Coaticook. La triangulation permet d'identifier que la perception d'efficacité repose sur quatre facteurs : les services en gestion de cas, le rôle de gestionnaire de cas, les relations et les ressources. Nous explorons les liens entre ces résultats et les modalités d'insertion organisationnelle du rôle des gestionnaires de cas, incluant la charge de cas, le fonctionnement en équipe et l'intensité des interventions.

Au terme de la démarche, nous retenons l'importance des déterminants environnementaux par rapport aux déterminants intrinsèques de la perception d'efficacité des gestionnaires de cas et l'influence marquée de l'état du réseau de services sur leur efficacité, notamment quant à la disponibilité des services, l'accès à une intensité de services et la collaboration consentie aux gestionnaires de cas par les partenaires.

Il y a peu d'information dans la littérature sur les pratiques des gestionnaires de cas (GC). La recension des écrits effectuée sur les modèles de gestion de cas et sur les charges de cas reflète qu'il s'agit d'une profession dont les contours sont méconnus, qui s'exerce dans des contextes fort diversifiés (hôpitaux, soins à domicile, services communautaires) et par des professionnel(le)s d'horizons différents comme le travail social, les soins infirmiers, la psychologie, les professions de la réadaptation. Les clientèles sont également différentes. La gestion de cas s'adresse à des clientèles plus ou moins vulnérables selon le rattachement organisationnel du GC et le but visé lors de la mise en place du service. En général, pour la gestion de cas clinique, il s'agit surtout de personnes vivant avec des maladies mentales et de personnes âgées en perte d'autonomie.

Bien qu'on commence à mieux connaître l'appartenance professionnelle des GC et leurs conditions de pratique, on ignore encore en quoi leur expérience est semblable ou différente selon les clientèles suivies. Ainsi, même si la littérature sur la gestion de cas du secteur de la santé mentale est importante parce que plus ancienne (30 ans environ), les données disponibles dans les articles sur les charges de cas notamment ne peuvent pas être utilisées directement pour le secteur des personnes âgées puisque le rôle, bien qu'il vise certains buts semblables (la non-institutionnalisation, par exemple), ne s'exerce pas de la même façon, les problèmes à traiter étant différents.

Cela dit, au terme du processus d'implantation de trois ans, nous souhaitons vérifier dans quelle mesure les GC en poste sentaient qu'ils possédaient leur rôle, qu'ils se sentaient en position d'agir pour répondre aux besoins de leurs clients et que leurs interlocuteurs les reconnaissaient à ce titre. Nous avons également le désir de vérifier ce qu'il en était de la charge de cas allégée qui était prescrite dans le modèle implanté en Estrie. Nous avons donc utilisé deux méthodes : l'une quantitative, avec un questionnaire d'efficacité déjà validé, l'autre qualitative, par des entrevues de groupe. Cette seconde série d'entrevues de groupe focalisées dans les trois territoires après trois ans de suivi était prévue avec les gestionnaires de cas, la première ayant été réalisée à mi-parcours. Sachant que le nombre optimal d'équivalents à temps complet de GC n'était atteint dans aucun des territoires, nous voulions savoir si les GC percevaient qu'ils pouvaient être efficaces dans les conditions dans lesquelles ils travaillaient. Les conditions d'exercice n'étaient ni idéales, ni identiques d'un territoire à l'autre, notamment quant aux modèles de gestion de cas mis en place et aux charges de cas. Devant cet état de fait, il devenait d'autant plus intéressant de voir dans quel territoire et sur quels aspects le sentiment d'efficacité apparaissait élevé ou faible. La comparaison des résultats obtenus dans les trois territoires et l'exploration de certains déterminants liés à l'exercice du rôle de gestionnaire de cas constituaient nos principaux objectifs.

## Déterminants de l'efficacité en gestion de cas dans la littérature

King et ses collègues<sup>4</sup> ont notamment identifié sept facteurs qui interviennent sur la performance du gestionnaire de cas en rapport avec la charge de cas : 1) la fréquence des contacts avec la clientèle ; 2) la difficulté de répondre aux besoins (*response difficulty*), certains cas étant complexes ; 3) le type d'interventions – certaines demandent plus de temps et d'énergie que d'autres ; 4) la compétence et l'expérience du gestionnaire de cas par rapport aux problématiques des clients suivis ; 5) la maturité de la charge de cas, entendue comme étant le nombre de nouveaux cas par rapport à l'ensemble, les nouveaux requérant davantage de temps ; 6) la distance à franchir pour desservir les clients ; 7) les autres rôles à tenir dans l'organisation par le gestionnaire de cas. Ces facteurs n'ont pas tous la même importance selon le but poursuivi. Par exemple, si un territoire met en place la gestion de cas essentiellement pour bonifier une fonction de liaison entre clients et pourvoyeurs de services, la charge de cas et le roulement seront élevés, mais la fréquence de contacts avec les clients moins grande, ce qui répond aux objectifs fixés. Par contre, si on a une visée d'intervention proactive pour prévenir les hospitalisations non nécessaires, la distance à franchir pour desservir les clients prend de l'importance puisqu'elle influence directement la fréquence des contacts en face à face ainsi que la création et le maintien d'une relation de confiance essentielle pour la réponse aux besoins des clientèles vulnérables âgées.

Pour sa part, Diwan<sup>2</sup> considère davantage le temps passé sur les fonctions centrales du GC et fait ressortir les déterminants de l'utilisation du temps (*time consuming*) qui vont au-delà des besoins physiques des personnes âgées. Ces déterminants sont : 1) les comportements problèmes des clients, 2) les problèmes dans le réseau de soutien informel et 3) les nouveaux clients. Une évaluation des choix prioritaires d'intervention des GC fait ressortir que ce sont les interventions directes auprès des clients que les GC valorisent. Les interventions indirectes, faites au téléphone et au bureau, mettent en lumière des réglementations administratives et des processus trop souvent contre-productifs et particulièrement exigeants en temps pour les GC<sup>1</sup>.

Nous utiliserons les données en provenance du terrain pour vérifier dans quelle mesure on y reconnaît ces mêmes déterminants et si d'autres facteurs émergent de l'analyse.

## Efficacité et modèles d'insertion organisationnelle en Estrie

Nous avons mis en rapport certaines données issues des trois territoires, avec l'objectif de vérifier si on pouvait établir un rapprochement entre les scores globaux obtenus au questionnaire sur l'efficacité et certaines conditions de pratique. Le tableau suivant pose les éléments descriptifs de l'implantation de la fonction de gestion de cas. Il permet de constater que les territoires ont implanté des modèles différents de gestion de cas et que les ressources et clientèles rejointes marquaient un écart par rapport aux attentes de départ.

Tableau 6.1  
Gestion de cas : charges de cas et insertion organisationnelle après trois ans

Descriptif	Sherbrooke	Granit	Coaticook
<b>Modèle de Gestion de cas</b>	Début : modèle à rôle unique* Ensuite : modèle hybride**	Modèle hybride**	Modèle mixte ***
<b>Appartenance profess. actuelle des GC</b>	Multidisciplinaire (T.S. ou arh, infirm., psy.)	Unidisciplinaire ouvert (T.S. ou arh, psy.)	Unidisciplinaire (T.S. ou arh)
<b>Nombre ETC atteint en GC après trois ans</b>	<b>15/19 ETC</b> (79 % des attentes)	<b>2,8 /3,5 ETC</b> (80 % des attentes)	<b>1,2/2,4 ETC</b> (48 % des attentes)
<b>Charge de cas (moyenne)****</b>	<b>37,9</b> (± 8,5)	<b>34,3</b> (± 4,6)	<b>56,8</b> (± 10,6)
<b>Nombre de clients rejoints</b>	<b>646</b>	<b>234</b>	<b>104</b>
<b>Attentes : nombre de clients Gcas / 10 % des 65 ans et plus non hébergés</b>	646 / 1 774 = 36,4 % des attentes	234 / 315 = 74,3 % des attentes	104 / 218 = 47,7 % des attentes

\* **Modèle à rôle unique** : rôle unique de coordination auprès de clients en gestion de cas uniquement.

\*\* **Modèle hybride** : cumul du rôle de coordination avec, en mineure, un rôle relié à sa profession d'appartenance (T.S., infirmière, etc.). Clientèle homogène admissible en gestion de cas.

\*\*\* **Modèle mixte** : cumul de rôles comme dans le modèle hybride, mais auprès d'une clientèle hétérogène (clientèle régulière du soutien à domicile + clientèle en gestion de cas).

\*\*\*\* **Les charges de cas** sont celles déclarées par les gestionnaires de cas au moment de l'administration du questionnaire sur la perception d'efficacité personnelle.

Les éléments de ce tableau serviront d'assise dans l'exploration des déterminants de la perception d'efficacité des gestionnaires ainsi que dans la discussion.

## Méthodologie

### Questionnaire ÉEPGC

L'instrument utilisé est la version française du Case Manager Personal Efficacy Scale (CMPES)<sup>(5)</sup> de King et coll. Ce questionnaire auto-administré a été validé

auprès de 278 gestionnaires de cas australiens œuvrant en santé mentale, dans des contextes variés. Les répondants provenaient de diverses professions : psychologie, service social, soins infirmiers, réadaptation, médecine. Ils ont tous rempli le questionnaire après avoir participé à un groupe de discussion focalisée.

Notre équipe de recherche a réalisé la version française (reproduite au tableau 6.4), avec l'aide de traducteurs professionnels, par la méthode de traduction renversée. La version française du questionnaire (Échelle d'efficacité personnelle des gestionnaires de cas – ÉEPGC) comporte 17 items avec échelle de Likert à 5 points d'ancrage allant de « rarement ou jamais » (1 pt) à « presque toujours » (5 pts). Le maximum de points qu'il est possible d'accumuler est de 85. Le questionnaire a été développé autour du concept d'efficacité personnelle décrit par Bandura (1993), cité dans King<sup>5</sup>, comme étant le degré auquel les individus se considèrent capables de performer dans une activité donnée. Une mesure élevée constitue un bon prédicteur de performance au travail.

Le nombre de participants auquel nous nous adressions (n = 25) était insuffisant pour nous permettre d'effectuer des tests statistiques poussés sur les données. Aussi avons-nous plutôt cherché, par la méthode de triangulation des résultats, à recouper les résultats du questionnaire avec les entrevues de groupe focalisées, en ayant pour objectif d'apporter des pistes de réflexion sur le rôle du gestionnaire de cas et sur la place de la charge de cas parmi d'autres éléments qui influencent l'efficacité personnelle.

### Groupes de discussion focalisée

Dans le but de vérifier si la gestion de cas s'était actualisée et si les ressources et outils à leur disposition leur permettaient de travailler de façon satisfaisante, nous avons réalisé des entrevues de groupe (discussion focalisée) avec des gestionnaires de cas, et ce à deux reprises. Une première fois lors de l'évaluation formative de l'implantation du réseau intégré, après 18 mois, dont les résultats ont été publiés dans le premier livre PRISMA<sup>3</sup>, et une seconde fois après 3 ans alors qu'on effectuait un bilan de leur expérience et de l'évolution de leur contexte de travail.

Nous avons tenu quatre groupes de discussion focalisée : deux dans la ville-centre et un dans chacun des territoires ruraux. Nous nous rendions sur place afin de limiter les déplacements et le temps requis des gestionnaires de cas et obtenir un taux élevé de participation. Les thèmes de discussion étaient annoncés avant la rencontre. Les deux groupes de Sherbrooke ont été composés sur la base de l'année d'engagement ; nous voulions ainsi mieux cerner l'expérience des anciens gestionnaires de cas, actifs depuis 2001-2002, ainsi que l'évolution de leur rôle et du contexte. Les gestionnaires de cas engagés plus récemment n'avaient pas connu l'époque initiale où le Comité local de concertation (CLC) était l'employeur des gestionnaires de cas et de ce fait, leur expérience pouvait être fondamentalement différente. Dans les territoires ruraux, cette distinction n'avait pas lieu d'être.



Nous avons invité tous les gestionnaires de cas à des entrevues d'une durée de 90 minutes environ, dont la dernière partie était réservée pour répondre individuellement au questionnaire sur l'efficacité personnelle. Tous les gestionnaires de cas ayant participé aux entrevues de groupe ont accepté de remplir le questionnaire sur l'efficacité personnelle. Toutes les entrevues ont été enregistrées sur support audio et transcrites intégralement par une personne externe indépendante.

Le traitement du contenu des entrevues a été effectué en fonction d'un objectif de triangulation des résultats. Après vérification auprès de l'auteur, l'échelle de King n'avait pas été élaborée à partir de sous-échelles du concept d'efficacité, les items ayant été construits à partir des 13 activités de gestion de cas décrites par Kanter<sup>4</sup> et complétés par les prescriptions de rôle du programme de gestion de cas en santé mentale de l'Australie. Nous avons procédé à l'analyse d'une première entrevue, ce qui a permis de ressortir, par processus inductif, quatre grandes dimensions de l'efficacité :

- 1) les services en gestion de cas (items n<sup>os</sup> 1, 2, 3, 5, 11 et 12) ;
- 2) le rôle de gestionnaire de cas (items n<sup>os</sup> 6, 8, 13 et 16) ;
- 3) les relations (items n<sup>os</sup> 4 et 10) ;
- 4) les ressources (items n<sup>os</sup> 7, 9, 14, 15 et 17).

Par la même occasion, la fréquence des liens entre le discours des GC et les items du questionnaire a été observée. Ce test était concluant. L'appariement a donc été complété pour les trois autres entrevues.

## Résultats

### Caractéristiques des répondants

Nous avons obtenu un taux de réponse élevé, soit 92 % (n = 23) des 25 gestionnaires de cas (GC) qui étaient en poste au moment des entrevues de groupe focalisées qui ont eu lieu au premier trimestre de 2005. Comme le montre le tableau 6.2, les caractéristiques des répondants laissent voir que ce sont en majorité des femmes qui occupent ces postes ; elles ont en moyenne 4 à 5 années d'expérience auprès du même employeur, sauf à Coaticook où les intervenants sont des anciens avec une moyenne de 12 années auprès du même employeur. Leur expérience auprès des personnes âgées est considérable à Sherbrooke (moyenne de 10,3 ans) et à Coaticook (moyenne de 11,6 ans), alors que de plus jeunes intervenants au Granit cumulent en moyenne 3,5 ans d'expérience auprès des personnes âgées. À Coaticook, la mixité des charges de cas est apparente alors que 85 % de leur charge est composée de personnes âgées.

Tableau 6.2  
Caractéristiques des répondants à l'ÉEPGC

Caractéristiques	Sherbrooke	Granit	Coaticook	Total
	n = 15	n = 4	n = 4	n = 23
Sexe (F)	13 (86,6 %)	4 (100 %)	3 (75 %)	20 (87 %)
Âge (40 ans et +)	7 (46,6 %)	aucun	4 (100 %)	11 (47,8 %)
Expér. GC (ans)	2	2,3	2,2	2,1
Même –yeur (ans)	4,7	5,3	12,1	6,1
Exp. avec p.a. (ans)	10,3	3,5	11,6	9,3
Clients > 65 ans	99 %	98 %	85 %	97 %

Puisque la charge de cas constitue une variable importante qui conditionne l'efficacité, nous avons demandé aux gestionnaires de cas de remplir une fiche qui comportait des renseignements de nature socioprofessionnelle, en particulier la charge de cas qu'ils avaient au moment des entrevues de groupe. On remarque, dans le tableau 6.3, que Coaticook présente la charge de cas moyenne la plus élevée.

Tableau 6.3  
Charge de cas des gestionnaires de cas par territoire

Charge de cas	Sherbrooke	Granit	Coaticook
Médiane	36 cas	35 cas	55,5 cas
Moyenne (e.t.)	37,9 (± 8,5)	34,25 (± 4,6)	56,8 (± 10,6)
Moyenne (e.t.) ajustée en ETC*	37,9 (± 8,5)*	36 (± 2,2)*	60 (± 7,8)*
	↓ charge modérée à élevée		↓ charge très élevée

\* La charge de cas a été ajustée, individuellement, en fonction de l'équivalence à temps complet (ETC). Par exemple, si le GC travaillait 4 jours sur 5 de façon habituelle, on divisait la charge de cas par 0,8 – ce qui permettait d'établir une moyenne conséquente et comparable.

Selon la catégorisation des charges de cas effectuée par King<sup>5</sup>, la responsabilité de 34 à 46 personnes constitue une charge modérée à élevée ; une charge très élevée comprend de 47 à 80 cas. Dans l'étude australienne, la charge de cas était pondérée en fonction du statut de travail (demi-temps, par exemple) et en fonction du temps réel consacré à exercer les fonctions de gestion de cas. En Estrie, nous avons pondéré la charge de cas en fonction de l'équivalence à

temps complet (ETC) et non en fonction du temps réel d'exercice du rôle car nous ne disposons pas des heures réelles d'intervention hors du temps consacré aux activités d'administration, de formation ou à des absences.

Les résultats cumulés pour chacun des items pour l'ensemble des gestionnaires de cas sont présentés par territoire puisque les pratiques sont similaires à l'intérieur d'un même territoire mais pas nécessairement d'un territoire à l'autre. Les décideurs gestionnaires avaient choisi des modèles d'insertion organisationnelle des GC en fonction de leur contexte local et des ressources disponibles, ce qui explique les variations.

### Perception d'efficacité : résultats globaux

La moyenne générale du sentiment d'efficacité des GC dans les trois territoires de la zone expérimentale atteint 77,7 %. Cela se compare aux résultats originaux de King et coll. qui montraient, pour une charge de cas modérée à lourde (34 à 46 cas), un résultat de 75,1 %. Dans le tableau 6.4, les résultats obtenus pour chacun des items permettent de vérifier lesquels obtiennent des résultats élevés ou faibles, ainsi que les différences entre les territoires.

Les items qui affichent les résultats les plus élevés ( $\geq 4$  sur 5) toutes régions confondues sont les suivants : n° 1 (connaissance des besoins), n° 2 (en mesure de répondre aux besoins aigus des clients), n° 3 (contact avec les clients hospitalisés), n° 7 (savoir vers qui se tourner), n° 8 (idée claire du rôle), n° 12 (connaître le milieu de vie des clients) et n° 16 (défendre efficacement ses clients). Les items avec les plus faibles résultats, sous la marque de 3,5 points, sont les suivants : n° 9 (disponibilité de services d'assistance lors de crises) et n° 14 (temps requis pour répondre aux besoins des clients).

L'item portant sur le trop grand nombre de rôles (n° 13) donne des résultats mitigés. Il apparaît au tableau 6.4 avec son résultat inversé puisqu'il est le seul item formulé à la négative. Donc, dans ce tableau, plus la cote est élevée, plus il est facile pour les GC de cumuler les rôles. Puisque les modèles hybrides de gestion de cas prévoyaient un rôle de coordination de services avec, en mineure (< 20 %), une partie de leur rôle professionnel d'appartenance (actes en soins infirmiers ou interventions spécifiques de travail social), la question avait son importance. On constate que c'est le Granit qui exprime le plus d'aisance avec l'ensemble des rôles du GC (3,75 pts), suivi par Sherbrooke (3,36 pts). Coaticook, qui a adopté un modèle mixte affiche une moyenne de 3 points. Ces résultats suggèrent que les GC des trois régions éprouvent une certaine difficulté à assumer l'ensemble des rôles attendus d'eux, quel que soit le modèle d'insertion organisationnelle de leur fonction (hybride ou mixte), mais cette difficulté est plus marquée en modèle mixte.

Tableau 6.4  
**Résultats sur la perception d'efficacité  
dans les trois territoires expérimentaux en Estrie**

Items	Sherbrooke N = 15 Cote/5pts	Granit N = 4 Cote/5pts	Coaticook N = 4 Cote/5pts	Tous N = 23 Cote/5pts
1. J'ai une connaissance adéquate de l'état et des besoins actuels de mes clients.	3,87	4,50	4,25	4,04
2. Je suis en mesure de répondre aux besoins aigus de mes clients.	4,20	4,50	<b>4,00</b>	4,22
3. Je garde le contact avec mes clients lorsqu'ils sont à l'hôpital.	4,50	<b>5,00</b>	2,75	4,28
4. Je suis confiant que mes clients me le diront s'ils ont un urgent besoin de moi.	3,67	4,00	3,25	3,65
5. J'ai le sentiment que j'offre un bon service à mes clients.	3,60	<b>5,00</b>	3,50	3,83
6. Je me tiens à jour dans le travail de bureau et la tenue de dossiers de mes clients.	3,93	4,50	2,75	3,82
7. Lorsque le cas d'un de mes clients me tracasse, je sais vers qui me tourner pour obtenir aide et assistance.	<b>4,67</b>	4,50	3,50	<b>4,43</b>
8. J'ai une idée claire de mon rôle de gestionnaire de cas pour mes clients.	<b>4,60</b>	4,50	3,50	4,39
9. Des services d'assistance sont disponibles pour mes clients en cas de crise.	<b>3,36</b>	4,25	<b>2,25</b>	<b>3,32</b>
10. Je maintiens des liens étroits avec les autres professionnels qui interviennent auprès de mes clients.	4,13	4,00	3,25	3,96
11. La famille et les soignants de mes clients me contactent en cas d'inquiétude.	3,90	4,25	3,50	3,89
12. Je connais bien le milieu de vie de mes clients.	3,73	4,75	<b>4,50</b>	4,04
13. J'ai de trop nombreux rôles à jouer pour être vraiment efficace comme gestionnaire de cas (inversé)*.	3,36	3,75	3,00	3,36
14. Je dispose d'assez de temps pour répondre aux besoins de mes clients.	3,53	3,75	3,00	3,48
15. Je peux aider mes clients à obtenir des services de la collectivité.	3,86	4,50	3,75	3,95
16. Je peux défendre efficacement mes clients s'ils ont des difficultés avec des personnes ou des organismes.	4,33	4,50	<b>4,00</b>	4,30
17. J'obtiens régulièrement et suffisamment d'encadrement pour me soutenir dans mon rôle de gestionnaire de cas.	4,27	<b>2,75</b>	2,75	3,74
<b>TOTAL (%)</b>	<b>79,4 %</b>	<b>85,9 %</b>	<b>67,7 %</b>	<b>77,7 %</b>
<b>Moyenne par item (écart-type)</b>	<b>3,97 (0,41)</b>	<b>4,29 (0,34)</b>	<b>3,38 (0,60)</b>	<b>3,92 (0,34)</b>

\* Les résultats de cet item ont été inversés afin d'être compatibles avec les autres items, en raison de sa formulation négative.

## Résultats par territoire

Si on considère les résultats de chaque territoire, Sherbrooke obtient 79,4 %, avec une moyenne par item de 3,97. Le Granit atteint 85,9 % avec une moyenne par item de 4,29, alors qu'à Coaticook le résultat est de 67,7 % avec une moyenne par item de 3,38.

À Sherbrooke, les GC éprouvent des problèmes à obtenir des services d'assistance pour leurs clients et ils manquent de temps pour répondre aux besoins de leurs clients. Par contre, les GC savent vers qui se tourner s'ils s'inquiètent pour la situation d'un client et ils disent bien connaître leur rôle de GC. Au Granit, les GC estiment surtout manquer d'encadrement (2,75) pour les soutenir dans leur rôle et manquent de temps pour répondre aux besoins de leurs clients. Dans cette région, les GC ont fortement coté la majeure partie des items, dont deux ont atteint 5 points en moyenne (unanimité), c'est-à-dire les items n<sup>os</sup> 3 (contact avec clients hospitalisés) et 5 (sentiment d'offrir un bon service). À Coaticook, le problème de l'encadrement est relevé comme au Granit (2,75), mais plusieurs autres items sont cotés faiblement : n<sup>o</sup> 3 (contact avec clients hospitalisés), n<sup>o</sup> 6 (à jour dans les dossiers), n<sup>o</sup> 9 (disponibilité des services d'assistance), n<sup>o</sup> 14 (disponibilité du GC) – sans compter l'item sur les nombreux rôles qui a déjà été discuté.

## Résultats comparatifs

Outre l'item portant sur les rôles, les disparités entre territoires apparaissent sur cinq items et c'est surtout le territoire de Coaticook qui présente les résultats les plus faibles. On remarque un écart important dans l'expérience des GC concernant le suivi de leurs clients à l'hôpital – ce territoire, n'ayant pas de centre hospitalier, doit s'appuyer sur un hôpital urbain situé à environ 45 minutes de route. À Sherbrooke et au Granit, cet item apparaît satisfaisant. On voit aussi que les GC de Coaticook sont ceux qui cotent le plus faiblement sur l'item n<sup>o</sup> 14 (disponibilité des GC), ainsi que sur l'item n<sup>o</sup> 6 portant sur la tenue des dossiers et le travail de bureau. Quant à la disponibilité des services en cas de crise, les GC de Coaticook, plus encore que ceux de Sherbrooke, expriment un sentiment d'efficacité peu élevé à cet égard. Finalement, les deux régions rurales expriment un piètre sentiment d'efficacité au sujet des ressources d'encadrement pour les soutenir dans leur rôle, alors qu'en milieu urbain, la cote est supérieure. Il est intéressant de noter que le nombre de GC à Sherbrooke justifiait la présence d'une coordonnatrice qui offrait de l'encadrement aux GC. Le fait de disposer d'assez de temps pour répondre aux besoins de leurs clients est un item qui affiche un résultat général, pour les trois territoires, parmi les plus faibles (3,48 pts sur 5), de même qu'avec une lecture territoire par territoire, lorsque comparé aux autres items. Enfin, les GC qui travaillent en milieu rural obtiennent des résultats plus élevés que le milieu urbain sur leur connaissance du milieu de vie de leurs clients.

Le tableau 6.5 présente les résultats selon les sous-échelles (services en gestion de cas, rôle du GC, relations et ressources). On constate que les sous-échelles relations et ressources présentent des scores légèrement plus faibles que celles sur les services et sur le rôle de GC. Les relations avec les clients et les autres professionnels, ainsi que les ressources à la disposition du GC pour faire son travail sont les deux catégories dans lesquelles le sentiment d'efficacité des gestionnaires de cas est moindre. Les ressources qui soutiennent le rôle des GC sont de deux ordres. Les services dont leurs clients ont besoin (accès au bon moment, intensité requise, qualité) et les conditions qui sont faites aux GC à l'intérieur de leur organisation (degré de collaboration avec les membres de leur équipe multidisciplinaire, charge de cas, formation, encadrement, etc.).

Tableau 6.5  
Répartition des résultats sur l'efficacité en quatre catégories

Territoires	Services GC	Rôle GC	Relations	Ressources	Moyenne par territoire
Sherbrooke	3,97	4,07	3,90	3,95	3,97 (0,41)
Granit	4,67	4,31	4,00	3,95	4,29 (0,54)
Coaticook	3,75	3,31	3,25	3,05	3,38 (0,60)
<b>Moyenne par sous-échelle</b>	<b>4,05 (0,86)</b>	<b>3,98 (0,96)</b>	<b>3,80 (0,62)</b>	<b>3,79 (1,0)</b>	

### Exploration des déterminants de la perception d'efficacité des GC

Dans le but de mieux comprendre ce que recouvrent les résultats obtenus au questionnaire, l'analyse du contenu des entrevues de groupe réalisées avec les gestionnaires de cas immédiatement avant de répondre au questionnaire, a permis de croiser les résultats aux scores globaux et aux sous-échelles. En voici les lignes maîtresses, territoire par territoire.

#### *Sherbrooke*

Globalement, la perception d'efficacité des GC apparaît relativement équivalente dans les quatre grandes sous-échelles. Rappelons que les items cotés faiblement pour Sherbrooke sont ceux qui touchent la disponibilité des services lors de crises (item n° 9 avec 3,36 pts) et le temps disponible pour répondre aux besoins des clients (item n° 14 avec 3,53 pts). Les items avec les scores les plus élevés sont ceux portant sur le contact avec les clients hospitalisés (item n° 3 avec 4,5 pts), sur la possibilité d'obtenir de l'aide dans certains cas qui les tracassent (item n° 7 avec 4,67 pts) et sur la clarté de leur rôle comme gestionnaire de cas (item n° 8 avec 4,6 pts).

De façon générale, l'analyse fait ressortir une difficulté importante rencontrée par les GC quant à la disponibilité des ressources nécessaires pour leurs clients, notamment les services d'aide à domicile, mais aussi dans l'ensemble,

les GC relatent un problème d'accès à l'intensité requise des services. Par exemple, avoir un bain plutôt que deux par semaine, ou obtenir une journée au Centre de jour plutôt que les deux jours requis. Cette information est cohérente avec le résultat de 3,36 sur 5, la plus faible cote pour Sherbrooke. On remarque également que ce manque de ressources pour les clients est relevé comme un problème qui ne peut être résolu par le GC : « (...) *ce n'est pas nous qui avons le pouvoir décisionnel sur les services qui vont être donnés (...) on n'a pas de moyens d'aider ces gens-là* ». Un autre type de ressources requises pour effectuer le travail est de pouvoir disposer du temps nécessaire pour la clientèle. Avec un résultat de 3,53 points, Sherbrooke affiche une position mitigée. À l'analyse, on s'aperçoit que ce sont les nouvelles GC, pour la plupart recrutées au CLSC dans les postes d'agents de relations humaines (a.r.h.), qui expriment de la satisfaction face à une charge de cas plus limitée que celle qu'elles connaissaient auparavant. « (...) *C'est aidant d'avoir une charge de cas moins élevée, on peut aller beaucoup plus en profondeur dans l'intervention.* » Les plus anciennes gestionnaires de cas, ayant connu le modèle à rôle unique où elles n'avaient pas à cumuler les tâches d'intervenant pivot du CLSC, expriment quant à elles une surcharge. « (...) *Au niveau de la gestion de temps dans notre rôle d'intervenant pivot, ça demande beaucoup plus de temps pour faire le travail, et c'est vrai que moi aussi je me trouve à délaissier des dossiers (...) Je ne suis pas bien là-dedans, puis c'était pas comme ça avant là. C'était pas ça du tout avant. Mais je suis très mal dans ça. (...).* » Finalement, l'encadrement professionnel, vu comme une ressource de soutien, est très apprécié par les GC de Sherbrooke. « (...) *Quand on parle de discussions de cas à l'interne (...), moi je pense que c'est toujours aidant (...) – (...) c'est pour uniformiser notre pratique et c'est très aidant.* »

Dans la catégorie d'items portant sur les services, les GC peuvent discuter de façon positive ou négative de leur expérience professionnelle, exprimée par un résultat de 3,97. Par exemple, lorsqu'un client est hospitalisé, certains GC sont sensibles aux contraintes du milieu hospitalier et expriment un malaise : « (...) *Quand je vais à l'hôpital, j'ai souvent l'impression de déranger (...) (leur attitude exprime...) encore le mozzus de GC puis ça demande du temps, puis on n'a pas le temps. (...).* » Un autre GC fait plutôt ressortir les avantages cliniques d'un suivi effectué lors de l'hospitalisation : « (...) *Admettons que mon client est à l'hôpital, je le connais ; quand je parle au médecin, je sens vraiment que ce que je dis, c'est ça (...) je trouve que ça a un impact, ça donne de la crédibilité dans les interventions.* »

L'un des aspects spécifiques du rôle du GC consiste à défendre les intérêts de son client. À ce niveau aussi, on retrouve des commentaires positifs et négatifs. La moyenne de cette catégorie est la plus élevée, atteignant 4,07 points. Certains trouvent que la charge de cas allégée est un atout pour mieux servir le client, parce qu'elle permet de mieux remplir le rôle de gestionnaire de cas. D'autres sont d'avis que l'insertion organisationnelle au CLSC, ayant eu pour

conséquence que les GC sont devenus intervenants pivots d'office, est une limite à la capacité d'agir de façon indépendante, avec la latitude que certains avaient connue au moment où une instance de concertation inter-organisationnelle agissait comme employeur des GC. Cette situation particulière n'a pas été vécue par la seconde cohorte de GC. Depuis l'intégration au CLSC, « (...) on a un casque bleu ligoté mettons... on n'est pas baillonné-e-s en tout cas. – (...) je trouve qu'on perd notre identité un peu comme gestionnaire de cas (...) on perd un peu de notre spécificité (...) des fois j'ai l'impression d'être intervenant ARH au CLSC comme avant au niveau du Comité d'allocation des services ». Dans un contexte urbain qui offre de nombreux services situés dans des installations distinctes, l'insertion organisationnelle du rôle de GC au CLSC est apparue comme déterminante sur la marge de manœuvre et sur la légitimité d'intervention au sein des autres services et organisations où le GC est amené en suivant son client dans sa trajectoire à travers l'ensemble des services du continuum. Ce qui distinguait le gestionnaire de cas de l'intervenant social (T.S. ou a.r.h.) était la spécificité de son rôle inter-organisationnel. Selon les GC qui ont vécu le phénomène, le rapatriement de la fonction au CLSC a eu pour effet d'amoinrir la spécificité inter-organisationnelle et de restreindre une légitimité d'intervention perçue comme plus étendue lors des débuts de l'implantation de la gestion de cas à Sherbrooke. Ce rapatriement a donc eu des impacts sur les tâches du GC, dont certains rôles administratifs supplémentaires, lesquels ont eu à leur tour des répercussions sur l'organisation du temps des GC.

Dans la catégorie des relations, les items cotent relativement bien avec une moyenne de 3,95 points, par exemple face aux relations avec les clients avec lesquels les GC ont davantage de contacts : « On a une relation privilégiée en gestion de cas (...) on a 35 dossiers. Avant, (quand j'étais) ARH, je n'aurais pas eu le temps de mettre autant d'énergie (puis) que j'en avais 100. » De même, au niveau des relations avec certains intervenants, dont les médecins, les améliorations sont appréciées par les GC : « (...) tu dis que tu es gestionnaire de cas, c'est bien correct, ils (les médecins de famille) prennent l'appel tout de suite ».

En conclusion, il ressort que le sentiment d'efficacité du GC n'est pas seulement influencé par sa performance individuelle dans les fonctions et tâches, mais semble être lié de façon notable à la capacité du réseau à répondre aux besoins des clients. Cet élément, relevé avec vigueur par les gestionnaires de cas, est sans doute dû au fait que la toute première ressource du GC est l'accès aux services requis, sans délai déraisonnable. Il faut rappeler que la description du rôle des GC les rend imputables envers leurs clients quant à la continuité des services, laquelle implique nécessairement plusieurs services publics, communautaires et privés sur lesquels les GC n'ont pas un contrôle direct.

### *Granit*

Globalement, le Granit démontre les résultats les plus élevés et se maintient en tête aussi dans chacune des catégories. L'élément le plus faible concerne les



lacunes en matière d'encadrement professionnel pour soutenir les GC dans leur nouveau rôle. Comme mentionné antérieurement, la question sur le nombre de rôles à jouer affiche une cote moyenne (inversée) de 3,75 points, et représente le second plus faible résultat pour cette région. Ex-æquo, l'item sur le temps disponible pour répondre aux besoins des clients, avec 3,75 comme résultat, traduit aussi une perception de performance moins élevée. Autrement, l'ensemble des résultats affiche des scores élevés, puisque 14 items sur 17 ont des résultats de 4 points et plus sur 5. Les trois items dont les scores sont les plus élevés concernent le fait de garder contact avec le client hospitalisé (item n° 3 avec 5 pts), d'offrir un bon service comme gestionnaire de cas (item n° 5 avec 5 pts) et d'avoir une bonne connaissance du milieu de vie des clients (item n° 12 avec 4,75 pts).

Dans l'exercice de triangulation, on retrouve davantage d'extraits d'entrevues qui démontrent un sentiment d'efficacité que dans les autres territoires, ce qui est cohérent avec les résultats du questionnaire. Dans la catégorie sur les services, qui présente la moyenne la plus élevée avec 4,67 points sur 5, ce sont les items qui impliquent une collaboration avec les hôpitaux de diverses régions qui retiennent l'attention, de façon positive. « *Mais moi je vais appeler (à l'hôpital) pour donner la réalité d'ici sur le terrain parce que ça va avoir un impact sur ce qui est en train de se passer au CHUS, majeur. Donc je veux parler à quelqu'un là-bas et je vais leur demander de me faire le suivi, mais c'est moi qui prends les devants, c'est pas eux qui vont vérifier si...(.)* ». Dans cette interaction, il semble que ce soit le GC qui doit prendre l'initiative de la communication et insister pour obtenir l'information. Une autre GC perçoit davantage l'amélioration de la réactivité du système depuis la mise en place du réseau intégré, notamment lors du congé hospitalier : « *Bien moi j'aurais tendance à dire que oui, je pense que ça se fait assez rapidement, même (que) ça n'attend plus une semaine avant que les services se mettent en place, aussitôt qu'on a le fax du CHUS ou du CHBE ça prend peut-être un ou deux jours puis c'est mis en place (...).* »

La question des relations avec la clientèle ressort assez positivement, avec une moyenne de 4 points : « *C'est rassurant pour eux ; s'il y a quelque chose, j'appelle ma gestionnaire de cas ou bien j'appelle le CLSC, ils ont ton nom (...).* » Les relations avec les autres intervenants se passent bien la plupart du temps, c'est surtout la disponibilité limitée de certains services qui contraint l'action des GC : « *On évolue, à l'interne, et à l'externe aussi je trouve que ça va bien avec les autres professionnels, tu sais, ils avancent.* » Quant aux interactions avec les hôpitaux, il arrive qu'elles soient encore difficiles à établir : « *(...) J'appelle pour leur dire, bon, (ce client) il est en gestion de cas avec moi, je leur dis « rappelez-moi si vous avez du nouveau ». J'ai jamais eu de retour d'appel, il faut que ce soit moi qui continue le lendemain, jour après jour, après jour, appeler au CHUS...* » Commentaire auquel on ajoute qu'il serait bien apprécié que le médecin de famille ait davantage accès au SIGG, de sa clinique, pour

consulter le dossier, ce qui constitue une autre façon de maintenir une relation entre professionnels qui travaillent dans un même dossier.

Au niveau des items sur le rôle, en seconde position avec une moyenne est de 4,31 sur 5 points, les GC du Granit estiment qu'il faut mieux faire connaître auprès des autres intervenants et de la clientèle ce qui distingue le GC des autres intervenants afin d'éviter l'argumentation, encore présente après 3 ans : « (...) *Qu'est-ce que c'est notre rôle, qu'est-ce qui nous distingue des autres intervenants, même auprès des partenaires des fois, c'est pas toujours évident. Il faut souvent débattre (...), c'est pas tout le monde qui est tout le temps d'accord aussi.* » Même si les GC du Granit cotent globalement des scores élevés, à l'exception du nombre élevé de rôles à assumer, l'entrevue fait valoir que la question du rôle demeure un sujet de préoccupation et qu'elle touche un ensemble d'intervenants, agissant comme une source de confusion, ce qui se répercute sur la qualité de l'interaction.

Enfin, pour les ressources accessibles pour le GC, le résultat global atteint 3,95 points, ce qui en fait la catégorie la plus faible au Granit. Les GC soulignent d'une part que les clients expriment leur satisfaction face aux services reçus et qu'une charge de cas établie à 35 cas est plus appropriée pour effectuer le travail qu'une charge de 40 cas puisque, en région, la distance géographique constitue souvent un obstacle, tant pour les clients que pour les GC qui doivent planifier davantage leur parcours dans leur zone territoriale. Le temps disponible pour répondre aux besoins des clients est tronqué par la distance à parcourir pour rejoindre les personnes géographiquement isolées. « (...) *Ça c'est une réalité territoriale, mais je trouve qu'elle s'applique à tous les niveaux, quand on parlait des critères pour l'admissibilité en gestion de cas, quand une madame qui est à 50 minutes du territoire... c'est difficile d'aller mettre des services en place, en tout cas tout ça c'est vraiment une réalité, moi je trouve, qui nous est propre quand même. (...) Puis on ne peut pas se permettre un suivi aux deux semaines admettons chez une personne qui habite aussi loin, et quand on le fait c'est...tu fais 100 kilomètres aller-retour là. [...] Ça fait qu'on fait ça nous autres régulièrement là. – On essaye de maximiser nos journées de... à l'extérieur, d'en mettre deux, trois dans le même village la même journée pour éviter de perdre du temps sur la route là mais...(...) mais c'est pas toujours possible(...).* » Ainsi, bien que la durée de travail pour un GC à temps plein soit la même d'un territoire à l'autre, l'intensité de services du GC en présence du client pourrait être moins importante pour les GC qui desservent les clientèles résidant dans des secteurs ruraux éloignés.

Par ailleurs, malgré le soutien que les GC reçoivent de leur supérieur pour les cas complexes, c'est l'encadrement professionnel sur la spécificité du rôle et des interventions du GC qui manque : « *Bien moi ce que je dirais par rapport à mon propre rôle de gestionnaire de cas, ce que j'aurais aimé davantage, c'est d'avoir plus de supervision dans l'accomplissement de mon rôle. D'être davantage guidée, alors pour moi c'est un peu un facteur contraignant. Ça aurait*

*facilité les choses d'avoir ça.* » Dans la balance négative, avec un résultat de 2,75 points seulement, c'est le fait que les remplaçants et les nouveaux GC n'ont pas eu accès à la formation spécifique sur le rôle du GC qui contribue au faible résultat de cette catégorie : « *C'est ça. Moi, je vais avoir la formation la semaine prochaine. (...) Ça fait deux ans que j'aurais dû faire ça (la formation). Ça fait que c'est un manque.* »

### *Coaticook*

Les résultats de Coaticook au questionnaire sur le sentiment d'efficacité ont été les moins élevés des trois territoires. Lorsqu'on regarde les résultats pour chacun des items, les cotes moins élevées sont réparties dans les quatre catégories. Toutefois, c'est la catégorie sur les ressources qui regroupe le plus grand nombre d'items faibles. Les quatre items où les gestionnaires de cas perçoivent une plus grande efficacité à Coaticook (4 et plus), concernent la connaissance des besoins actuels des clients (item n° 1 avec 4,25 pts) et de leur milieu de vie (item n° 12 avec 4,50 pts), la capacité du GC à répondre aux besoins aigus du client (item n° 2 avec 4,00 pts) et finalement la défense efficace des intérêts du client (item n° 16 avec 4 pts).

À propos du rôle du GC, on voit que les efforts du GC pour qu'une intervention soit effectuée au bon moment semblent ne pas avoir suffisamment d'écho, ce qui agit comme un frein à l'expression du rôle : « (...) *Je me dis, bien, le rôle du gestionnaire de cas, c'est justement, on les suit, on devrait les connaître [nos clients]. Tu sais, moi je me dis, ça fait 3 mois qu'à ce monsieur-là, il lui arrive toutes sortes de choses [des chutes], et qu'on aurait besoin d'une évaluation. C'était le temps, c'était le temps de le transférer [du centre hospitalier] à l'Institut. (...) Tout m'a été refusé partout.* » Il semble également qu'une perception partagée au sein de leur propre équipe multidisciplinaire concernant l'absence de reconnaissance d'une valeur ajoutée par la gestion de cas, ait des répercussions importantes, non seulement sur les gestionnaires de cas mais également jusque sur la clientèle : « (...) *La clientèle, je (ne) leur ai jamais dit que j'étais gestionnaire de cas. (...) si on n'est pas respecté ici par nos pairs... (- Exactement.) ... (qu'est-ce que) tu penses que ça peut leur dire, (à) la clientèle, qu'on est gestionnaires de cas, ça ne change rien (...).* »

Certains résultats touchant les services du GC sont moins élevés, notamment en ce qui concerne les interactions avec les services hospitaliers. Il ne s'agit donc pas seulement du souhait du GC de garder le contact avec les clients hospitalisés, il est impératif que l'autre partie réponde à l'appel : « *Ils (les intervenants du CH) ne savent pas qui on est, et on ne sait pas où est-ce qu'il est rendu notre client, on le cherche.* » On ajoute que les mécanismes de liaison ne sont pas suffisamment performants. Malgré ces difficultés, il ressort que la famille des personnes en perte d'autonomie sait à qui référer quand la situation est problématique : « (...) *Quand la dame était... est arrivée au CHUS, la famille a dit : « Ma mère a un gestionnaire de cas, elle s'appelle (nom de la*

GC), elle est à Coaticook, s'il y a quelque chose appelez-la. » Bien elle (la mère) est allée à l'hôpital, elle est revenue (chez elle), puis je ne l'avais même pas su, c'est la famille qui m'a dit : qu'est-ce qu'on fait, ma mère est à la maison puis elle a besoin de (plusieurs services) (...) Mais c'est la famille qui a avisé l'hôpital là. »

La catégorie des relations avec une moyenne de 3,25 points fait partie des scores les plus faibles. Il y a eu un temps où les GC percevaient mieux leurs relations avec les autres professionnels : « (...) Bien moi je trouve qu'il y a eu une époque, quand tu t'identifiais comme gestionnaire de cas, les inputs étaient plus faciles. Puis ça s'est comme perdu (...). » Ce momentum au début de l'implantation de la gestion de cas a favorisé certaines interventions, mais il semble qu'il n'agisse plus après 3 ans. « (...) C'est que tout ça [l'effet momentum du début], on dirait, s'est dilué un peu, nos collaborations sont moins évidentes, même au sein de l'équipe ici, on a été obligé de... ces temps-ci, il y a une grosse polémique sur la clarification de nos rôles. » Ces difficultés de fonctionnement et de compréhension du rôle, tant à l'interne qu'auprès des partenaires, peuvent entraîner des effets sur les relations et sur l'efficacité des collaborations. Ce qui est exprimé par les GC reflète la nécessité de travailler davantage pour améliorer la confiance mutuelle, la reconnaissance des rôles de chacun et la valeur de l'interdisciplinarité pour combler efficacement les besoins d'une clientèle vulnérable.

Toutefois, concernant l'aspect relationnel avec les clients et leur famille immédiate, la confiance et la perception de compétence envers son GC lui sont souvent exprimées : « Et quand je lui ai dit que j'avais mis sa mère en gestion de cas, j'ai vraiment senti que ça avait été... c'était rassurant pour elle. – Moi, ça, c'est fréquent ça par exemple. Que les aidants se sentent rassurés [...] Peu importe le nom que ça porte, ce qui les rassure c'est : il va y avoir quelqu'un qui va me « coacher » ou qui va me... dans la coordination des services requis à ma mère ou qui va être le chien de garde des services requis. (...) Parce que moi je ne suis pas en mesure de le voir, et puis vous autres vous connaissez ça. (...) Oui, ça, je l'ai fréquemment (...). »

Dans l'ensemble des ressources qui devraient contribuer à soutenir le GC dans son rôle, il ressort clairement, encore une fois, que le manque de temps constitue un facteur négatif qui entraîne plusieurs conséquences, par exemple le fait de ne pas inscrire en gestion de cas autant de personnes que souhaité, la difficulté de remplir ses responsabilités professionnelles en même temps que l'ensemble des tâches administratives : « Je manque de temps, avec tous les comités que j'ai à faire, avec toutes les autres... je manque... c'est là-dessus que j'épargne du temps, de ne pas les mettre en gestion de cas (...). » Le fait de devoir s'investir, en plus des interventions régulières, dans des tâches connexes, augmente une tâche déjà perçue comme lourde dans ce territoire. Cumuler des clientèles mixtes à l'intérieur d'une charge de cas qui n'est pas réfrénée par l'instauration d'une liste d'attente concourt à la perception de surcharge. À cela

s'ajoute le problème de l'éventail insuffisant de services dont le territoire dispose pour répondre aux besoins de sa population, ainsi que la disponibilité limitée des services existants. Un sentiment d'impuissance est exprimé et la frustration est palpable dans cet extrait : « *Notre problème est bien plus notre plateau de services qui n'est pas suffisant là pour répondre aux besoins. – Tu sais, je gère quoi là, je gère quoi dans le PSI, des fois j'ai pas grand-chose à gérer là. – Je gère la mobilisation de la famille, point, puis l'épuisement de la famille, hein, c'est ça.* » De plus, les GC nous signifient que l'encadrement professionnel est insuffisant, évalué par un score de 2,75 points sur 5 à cet item. Nous n'avons pas d'extrait d'entrevue pour appuyer ce résultat. Finalement, à l'item 5 sur le sentiment du gestionnaire de cas d'offrir un bon service, un résultat global autour de 3,5 sur 5, pourrait être lié au fait que les ressources ou les moyens concrets d'offrir le bon service au bon moment, ne sont pas au rendez-vous, ce qui amoindrit le sentiment d'efficacité du GC. Sur cet aspect, les gestionnaires de cas de Sherbrooke et de Coaticook expriment un point de vue semblable.

### **Exploration des déterminants issus de l'expérience estrienne**

Différentes mesures et observations ont été effectuées au cours de l'implantation des six composantes du réseau intégré, dont la gestion de cas. Nous avons mis en rapport certaines données en provenance des GC des trois territoires, pour vérifier si on pouvait établir un rapprochement entre les scores globaux obtenus au questionnaire sur l'efficacité et certaines conditions de pratique, soit le modèle d'insertion organisationnelle de la gestion de cas implanté dans leur territoire, le fait de travailler en équipe ou seul et la proportion des dossiers qui reçoivent des interventions intensives par rapport à ceux qui obtiennent une faible intensité.

#### **Charges de cas et modèles d'insertion organisationnelle**

On remarque qu'il y a une similitude, dans les territoires du Granit et de Coaticook, entre la proportion de GC engagés et le pourcentage de clients rejoints par rapport aux attentes. Ainsi à Coaticook, 48 % des équivalents à temps complet (ETC) requis en gestion de cas étaient en poste et on pouvait dénombrer 48 % des clients ciblés qui avaient été rejoints. Au Granit, avec 80 % des ressources requises, on rejoignait 74,3 % des clients ciblés. C'est à Sherbrooke que l'écart apparaît comme le plus important puisque avec 79 % des ressources, on avait rejoint 36,4 % des clients ciblés au moment du questionnaire ; une liste d'attente a été constituée lorsque le roulement des clients ne permettait plus de maintenir des charges de cas allégées.

L'autre élément à remarquer concerne le fait que la charge de cas moyenne à Coaticook est très élevée comparée aux deux autres régions et que cette charge est directement reliée au modèle mixte et au mode de fonctionnement sans liste d'attente qui est en vigueur dans ce territoire.

## Charges de cas et perception du mode de fonctionnement

La gestion de cas est essentiellement un rôle axé sur la collaboration interdisciplinaire, quel que soit le service auquel sont rattachés les professionnels avec qui le GC interagit au quotidien. La toute première « zone » de travail interdisciplinaire est l'équipe élargie du Soutien à domicile en CLSC. Lorsque nous demandions aux GC quel était leur mode de fonctionnement et si ce mode leur convenait ou bien s'ils préféreraient travailler autrement, nous avons constaté qu'à Sherbrooke environ la moitié des GC fonctionnaient en équipe ou en tandem et qu'ils étaient satisfaits de cette façon de faire (tableau 6.6). Trois personnes travaillaient seules et s'en trouvaient satisfaites alors qu'une seule disait travailler seule et souhaitait travailler autrement. Au Granit également, la moitié des GC fonctionnaient en équipe ou en tandem et s'en trouvaient satisfaits, alors qu'une personne fonctionnait seule et voulait qu'il en soit autrement. Finalement, à Coaticook, 75 % des GC fonctionnaient en équipe et en tandem tout en étant satisfaits de ce mode. Une personne toutefois fonctionnait surtout seule et ne souhaitait pas maintenir cette façon de travailler.

Au total, sur l'ensemble des 22 répondants à cette question, il y a 14 personnes (64 %) qui mentionnent un fonctionnement en équipe ou en formules mixtes incluant l'équipe. Cependant, neuf GC (41 %) ne mentionnent pas de fonctionnement d'équipe et le tiers de ces personnes souhaiteraient fonctionner autrement.

Étant donné la spécificité du rôle de GC et la complexité des cas, le fonctionnement interdisciplinaire semble avantageux et il est indiqué dans les modèles de gestion de cas qui adoptent une perspective clinique. Les discussions de cas clarifient l'orientation des cas difficiles et complexes tout en permettant à l'équipe des gestionnaires de cas de partager de l'information sur l'état du réseau et d'harmoniser leurs pratiques professionnelles. Si plus de 40 % des gestionnaires de cas ne mentionnent pas de fonctionnement d'équipe, nous pourrions émettre certaines hypothèses. 1. Le fonctionnement en tandem permet de s'épauler au quotidien parce qu'il ne requiert pas d'organisation d'horaires formels de rencontre ; il peut remplacer ou compléter un fonctionnement d'équipe. 2. Le fonctionnement individuel pourrait indiquer qu'il s'agit de GC qui font partie de « l'équipe initiale » de gestion de cas qui interagit essentiellement par téléphone et qui maintient une charge de cas très élevée ; il peut également indiquer, pour les trois gestionnaires de cas dispersés dans les trois territoires qui voudraient fonctionner autrement, qu'il y a une indication d'un besoin de systématisation du recours à l'équipe (dans quelles circonstances est-ce indiqué, ce qu'on peut attendre d'une discussion d'équipe concernant les clients, ce qu'on ne peut pas en attendre, les objectifs de travail et les différentes modalités qu'une rencontre d'équipe peut adopter, etc.), dans le but de mettre au service de l'équipe toutes les ressources de cette équipe et, au besoin, d'avoir recours à des ressources externes.

Ces résultats sur le mode de fonctionnement, dans leur rapport avec la charge de cas, ne semblent pas liés directement. Par contre, la charge de travail (nombre de cas suivis plus responsabilités organisationnelles connexes) qui est subjectivement décrite par les GC comme étant lourde dans les trois territoires, sans égard à la charge de cas, pourrait être un motif pour raréfier les discussions de cas formelles et informelles et induire un mode de fonctionnement individuel. De même, l'organisation de la supervision clinique qui apparaît nécessaire mais semble insuffisante, surtout dans les deux territoires ruraux, pourrait sans doute permettre d'améliorer le fonctionnement en équipe.

Tableau 6.6

**Perceptions des gestionnaires de cas sur leur mode de fonctionnement**

<b>Mode de fonctionnement (fc) des GC (n = 22)</b>	<b>Sherbrooke (n = 14)</b>	<b>Granit (n = 4)</b>	<b>Coaticook (n = 4)</b>
Fc perçu par équipe (n)	Équipe OK* (4)	Équipe OK(1)	Équipe OK (1)
Fc perçu équipe et tandem (n)	Équipe + tandem, OK (3)	Équipe + tandem OK (1)	Équipe + tandem OK (2)
Fc perçu par équipe+ tandem+seul (n)	Équipe + tandem + <b>Seul</b> OK (1)		
Fc perçu en tandem (n)	Tandem OK (2)	Tandem OK (1)	
Fc perçu seul (n)	<b>Seul-OK (3)</b> <b>Seul-NON** (1)</b>	<b>Seul-NON (1)</b>	<b>Seul-NON (1)</b>

OK\* : Ce mode de fonctionnement convient, le GC ne souhaite pas fonctionner autrement.

NON\*\* : Ce mode de fonctionnement n'est pas satisfaisant, le GC souhaite fonctionner autrement.

**Charges de cas et perception d'intensité des interventions**

Nous avons demandé, par écrit, après l'entrevue de groupe avec les GC, s'ils pouvaient estimer le pourcentage des dossiers qu'ils suivaient en fonction de l'intensité des interventions mensuelles effectuées dans ces dossiers. Il en est ressorti d'importantes variations entre les GC, dans les trois régions. Ce phénomène peut refléter la réalité mais peut également être dû au fait qu'on faisait appel à leur mémoire pour établir des proportions. Lorsque nous avons compilé leurs réponses, les médianes offraient un meilleur aperçu. Dans le tableau 6.7, on constate que 10 à 15 % des dossiers requièrent plus de 12 interventions mensuelles, ce qu'on considère comme une haute intensité d'interventions. Il y a une proportion semblable de 15 à 17 % des interventions qui n'ont qu'une faible intensité, soit environ 1 intervention par mois. La plus grande partie des dossiers reçoivent une intensité modérée d'interventions (de 2 à 12 par mois).

Nous avons associé la haute intensité d'interventions en gestion de cas aux dossiers qui sont dans la phase initiale d'évaluation et à ceux pour qui une demande d'hébergement doit être faite, un processus qui requiert souvent plu-

sieurs démarches, tant auprès de la famille qu'auprès des différentes instances administratives. La faible intensité correspondrait davantage au moment où la phase de mise en place des services est terminée. La situation est stable et ne demande qu'une surveillance régulière.

Tableau 6.7  
Perception des GC sur l'intensité des interventions

Intensité des interventions	Sherbrooke (médiane)	Granit (médiane)	Coaticook (médiane)
Intensité élevée (plus de 12 int./mois)	15 %	10 %	10 %
Intensité modérée (entre 2 et 12 int./m)	50 %	55 %	37 %
Faible intensité (environ 1 int. /mois)	15 %	17 %	17 %

Les résultats de Coaticook où on constate qu'une proportion moins grande de dossiers reçoit une intensité d'interventions élevée et modérée, s'expliqueraient par les charges de cas élevées, conjuguées aux responsabilités administratives. Les propos tenus dans l'entrevue de groupe semblent confirmer cette association. La tendance de l'intervenant consisterait donc à diminuer la proportion de dossiers qui bénéficient d'une intensité moyenne et élevée d'interventions, tout en s'assurant d'offrir une réponse à tous les clients sans avoir à recourir à une liste d'attente.

## Discussion

La charge de cas constitue un élément parmi plusieurs autres dont la présence concomitante dans un contexte donné, génère une synergie qui peut être positive ou négative, notamment quant à ses effets sur la perception d'efficacité du gestionnaire de cas. L'un de ces éléments de contexte est sans doute la part tenue par le projet de recherche, au sens où des attentes élevées étaient formulées au niveau du rôle et de l'efficacité des interventions des nouveaux gestionnaires de cas. Le contexte plus général de la disponibilité limitée des services (de base et spécialisés) apportait un élément de difficulté supplémentaire pour réaliser la tâche.

## Pistes dégagées par l'exercice de triangulation

Si on concentre notre attention sur les liens entre certains de ces résultats et les charges de cas, la triangulation nous a déjà permis de voir une relation directe entre la surcharge exprimée à Coaticook et le manque de temps. Au Granit, ce sont les kilomètres de distance qui ont été invoqués par les GC pour expliquer le manque de temps, même avec une charge de cas allégée. Il faut souligner que dans cette région, les GC avaient dû prendre des congés prolongés et que leur



retour devait s'accompagner d'une tournée auprès des partenaires pour reprendre contact, clarifier les rôles et les attentes de part et d'autre et encourager des collaborations axées sur les besoins des personnes âgées. Le territoire du Granit fonctionne avec cinq établissements de services hospitaliers généraux ou spécialisés dont un seul est sur leur territoire et leurs services de première ligne et d'hébergement sont répartis en divers points de services. La complexité de la structure de services est souvent invoquée en milieu urbain, mais ce territoire compose avec de nombreux partenaires, tous situés à bonne distance de l'établissement central du Granit. Cette structure particulière, conjuguée à la distance, introduit un niveau supplémentaire de difficulté. Le temps devient alors un élément non négligeable dans les aménagements de logistique et de coordination des services effectués par les GC.

À Sherbrooke, on aurait pu s'attendre à ce qu'une charge moyenne de 36 cas permette aux GC de remplir leur rôle avec aisance, d'autant plus que leur équipe bénéficie de services d'évaluation globale des besoins au guichet unique, de services spécialisés à proximité et d'une équipe plus importante de gestionnaires de cas. Pourtant, ce n'est pas le cas. L'ébauche d'explication qui suit est tirée de notre compréhension globale des conditions de pratique en milieu urbain telles qu'elles ont été décrites lors des entrevues de groupe.

1. L'équipe d'évaluation des besoins du guichet unique se déplace à domicile pour évaluer la nature exacte de la perte d'autonomie de façon à bien orienter la personne. C'est un gain indéniable qui permet d'orienter la personne au service approprié. Cependant, le fait que Sherbrooke n'ait pas complété l'engagement du nombre requis de GC créait une pression telle qu'il a fallu constituer une liste d'attente, gérée par « l'équipe initiale » de gestion de cas, composée alors de deux professionnels qui travaillent essentiellement par téléphone pour s'assurer que certains services plus urgents soient effectivement mis en place. Cette façon de faire peut occasionner que certaines personnes soient assignées en gestion de cas plusieurs mois après que la demande de services ait été faite. Dans ces cas, une réévaluation globale doit être refaite par le GC. Le gain du début n'est donc pas toujours un gain véritable.

2. Il y a davantage de services en milieu urbain, tant spécialisés que communautaires et les GC tentent d'obtenir ces services pour leurs clients, sans toutefois y parvenir nécessairement au premier appel puisqu'il y a souvent des mises en attente. Le fait d'avoir un client en attente pour un certain nombre de services requiert alors, pour chaque client, un suivi par rapport à cette attente ou une argumentation ultérieure pour obtenir priorité, lorsque requise. Dans les cas où la personne âgée n'a pas réponse à ses besoins et que le maintien à domicile est compromis, des efforts supplémentaires sont faits pour trouver des alternatives, de pair avec les membres de la famille s'ils sont en mesure de le faire. Si ce n'est pas le cas, il se peut qu'une demande d'hébergement soit rendue nécessaire. Le manque de ressources peut donc entraîner des interventions plus laborieuses que lorsque celles-ci répondent dès le moment où la demande est faite.

Voilà un point qui a le potentiel d'accroître la perception de lourdeur de la charge de cas. Cet aspect concerne le handicap, c'est-à-dire l'écart entre ce qui est requis et ce qui peut être fourni, tant par le réseau formel que par les proches aidants.

3. Dans un milieu urbain où l'achalandage des services est considérable, il y a également des équipes de professionnels et de techniciens plus considérables, ce qui crée des dynamiques spécifiques aux grands nombres, tant chez les clients que chez les intervenants. Ainsi, les rapports entre les GC et les auxiliaires familiales sont définis de la même façon d'un territoire à l'autre, quel que soit l'achalandage des clients et la grosseur des équipes, c'est-à-dire que l'ensemble des problèmes rencontrés par les auxiliaires familiales et sociales pendant les visites aux personnes âgées sont adressés aux gestionnaires de cas. Il semble toutefois, à Sherbrooke, qu'une proportion non négligeable des problèmes à régler (réparation d'un pantalon, achat de shampoing) soient des requêtes normales ne mettant pas en péril le maintien à domicile. À Sherbrooke, ces problèmes arrivent en nombre à un même gestionnaire de cas qui est la seule personne à pouvoir le régler selon l'organisation du travail en vigueur. Peut-être serait-il approprié de sonder davantage cette question pour voir si le temps des gestionnaires de cas (qui est rare, donc précieux) ne pourrait pas être utilisé davantage pour des situations cliniques qui requièrent leurs compétences et de confier à des chefs d'équipe d'auxiliaires la responsabilité de résoudre les problèmes quotidiens. En dégageant du temps, il serait peut-être possible que les gestionnaires de cas soient en mesure de suivre quelques clients de plus.

## Conclusion

La triangulation des résultats au questionnaire avec le contenu des entrevues avec les gestionnaires de cas nous fait voir que la perception d'efficacité semble souvent liée aux difficultés d'obtenir les services d'un réseau complexe, composé d'acteurs n'ayant pas tous le même poids et d'intervenants n'ayant pas tous le même degré d'information sur le rôle que les gestionnaires de cas tentent d'actualiser. De plus, les disparités entre les territoires ne permettent pas d'attribuer une même cause pour un effet donné, par exemple le fait de manquer de temps est attribuable à trois motifs fort différents d'un territoire à l'autre.

Ce qu'il faut principalement retenir de cet appariement des résultats concerne la force des déterminants environnementaux par rapport aux déterminants intrinsèques de l'efficacité. Les déterminants environnementaux, dans le cas qui nous occupe, représentent les contextes de pratique (la réactivité des services du continuum, le degré d'information des intervenants sur le rôle du gestionnaire de cas, la disponibilité et l'accessibilité des services, etc.). Ceux-ci peuvent agir comme catalyseurs ou comme freins à la mise en application du plan de services individualisé. Les déterminants intrinsèques concernent le fait de se considérer personnellement capable de réussir une activité ou une inter-

vention donnée. Ces deux catégories de déterminants introduisent un élément nouveau dans l'équation. En fait, une échelle d'efficacité pour les gestionnaires de cas devrait tenir compte de l'essence même de la fonction du gestionnaire de cas, c'est-à-dire les interactions avec les dispensateurs de services et avec les personnes âgées et leurs aidants, dont le succès n'est pas un phénomène unilatéral mais bilatéral. On ne peut pas, par exemple, forcer un partenaire à collaborer, à modifier ses pratiques, à communiquer efficacement, etc. Nous avons été à même de constater que lorsque l'interaction avec les services résulte en échecs répétés, le GC se sent moins efficace, même si son intervention a été correctement effectuée selon sa perception. L'interaction entre le GC et ses clients (et aidants) n'est pas ressortie comme facteur d'influence dans l'exercice de triangulation. Cependant, la littérature fait ressortir que la difficulté rattachée aux caractéristiques de certains clients et de certains aidants (ou encore l'absence d'aidant) peut devenir un élément de difficulté pour compléter la mise en place de services. Ainsi, Diem<sup>1</sup> relève que la charge de cas composée de personnes âgées doit être mise en rapport avec la composition de la charge de cas, c'est-à-dire les caractéristiques des clients qui composent cette charge, puisque certains clients ou aidants sont plus difficiles que d'autres à desservir. Pour sa part, Diwan<sup>2</sup> étudie le temps passé sur les fonctions centrales du GC et fait ressortir les déterminants de l'utilisation du temps (*time consuming*), lesquels vont au-delà des besoins physiques des personnes âgées. Ces déterminants sont : 1) les comportements problématiques des clients, 2) les problèmes dans le réseau de soutien informel et 3) les nouveaux clients. Ces trois déterminants se retrouvent dans le discours des gestionnaires de cas.

Enfin, en ce qui concerne les résultats obtenus dans les trois territoires, nous retenons essentiellement que le rôle du gestionnaire de cas (ses fondements, ses objectifs, la spécificité de ses interventions, le lien avec les autres professions) est actualisé mais pour une partie de son potentiel après trois ans d'implantation. Le modèle mixte ne semble pas favoriser la spécificité de l'intervention, ce qui a pour effet que les partenaires, tout comme les gestionnaires de cas eux-mêmes et leurs collègues, s'interrogent encore sur le rôle. Pour les deux autres territoires avec modèle hybride de gestion de cas, souvent les GC ont une idée claire de leur rôle mais ils constatent que les professionnels et parfois même les collègues du service de Soutien à domicile n'ont pas une idée juste de ce qui est attendu du gestionnaire de cas et de sa contribution au réseau intégré. Un flou entoure aussi la justification de la charge de cas allégée par rapport aux collègues du Soutien à domicile.

En définitive, la perception d'efficacité personnelle des gestionnaires de cas semble influencée de façon prononcée par l'état général du réseau, soit en termes de disponibilité d'un ensemble de services du continuum, soit en termes d'accès à une intensité de services requis. Elle est également influencée par l'appui ou la priorité que la gestion de cas reçoit dans le réseau qui, à son tour, se répercute sur la qualité de la collaboration obtenue des différents dispensa-

teurs. Cette variable qui pourrait être catégorisée comme étant liée au contexte, accède à un tout autre statut dans le cadre de l'exercice du rôle de gestion de cas puisque la performance du système dans son ensemble (continuum de services aux personnes âgées) conditionne directement la capacité d'agir du gestionnaire de cas. Ces résultats devraient inciter les évaluateurs de performance et de qualité de service en cette matière à utiliser, en plus des indicateurs usuels (nombre de clients desservis, nombre d'interventions, durée d'attente et autres), des indicateurs de collaboration effective entre les gestionnaires de cas et l'ensemble des dispensateurs de services, y compris au sein de leur propre équipe d'appartenance dans les structures de Soutien à domicile en CLSC. Cette qualité de collaboration nous semble cruciale.

## Références

1. Diem, E., Alcock, D., Gallagher, E., Angus, D. et Medves, J. Looking beyond caseload numbers for long-term home-care case managers. *Care Management Journals*. 2001 ; 3 (1) : 2-7.
2. Diwan, S. Allocation of case management resources in long-term care : predicting high use of case management time. *The Gerontologist*, 1999 ; 39 (5) : 580-590
3. Hébert, R., Tourigny, A. et Gagnon, M. 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, dans Chapitre 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), EDISEM, 2004 ; 79-124.
4. Kanter, J. Clinical case management : definition, principes, components. *Hospital and Community Psychiatry*, 1989 ; 40 : 361-368.
5. King, R., Le Bas, J. et Spooner, D. The impact of caseload on the personal efficacy of mental health case managers. *Psychiatric Services*. 2000 ; 51 (3) : 364-368.



# Chapitre 7

## Les perceptions de continuité des services de clientèles âgées en perte d'autonomie suivies en gestion de cas dans le cadre de l'implantation du réseau de services intégrés\*

---

Anne Veil, Lynne Michaud, Réjean Hébert

---

Résultats d'une recherche portant sur le rôle des gestionnaires de cas et la continuité des services aux personnes âgées dépendantes.

### Introduction

Ce volet d'étude sur la continuité s'inscrit dans le cadre d'une étude plus vaste (PRISMA-Estrie<sup>1</sup>) qui a pour but d'évaluer l'implantation et l'impact de trois mécanismes, dont la gestion de cas, et de trois outils mis en place pour améliorer la continuité des soins et des services auprès des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave (Hébert, Durand, Dubuc, Tourigny, Groupe PRISMA, 2003). Trois territoires de l'Estrie, contrastés sur les plans sociosanitaire et sociodémographique, ont participé au projet. Au Québec, la gestion de cas est un nouveau rôle professionnel auprès des personnes âgées qui consiste à évaluer globalement les besoins des clients, à organiser et à coordonner les services requis, à représenter les intérêts des clients, à vérifier si les services sont bel et bien reçus comme prévu et à effectuer un suivi systématique. Le gestionnaire de cas<sup>2</sup> (GC) est imputable à la table de concertation des aîné(e)s quant à la continuité en ce sens qu'il a comme rôle de rendre compte à cette instance de ce qui est fait pour solutionner les problèmes ou prévenir les situations qui nuisent à la continuité. Notre objectif principal consiste à explorer les perceptions de continuité du système-client<sup>3</sup> et à identifier la part occupée par la gestion de cas dans leur expérience avec les services. Nous utilisons le terme système-client comme traduction de l'expression *caregiver-receiver dyad*

---

\* Reproduit avec l'aimable autorisation de *Intervention*, la revue de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, et paru sous : Les perceptions de continuité des services de clientèles âgées en perte d'autonomie suivies en gestion de cas dans le cadre de l'implantation du réseau de services intégrés. Anne Veil, Lynne Michaud, Réjean Hébert. *Intervention*, Décembre 2006 ; 125 : 97-108.

qui veut considérer le client et son aidant comme une dyade, notamment à cause du fait que leur relation et leurs besoins sont intimement reliés (Noelker, L., 2002) : 1) les besoins de l'un sont liés de près aux besoins de l'autre, surtout dans les couples, où il arrive que l'intervenant se demande qui est l'aidant puisqu'ils sont tous deux en perte d'autonomie ; 2) le proche aidant contacte des services pour obtenir ou réajuster l'aide et souvent il y aura partage de cette fonction avec le gestionnaire de cas ; 3) certains services offerts au client ont pour but de bénéficier au proche aidant (ex. : services de répit). Les besoins de l'un étant formulés en fonction des besoins de l'autre, on doit les considérer de la sorte pour établir un plan de services individualisé réaliste et réalisable dans un cadre de services à long terme.

## Revue de littérature

La continuité est une notion utilisée dans plusieurs contextes de gestion et de pratique professionnelle du domaine de la santé et des services sociaux et ses définitions reflètent la perspective des auteurs selon leur champ de pratique. On distingue deux domaines où la littérature sur la continuité est plus largement diffusée, celui de la santé physique (Shortell, 1976 ; Institute of Medicine, 1996 ; Starfield, 1998 ; Reid, Haggerty et McKendry, 2002 ; Biem J., Hadjistavropoulos, Morgan, Biem H.B. et Pong, 2003) et celui de la santé mentale (Bachrach, 1981 ; Sparbel et Anderson, 2000 ; Clément, Aubé, Bolduc, Damasse, Beaucage et Tremblay, 2003). Au Canada, le concept a été récemment étudié en contexte de soutien à domicile avec gestion de cas (Woodward, Abelson, Tedford et Hutchison, 2004). Il en ressort que les attributs de prestation des soins qui facilitent la continuité sont regroupés en deux dimensions : 1) la gestion des soins (planification, surveillance, coordination), 2) le service direct aux clients (sans rupture, cohérent, compétence professionnelle, surveillance continue, relation de confiance entre clients et soignants, opportun). Les groupes d'acteurs différents n'accordent pas la même priorité aux éléments de continuité. Ainsi, les clients se montrent peu enclins à considérer les éléments de gestion des services alors que le fait d'obtenir les services au bon moment est important pour eux, tout comme la compétence des intervenants, la relation de confiance et le fait de participer aux décisions.

L'intérêt actuel au Québec et au Canada pour mesurer la continuité s'est traduit par une recherche sur l'opérationnalisation du concept de continuité (Reid *et al.*, 2002). Trois types de continuité retiennent l'attention : 1) la continuité informationnelle permet d'adapter les soins à la personne et à sa maladie ; 2) la continuité relationnelle agit comme trait d'union entre les soins passés, présents et futurs, ce qui donne au patient un sens de cohérence et de prévisibilité ; 3) la continuité d'approche fait référence à un plan de services complémentaires et pertinents démontrant une cohérence. Au Canada, les récents travaux de Biem *et al.* (2003) soulèvent des dimensions nouvelles de continuité dont celle de l'autonomisation (*empowerment*), du confort du patient et de ses aidants ainsi que des imprévus liés au changement de lieu physique de la personne.

Avec les écrits de Shortell (1976), de l'Institute of Medicine (1996) et de Starfield (1998) aux États-Unis, le secteur de la santé physique détermine ses priorités autour du besoin de coordination des séquences de soins médicaux et mise sur la communication associée au facteur temps. Plus tard, le dossier clinique informatisé sera proposé comme moyen d'y arriver. Dans le domaine de la santé mentale aux États-Unis, Bachrach (1981) ainsi que Sparbel et Anderson (2000) introduisent des dimensions reliées à l'interdisciplinarité et à l'individualisation. Les travaux de Clément *et al.* (2003) au Québec distinguent les notions de continuité verticale (un même service au cours du temps) et de continuité horizontale qui résulte d'une liaison entre plusieurs organisations et services. Les sept dimensions de continuité retenues, inspirées de Bachrach (1981 et 1993) ainsi que de Panchansky et de Thomas (1981), font une large place à la notion d'accès, y jouxtant des concepts liés aux bonnes pratiques et aux besoins changeants des clients. Par exemple, l'adéquation et l'acceptabilité du service, la flexibilité et l'individualisation de la planification et de la prestation du service favorisant la participation aux décisions sont relevées comme des éléments de continuité envers ces clientèles vulnérables. Plusieurs auteurs font référence à la notion de continuité et celle-ci semble s'élargir pour s'adapter aux différents secteurs de services et aux particularités des clientèles puisqu'on ne dispose pas encore d'un construit théorique capable d'englober ces attributs en un tout cohérent.

Le rôle du gestionnaire de cas (GC) est généralement décrit comme un processus de planification, de recherche et de monitoring de services pour répondre aux besoins d'un client de façon appropriée et continue. Les activités reconnues du GC consistent à effectuer l'évaluation, la coordination des services, des activités d'éducation et de soutien (Wodarski et Williams-Hayes, 2002). Il est assez consensuel chez les auteurs de relever que les GC proviennent de deux principales professions, les travailleurs sociaux et les infirmières. Toutefois, de nombreuses variantes existent dans l'application du rôle et dans les pratiques des gestionnaires de cas, selon les clientèles desservies et selon le modèle appuyé par les organisations qui emploient les GC.

La littérature permet de dégager plusieurs modèles de gestion de cas qu'on peut classer en deux grandes catégories : 1) les modèles de type contrôle auquel appartient le modèle de courtage (*brokerage model*), centré sur les tâches, qui permet de viser des objectifs d'intervention à court terme et avec perspective linéaire – ce modèle cible des personnes capables d'effectuer elles-mêmes leurs démarches auprès des pourvoyeurs de services ; 2) les modèles de type préventif auquel le modèle clinique de gestion de cas (*patient-centered*) appartient. Ce modèle clinique est associé aux services à long terme et s'adresse à des personnes en perte d'autonomie modérée à grave. Il est défini comme un modèle plus élaboré de gestion de cas, centré sur le changement dans les relations entre les différents systèmes impliqués, pour servir l'intérêt du client. Il s'agit d'un processus clinique comprenant des interventions directes auprès des clients et de leur famille où la perspective du client est reconnue comme base d'arguments légitimes dans le



processus de prise de décision (Long, 2002). Lorsque les GC œuvrent auprès d'une clientèle gériatrique en perte d'autonomie modérée à grave, ils sont appelés à circuler dans les services médicaux et hospitaliers, les services de réadaptation et les services à domicile, tant du secteur public que privé, communautaire, coopératif et d'économie sociale. La multiplicité des services et leur fragmentation sont propices à des ruptures de continuité. Les GC travaillent constamment aux frontières de trois sphères : celle des services de santé, celle des services psychosociaux incluant les services à domicile et celle de l'administration (Couturier et Carrier, 2006).

En Estrie, le modèle de gestion de cas implanté est comparable au modèle clinique de gestion de cas. Dans les trois territoires couverts par la présente étude, les gestionnaires de cas étaient surtout des travailleurs sociaux et des agents de relations humaines (9 sur 12). Deux psychologues et une infirmière faisaient aussi partie des équipes. Du fait de leur formation à de nombreuses approches, les travailleurs sociaux sont familiers avec la perspective systémique, ce qui facilite leur travail dans les sphères psychosociales et administratives. Toutefois, certains sont moins à l'aise avec les éléments médicaux spécifiques aux personnes âgées (diagnostics, médication, soins physiques).

Notre intérêt premier dans cet article concerne la continuité telle que perçue par les systèmes-clients au niveau de l'ensemble des services du continuum, et ce, quel que soit le secteur auquel sont rattachés les services utilisés et la part de la gestion de cas dans leur expérience. La contribution que nous proposons est campée dans les secteurs des soins de santé, de la réadaptation et des services à domicile à long terme, dans un contexte d'intégration des services.

## **Méthodologie**

Notre étude est basée sur un devis qualitatif de type exploratoire et descriptif. La méthode de l'étude de cas multiples (typologie de Yin) a servi d'appui à la démarche. Nous avons favorisé l'approche qualitative comme stratégie de recherche puisque celle-ci permet une compréhension en profondeur de l'expérience des acteurs. La technique d'échantillonnage intentionnel par cas traceurs a permis de sélectionner des personnes suivies en gestion de cas qui présentaient une problématique définie. Nous avons établi deux trajectoires de soins prévisibles, l'une orientée vers un axe psychosocial de services (troubles cognitifs, dépression, changement de milieu de vie), l'autre vers un axe médical (accident vasculaire cérébral ou AVC, fracture de hanche), c'est-à-dire avec survenue d'un événement critique incluant hospitalisation et période de réadaptation.

Des entrevues semi-dirigées en face à face d'une durée de 40 à 60 minutes ont été effectuées. Le matériel d'analyse était constitué des transcriptions intégrales des entrevues, des plans de services individualisés (PSI) et des schémas des services reçus sur une période d'un an précédant l'entrevue. Après sélection, nous avons quatre cas traceurs AVC, quatre cas de troubles cognitifs et

quatre cas de changements de milieu de vie. En tout, 12 cas ont été étudiés. L'entrevue pouvait être effectuée soit avec le client, soit avec l'aidant, soit avec les deux simultanément.

Pour explorer les perceptions de continuité du système-client et identifier la part occupée par la gestion de cas dans leur expérience avec les services, nous avons utilisé la trame complète des services reçus, abandonnés, refusés et en attente durant la dernière année, telle que décrite dans le plan de services individualisé (PSI) et validée par les GC au cours d'une entrevue téléphonique systématique, puis avec les usagers durant l'entrevue. Ce processus de validation nous a permis d'obtenir une image fidèle de la réalité. L'analyse de contenu des transcriptions a été couplée à celle des schémas, pour comprendre la situation du système-client et dégager l'apport du GC à la continuité dans une situation complexe de soins et de services. Pour être inclus dans notre échantillon, les participants devaient : avoir 65 ans et plus (avec ou sans proche aidant), résider dans l'un des trois territoires participant au projet PRISMA-Estrie, s'exprimer en français, présenter un des problèmes traceurs, avoir un suivi en gestion de cas depuis plus de deux mois. Lorsque la personne âgée n'était pas en mesure de participer à l'entrevue, nous la faisons avec l'aidant qui transigeait avec les services.

## Résultats

### Description des participants

Aucun cas de fracture de hanche et de dépression n'a été recruté. Puisque nous n'exercions aucun contrôle sur le motif qui entraînait les changements de milieu de vie, nous avons constaté qu'ils étaient tous reliés aux troubles cognitifs, ce qui a contribué à une forte représentation de ces cas. Puisque la clientèle suivie en gestion de cas était constituée d'une part importante de personnes avec atteintes cognitives à divers degrés (30 % et plus), notre processus de recrutement s'en est trouvé influencé.

Les situations des personnes âgées rencontrées dans le cadre de cette étude comportaient toutes une offre de services à long terme. Pour certaines, la perte d'autonomie a été graduelle (troubles cognitifs) alors que pour d'autres elle fut soudaine, requérant une adaptation majeure de toutes les facettes de leur vie (AVC). Les répondants n'avaient pas tous une durée équivalente d'expérience dans le réseau de la santé et des services sociaux. Pour les huit cas avec problèmes cognitifs, les systèmes-clients possédaient une longue expérience des services de soutien à domicile, avec intervenant pivot du CLSC actif au dossier. Au moment des entrevues, 7 des 12 personnes âgées demeuraient à domicile : une habitait seule, trois habitaient avec un membre de leur famille (enfant ou fratrie) et trois avec leur conjoint. Dans quatre cas, les personnes âgées venaient de déménager soit en résidence privée, soit en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Enfin, une personne était à l'unité de courte durée gériatrique (UCDG) pour évaluation. Le tableau 7.1 qui suit présente les participants.

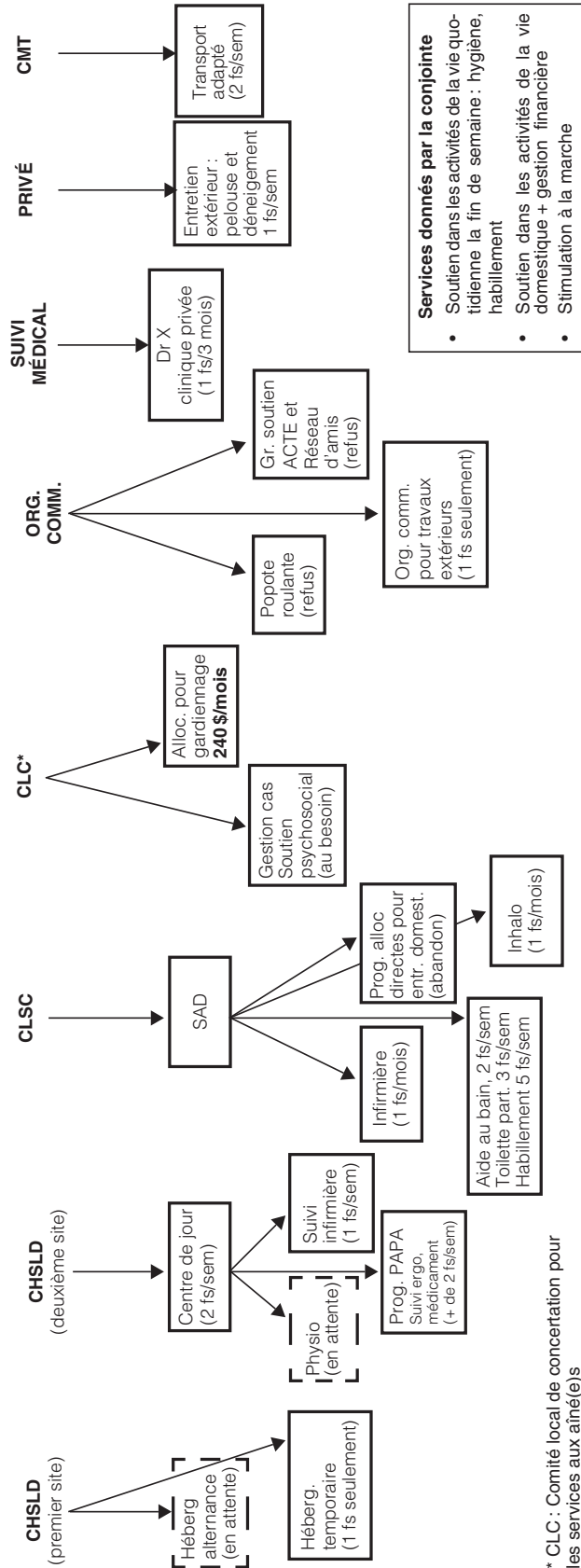
Tableau 7.1  
Répartition des cas traceurs

MRC	Âge client	Sexe	Cas traceurs	Durée de G. cas	Entrevue réalisée avec :	Nombre de participants
Urbain	91 ans	F	Tr. cognitifs	10 mois	Aidante seule (fille 53 ans)	1
Urbain	69 ans	F	Tr. cognitifs	7 mois	Aidant seul (conj. 74 ans)	1
Rural avec CH*	94 ans	F	Tr. cognitifs	2 mois	Aidant seul (fils 56 ans)	1
Rural sans CH**	70 ans	M	Tr. cognitifs	18 mois	Aidante seule (conj. 68 ans)	1
Urbain	66 ans	F	Chang. milieu de vie	21 mois	Aidant seul (conj. 70 ans)	1
Rural avec CH	65 ans	M	Chang. milieu de vie	12 mois	Aidante seule (belle-sœur de 54 ans)	1
Urbain	74 ans	M	Chang. milieu de vie	8 mois	Aidante seule (conj. 70 ans)	1
Rural sans CH	83 ans	F	Chang. milieu de vie	5 mois	Aidant seul (fils 44 ans)	1
Urbain	84 ans	M	AVC	11 mois	Client avec son aidante (conj. 64 ans)	2
Urbain	66 ans	M	AVC	15 mois	Client avec ses deux aidantes (sœurs de 70 – 68 ans)	3
Rural sans CH	78 ans	F	AVC	7 mois	Client avec son aidant (frère 83 ans)	2
Rural avec CH	66 ans	F	AVC	11 mois	Client	1
Nombre total de participants						16

\* Il s'agit d'une région éloignée des grands centres urbains, mais qui possède son propre centre hospitalier.

\*\* Région rurale située dans une relative proximité d'un grand centre – ne possède qu'une urgence sans possibilité d'hospitalisation sur place.

**Schéma des services : Cas tacteurs AVC**



\* CLC : Comité local de concertation pour les services aux aîné(e)s

**GESTION DE CAS ET COMPLEXITÉ DES SERVICES** Les schémas de services de notre échantillon en gestion de cas démontrent que non seulement un nombre important de services différents sont interpellés pour soutenir les clients dans la communauté, mais que ces services relèvent d'une variété d'organisations différentes, chacune avec ses modes de fonctionnement et ses contingences propres. Nous présentons l'un de ces schémas pour illustrer cette diversité ainsi que l'univers hétérogène où le gestionnaire de cas évolue pour que son client obtienne une réponse à ses besoins.

La perte d'autonomie engendre des besoins de services qui ne peuvent être retirés ou modifiés sans susciter d'importantes conséquences pour les personnes âgées et leurs aidants. Les entrevues des cas les plus lourds laissent entrevoir un état de dépendance face aux services, en particulier lorsque peu d'alternatives sont à la portée des aidants. L'importance de l'individualisation du service est marquée, aux yeux des aidants surtout, puisqu'ils sont souvent ceux qui jouent un rôle de gardien, soit en matière de qualité de vie immédiate de leur proche, soit en ce qui concerne l'alignement des décisions en fonction de valeurs reconnues comme siennes, particulièrement lorsque les atteintes cognitives l'empêchent de les faire valoir lui-même.

**GESTION DE CAS ET PERCEPTION DE CONTINUITÉ** De l'analyse des entrevues se dégagent trois groupes distincts selon le rôle tenu par le GC. On répertorie d'abord un groupe où le GC prend la responsabilité entière de négocier avec les services, ce qui dégage beaucoup l'aidant ; un second groupe où l'aidant conserve un rôle important dans la négociation avec les services, alors que la gestion de cas arrive en fin de parcours pour eux et enfin un cas unique où le système-client et les services formels avancent en parallèle. Ce cas unique (mode parallèle) en est un où la gestion de cas est peu perceptible. Bien que l'intervention ait été engagée par un GC, c'est un autre intervenant non formé à la gestion de cas qui l'a remplacé. L'analyse ne permet pas d'identifier un intervenant significatif ni en gestion de cas ni dans un autre service. L'approche d'intervention était constamment en réaction aux besoins verbalisés par le système-client, plutôt que dans un ordre proactif consistant à prévenir les problèmes avant qu'ils ne surviennent.

Dans le 1<sup>er</sup> groupe, l'intervention des GC en mode de coordination active est caractérisée par une prise en charge de la majorité des aspects de la problématique du système-client par le GC. Plusieurs de nos cas traceurs s'y retrouvent (7 sur 12). De façon générale, les clients et les aidants ont décrit une séquence de services très active et une relation positive avec leur GC. La principale préoccupation des systèmes-clients est de maintenir les services dont ils bénéficient. Les proches insistent également sur l'importance d'adapter les services dès que la perte d'autonomie ou la situation de l'aidant le requiert et parlent aussi du besoin d'assouplissement des formules (ex. : aide au lever et hygiène à heure fixe, diminution des obstacles bureaucratiques). Ils déplorent les difficultés posées par le roulement du personnel d'aide surtout. Lorsque la situation s'alourdit ou que les aidants

Tableau 7.2  
**Perceptions de continuité des systèmes-clients  
 en lien avec les interventions des gestionnaires de cas**  
**GROUPE n° 1 : gestion de cas en coordination active auprès des systèmes-clients**

Entrevue faite avec :	Cas traceur (type)	Perceptions de continuité portent sur ...	Étape vécue par le client*	Profess. du Gcas	Intervention centrée sur ...
Aidant-conjoint 70 ans	Troubles cognitifs 69 ans	Planifier et adapter les services selon la progression de la maladie Organisation des services du CLSC en fonction des besoins et disponibilités des clients Aidant accepte de déléguer à GC (confiance)	Faire face à l'étape de la fin de vie	Psycho	Protéger la santé de l'aidant en suppléant aux tâches de coordination et d'organisation
Aidant-conjoint 74 ans	Changement milieu de vie 69 ans	Intensité des services à domicile requise Relation de confiance et soutien du GC, délègue certaines responsabilités	Face à la fin de vie	Interv. social	Protéger la santé de l'aidant en suppléant au démarrage et à la coordination Soutien moral
Aidante-conjointe 68 ans	Troubles cognitifs 70 ans	Présence rassurante du GC soutient l'aidante anxieuse Constance et disponibilité du GC : besoin d'appui dans un climat familial tendu	Face à la fin de vie	Interv. social	Conseil et aide à la décision à l'aidante Soutien moral et surveillance des besoins de l'aidante
Aidé + 2 sœurs aidantes de 68 et 70 ans	AVC 66 ans	Améliorer la qualité de vie (sociale surtout) permet de continuer sa vie normalement Avoir un meilleur accès à des équipements adaptés	Mieux vivre avec la maladie	Infirm.	Protéger la santé et la sécurité de l'aide Coordination intense de services hospitaliers, infirmiers et médicaux
Aidée et frère aidant de 83 ans	AVC 78 ans	Avoir les services à domicile requis 7 jrs sur 7 pour vivre chez soi Disponibilité et fiabilité des services publics et privés sont essentielles Délègue certaines tâches de coordination – épaulés par le GC	Mieux vivre avec la maladie	Interv. social	Protéger la santé et la sécurité du frère et de la sœur Coordonner l'ensemble des services

\* Les étapes vécues par les personnes âgées à l'égard de la santé sont : 1. Rester en santé. 2. Guérir. 3. Mieux vivre avec la maladie. 4. Faire face à l'étape de fin de vie (Tourigny, A. – PRISMA-Estrie)

Entrevue faite avec :	Cas traceur (type)	Perceptions de continuité portent sur...	Étape vécue par le client*	Profess. du Gcas	Intervention centrée sur...
Fils aidant de 44 ans	Changement milieu de vie 83 ans	Importance majeure de la qualité de communication et de suivi du GC (information sur progression de la maladie et ses conséquences) Les interventions urgentes occasionnent des risques de ruptures (ex. : tensions familiales, relation de confiance, prise de décision partagée)	Face à la fin de vie	Interv. social	Protéger la sécurité de l'aidé Coordination pour changement de milieu de vie
Aidé et conjointe-aidante de 64 ans	AVC 84 ans	Fiabilité des affectations et compétences du personnel d'aide Confiance en GC, s'adresse volontiers au GC si problèmes Si les services sont trop longs à être installés, l'aidante dépasse ses forces (blessure) Problème d'envahissement des nombreux intervenants à la maison requiert bonne logistique du GC	Mieux vivre avec la maladie	Interv. social	Coordination active et démarches nombreuses pour l'aidé et pour protéger la santé de l'aidante

### GRUPE n° 2 : gestion de cas en mode d'appui aux systèmes-clients

Entrevue faite avec :	Cas traceur (type)	Perceptions de continuité portent sur...	Étape vécue par le client*	Profess. du Gcas	Intervention centrée sur...
Fille aidante 53 ans	Troubles cognitifs 91 ans	Savoir que des intervenants de confiance sont là en cas de besoin (réactivité) L'attitude d'ouverture de l'aidante donne accès à la continuité des services : individualisation de l'offre, souplesse des délais, horaires, etc.	Face à la fin de vie	Interv. social	Protéger l'aidante surtout par la vigilance Respect de la volonté de l'aidante à gérer elle-même les services
Fils aidant 56 ans	Troubles cognitifs 94 ans	Sans accès aux services d'aide la fin de semaine, répit impossible Augmenter les services d'aide selon la situation (disponibilité, flexibilité) Aidant se perçoit comme un maillon de continuité : sans ses interventions, sa mère serait hébergée depuis plusieurs années en CHSLD	Face à la fin de vie	Psycho	Sécurité de l'aidé Coordination des services d'aide à domicile Surveillance

Conjointe-aidante 70 ans	Chang. milieu de vie 74 ans	Même épuisée, elle coordonne tout elle-même Besoin d'accès à l'information pertinente sur les programmes et services, sans quoi incertitude et inquiétude vécue Stabilité du personnel et fiabilité des horaires des services d'aide Compétences du personnel appréciées Problème d'envahissement des nombreux intervenants à la maison difficile à soutenir	Face à la fin de vie	Infirm.	Coordination des services du PSI Surveillance durant l'attente de l'hébergement
Belle-sœur 54 ans	Troubles cognitifs 65 ans	Aidante assume la continuité mais difficilement Aidante effectue toutes les tâches de coordination, demande peu pour elle-même Ce que l'aidante demande pour l'aidé ne lui est pas accordé (souplesse d'horaire et fréquence des services d'aide) – aidante devient malade Remplacement du GC n'a pas évolué vers la confiance Enseignement requis sur la progression de la maladie pour soutenir l'aidante dans son rôle	Face à la fin de vie	Interv. social	1 <sup>er</sup> GC : Soutenir l'aidante par écoute et conseils sur les stratégies à utiliser envers l'aidé. Ajustement des services lorsqu'il est possible

\* Les étapes vécues par les personnes âgées à l'égard de la santé sont : 1. Rester en santé. 2. Guérir. 3. Mieux vivre avec la maladie. 4. Faire face à l'étape de fin de vie (Tourigny, A. – PRISMA-Estrie)



sont dépassés par l'ampleur de la tâche, les services de gestion de cas incluent du soutien à l'aidant. Si l'aidant est lui-même en perte d'autonomie, on remarque une plus grande réceptivité face à l'aide proposée par le gestionnaire de cas.

Le second groupe répertorie les interventions de gestion de cas qui correspondent au mode d'appui aux aidants, observé dans des situations où les services de soutien à domicile ont atteint une limite, parce que la personne âgée a besoin d'un milieu institutionnel ou que le décès est imminent. La gestion de cas est alors centrée sur la surveillance, en attendant que des places se libèrent en institution. À cette étape, parmi les quatre cas associés à ce mode d'intervention, tous présentent des troubles cognitifs graves et trois aidants manifestent un épuisement marqué tout en continuant à combler les besoins de leur proche. Habités à interpellier eux-mêmes les services qu'ils connaissent bien en raison de leur longue expérience, ils préfèrent parfois utiliser leurs propres contacts plutôt que de faire appel à leur GC. Il faut noter ici que le GC est arrivé dans leur dossier à la fin de leur parcours. Dans ces situations, il ne semble plus y avoir d'alternatives dans le registre du soutien à domicile. L'aidant est donc très actif alors que le rôle de GC en est surtout un d'accompagnement. Même si, dans quelques cas étudiés, l'aidant affichait une capacité évidente de négociation avec le réseau, l'image d'autonomie livrée par l'aidant ne doit pas masquer la nécessité d'une vigilance accrue du GC, particulièrement lorsque l'aidant est épuisé ou lorsque la relation de confiance est fragile ou n'est pas actualisée.

Des constats se dégagent de l'observation de ces deux groupes de clients. D'abord le fait que les GC adoptent un rôle relié à l'ordre de besoins des clients. À l'étape ouvrant sur la fin de vie, on observe moins de coordination, plus de démarches en vue d'un changement de milieu de vie, un rôle de vigilance accru afin de capter le moment où l'instauration d'une priorité d'accès à un service sera requise. Ces cas ont tous une problématique de troubles cognitifs. Alors que dans les quatre cas d'AVC, même lorsque la perte d'autonomie et les circonstances environnementales commanderaient un placement, si le besoin de la personne âgée est de s'adapter et de mieux vivre avec sa maladie ou ses handicaps, le rôle de coordination active du gestionnaire de cas est maintenu. En matière de continuité, cet échantillon de personnes souligne l'importance de l'accès, de la flexibilité, de la disponibilité des services ainsi que de la fiabilité du personnel (compétences, horaires) pour qu'elles puissent continuer à vivre chez elles.

Une autre observation concerne le fait que la perception de continuité du second groupe est essentiellement qualifiée par des ruptures sur différents plans : relations, informations, intensité de services, accès à des programmes d'aide, etc. Ces aidants ont en commun le fait de ne pas avoir délégué certaines parties de leur tâche au GC et de se percevoir comme un maillon important de la continuité de services de leur proche. Ils tendent à assumer toute la responsabilité seuls.

Enfin, on remarquera que la profession du GC n'intervient pas systématiquement dans l'attribution des cas, si bien qu'un cas AVC peut être suivi par un intervenant social et un cas de troubles cognitifs par une infirmière. De plus, notre

échantillon a permis d'avoir des cas suivis par les trois professions des gestionnaires de cas.

## Discussion

Pour l'ensemble des cas, la continuité est associée à un caractère à long terme ou de permanence de services qu'ils considèrent comme essentiels pour assurer leur maintien dans un cadre de vie familial et normal et, à ce titre, ces services doivent être prévisibles. Selon la perception des systèmes-clients, le champ de la continuité concerne surtout la répétition routinière de l'aide quotidienne et l'adaptation des services au fil du temps en fonction de l'évolution de la perte d'autonomie.

**FONCTIONS DU GC ET CONTINUITÉ DES SERVICES** Parmi nos cas traceurs, quelques GC ont été remplacés par des intervenants qui n'avaient pas reçu une formation approfondie sur le rôle. La rareté relative des gestionnaires de cas formés crée un problème de relève et de remplacement et entraîne un risque de rupture de continuité. Il est difficile d'assurer toujours le même intervenant auprès de la personne, à cause des imprévus ou des congés qui occasionnent des remplacements inévitables. Dans le secteur des services à domicile à long terme, toutefois, les difficultés associées au roulement du personnel pour le système-client sont importantes et mériteraient d'être mieux considérées dans l'organisation des services puisque la continuité relationnelle contribue à la constance et à la cohérence dans les services (Reid *et al.*, 2002). La spécificité du rôle de GC (approche gériatrique proactive) n'est pas observée lors des remplacements, ce qui constitue un bris de continuité.

De nos cas traceurs, nous retenons que tous n'ont pas les mêmes besoins de coordination de services et de soutien des proches, mais que ces besoins peuvent changer soudainement, obligeant le GC à trouver des solutions rapides et efficaces. Certains facteurs influencent l'étendue de l'intervention du GC : 1) l'ouverture du système-client envers les services ; 2) l'acceptabilité du service pour le système-client (modalités flexibles, stabilité et fiabilité du personnel et des horaires) ; 3) le degré insuffisant d'accès aux services ; 4) la capacité des proches d'assumer un rôle d'aidant et leurs limites. Plus les facteurs limitants s'additionnent dans un même cas, plus il s'alourdit, puisque les solutions alternatives se raréfient. Dans le registre de l'intervention psychosociale assumée par les GC, il nous est apparu que, bien que tout à fait nécessaire, elle semble assujettie à certaines conditions, notamment celle de l'évolution de la relation entre le GC et le système-client, ce qui demande de la disponibilité et une volonté partagée afin d'aborder les questions liées à la maladie, au placement ou à la fin de vie du proche. Les besoins psychosociaux semblent tenir moins de place dans le PSI que les démarches concrètes pour trouver, négocier et accéder à des ressources qui permettent le maintien à domicile. Nous avons quelques indications laissant entrevoir que ce travail est bel et bien effectué mais pas reconnu comme tel par les clients puisque littéralement imbriqué dans la dynamique relationnelle. Ces interventions touchent

souvent l'intimité de la famille : les sentiments, les relations et les événements vécus par les membres de cette famille, ainsi que les conflits non résolus ou latents qui tendent à refaire surface lorsque des décisions importantes se prennent.

**ÉLÉMENTS DISTINCTIFS DES CAS TRACEURS AVEC TROUBLES COGNITIFS** Les personnes présentant des atteintes cognitives requièrent un suivi particulièrement attentionné, surtout celles qui habitent seules ou dont l'aidant est épuisé, car elles refusent des services alors qu'elles sont dans des situations qui présentent des risques (incendie, hygiène, nutrition). Par leurs protestations, ces personnes risquent davantage de susciter la discontinuité dans leur plan de services. De plus, la symptomatologie propre à leur maladie les empêche de juger adéquatement leur situation alors que, de leur côté, leurs proches interprètent les difficultés de mémoire et de jugement comme un processus normal de vieillissement. Ne percevant pas le problème, ils ne tentent pas d'obtenir de l'aide. Toutefois, plus ces personnes sont référées tardivement au cours du processus de perte d'autonomie, moins les choix sont nombreux quant aux ressources à mettre en place, ce qui risque de produire des bris de continuité. En plus des besoins tangibles de services et de réassurance, nous avons observé que certaines étapes doivent être franchies par les proches tout au long de l'évolution de la maladie et de la perte d'autonomie. Lorsque ces étapes ne sont pas achevées, des difficultés surgissent, par exemple les résistances aux solutions proposées. Les familles ont besoin de se situer à l'égard du processus de la maladie chronique ou dégénérative et des perspectives envisageables. Le GC doit rétablir un niveau d'information adéquat, afin d'aider les personnes à évoluer dans la situation actuelle et de les préparer à vivre l'étape suivante. Ce rôle devrait être au cœur de l'intervention du GC à cause de sa proximité avec les systèmes-clients dans leur milieu. Cette forme de continuité de l'intervention est compatible avec la continuité d'approche telle qu'identifiée par Reid *et al.* (2002) qui veut qu'un PSI cohérent contribue à ce que tous travaillent dans la même direction.

Dans les cas étudiés, le GC a déjà un panier de services limité à offrir, à cause du financement insuffisant des services de soutien à domicile au Québec. Mais ce panier est encore plus limité lorsqu'il s'agit de personnes avec atteintes cognitives modérées à graves, à cause d'obstacles comme l'acceptabilité sociale de la maladie, les problèmes de comportements, leurs difficultés d'adaptation dans les milieux autres que leur domicile. Il existe peu de programmes adaptés pour les personnes atteintes, encore moins pour les personnes lourdement atteintes alors que c'est à ce moment précis que leurs proches aidants en ont le plus besoin. Les systèmes-clients composés autour de ces personnes ont ceci de particulier qu'ils nécessitent non seulement une négociation avec les pourvoyeurs de services, mais aussi une négociation avec l'utilisateur pour l'acceptation du service, du personnel, du bain, des déplacements, etc. L'expérience de nos cas traceurs démontre que, pour les cas avec troubles cognitifs, les services de soutien dans la communauté décroissent alors que les besoins s'accroissent, le système ne disposant pas de

suffisamment de ressources adaptées à ces problématiques lourdes. Plusieurs des proches aidants ont manifesté de vibrants souhaits pour que les services s'adaptent en même temps que la perte d'autonomie augmente. Mais les GC n'ont pas davantage de services à offrir et le *statu quo* est insuffisant pour les familles. Cette dimension de continuité n'apparaît pas comme telle dans la littérature. Elle est singulière parce qu'elle concerne la cohérence entre des niveaux de besoins et des niveaux de services (nature et intensité) tout en faisant référence en même temps à la réactivité du système (*timing*), à sa capacité de réagir au moment opportun.

**ÉLÉMENTS DISTINCTIFS DES CAS TRACEURS AVC** Dans les cas d'AVC, une fois la période intense d'hospitalisation et de réadaptation passée, on constate que l'aidant devient souvent un second client pour le GC, car âgé, malade ou blessé. Sans trop d'expérience antérieure des services de soutien à domicile à cause de la nature soudaine de l'AVC, ces systèmes-clients manifestent de l'ouverture envers les services, sachant que ces derniers ont un impact direct sur leur qualité de vie et sur leur capacité à demeurer chez eux. En ce sens, contrairement aux personnes atteintes de troubles cognitifs, ces systèmes-clients sont des agents positifs de continuité. Leur capacité de décision est bien présente et ils expriment leurs volontés directement à leur GC, sans intermédiaire. Aucun des cas d'AVC n'entrevoit comme souhaitable, malgré parfois de lourds handicaps physiques, d'aller en institution ou en milieu supervisé. Ils voulaient conserver leur indépendance et assumer une partie des responsabilités liées aux services. Ils tenaient à être informés et à participer aux décisions qui concernaient leurs services.

Nos travaux avec les systèmes-clients ont permis de découvrir que leur perception de continuité est fortement associée à leur volonté et à leur capacité à demeurer chez eux et non à une trajectoire à travers les différents services. Ils nous ont aussi permis de découvrir un nouvel élément de continuité, plus complexe que les autres, qui peut être décrit comme le maintien d'une cohérence entre le niveau de besoins et le niveau de services au fil du temps. Jusqu'à maintenant, l'attention a beaucoup été centrée, à juste titre, sur le passage de la personne âgée d'un lieu de services à un autre comme un risque important de bris de continuité. Nos cas traceurs nous disent qu'un des éléments de continuité importants pour eux concerne leur perception d'équilibre ou de correspondance entre les besoins du système-client (aidé et aidant) et les services. De futures recherches pourraient avantageusement explorer cette notion, de même que la méconnaissance de l'intervention psychosociale auprès des personnes âgées.

## Conclusion

Le rôle actuel du gestionnaire de cas est précurseur d'une nouvelle forme d'intervention, à laquelle les intervenants sociaux sont déjà conviés, non seulement par la définition de son rôle de suivi du client quel que soit l'endroit où il se trouve, mais aussi du fait du partage de la sphère de soutien entre plusieurs pourvoyeurs,

créant un besoin de cohérence pour le système-client et un besoin d'arbitrage parmi l'ensemble des intervenants autour d'une même personne. Cet arbitrage devrait, du point de vue éthique, refléter les besoins et les volontés de la personne et de sa famille.

### **Descripteurs (mots clés) :**

Gestion de cas // Personnes âgées dépendantes // Continuité thérapeutique // Service social aux personnes âgées

### **Notes**

1. PRISMA-Estrie : Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie, projet visant notamment trois territoires de la région de l'Estrie comme région expérimentale.
2. L'emploi du masculin est toujours utilisé sans égard à l'identité réelle des personnes, sans intention de discrimination et pour alléger le texte.
3. Dans cet article, nous travaillons avec la notion de système-client, définie comme la personne âgée en perte d'autonomie suivie en gestion de cas et son proche aidant qui interagissent avec les pourvoyeurs de services.

### **Références**

- Bachrach, L.L. (1981). Continuity of care for chronic mental patients : a conceptual analysis. *American Journal of Psychiatry*, 138 (11), 1449-1456.
- Bachrach, L.L. (1993). Continuity of care and approaches to case management for long-term mentally ill patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 44 (5), 465-468.
- Biem J., Hadjistavropoulos H., Morgan D., Biem H.B. et Pong R.W. (2003). Breaks in continuity of care and the rural senior transferred for medical care under regionalisation. *International Journal of Integrated Care*, 3, oct. 2003, 1-11.
- Couturier, Y. et Carrier, S. (2006). L'appropriation par les acteurs professionnels de la gestion de cas. 4ième colloque PRISMA, Sherbrooke, 24 mai.
- Clément, M., Aubé, D., Bolduc, N., Damasse, J., Beaucage, C. et Tremblay, M. (2003). *La continuité des soins auprès des personnes présentant un trouble concomitant de maladie mentale et de toxicomanie : responsabilité des usagers et perspective organisationnelle*. Rapport d'étude subventionnée par FCRSS et autres partenaires.
- Hébert R., Durand, P.J., Dubuc N., Tourigny A. et Groupe PRISMA. (2003). PRISMA : a new model of Integrated Service Delivery for the frail older people in Canada. *International Journal of Integrated Care*, 3, 1-10.

- Institute of Medicine. (1996). *Improving the Medicare Market – Adding Choice and Protections*. National Academy Press, Washington, 195-235.
- Long, M.J. (2002). Case management model or case manger type ? That is the question. *Health Care Manager*, 20 (4), 53-65.
- Noelker, L.S. (2002). Case management for caregivers. *Care Management Journal*, 3 (4), 199-204.
- Penchansky, R. et Thomas, J.W. (1981). The concept of access : definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19 (2), 127-140.
- Reid, R., Haggerty, J. et McKendry, R. (2002). *Dissiper la confusion : concepts et mesures de la continuité des soins*. Rapport final pour le FCRSS.
- Sparbel, K., et Anderson, M.A. (2000). Integrated litterature review of continuity of care : Part 1 - conceptual issues. *Journal of Nursing Scholarship*, 32 (1), 17-24.
- Shortell, S.M. (1976). Continuity of medical care : conceptualization and measurement. *Medical Care*, 14, 377-391.
- Shortell, S.M., Gillies, R.R., Anderson, D.A., Morgan Erickson, K. et Mitchell, J.B. (2000). *Remaking health care in America – the evolution of organized delivery systems*. Jossey-Bass, 2<sup>nd</sup> ed.
- Starfield, B. (1998). *Primary care : balancing health needs service and technology*. Oxford University Press, New York.
- Wodarski, J.S. et Williams-Hayes, M.M. (2002). Utilizing case management to maintain the elderly in the community. *Journal of Gerontological Social Work*, 39 (4), 19-38.
- Woodward, C. A., Abelson, J., Tedford, S. et Hutchison, B. (2004). What is important to continuity in home care ? Perspectives of key stakeholders. *Social Science and Medicine* (58), 177-192.



# Chapitre 8

## La perception des omnipraticiens face au réseau intégré et aux gestionnaires de cas

---

Louis Voyer, Réjean Hébert

---

### **Problématique**

Un modèle de réseau intégré de services pour les personnes âgées (RISPA) a été implanté en Estrie ces dernières années. Ce modèle repose en grande partie sur un nouveau professionnel de la santé, le gestionnaire de cas, responsable entre autres de l'évaluation des besoins de la personne, de l'organisation des services et du suivi. 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 spécialisés. Ainsi, pour qu'un réseau soit efficace, le médecin de famille doit s'impliquer activement et travailler en étroite collaboration avec le gestionnaire de cas. Mais, avant tout, l'intégration du gestionnaire de cas à la pratique médicale demande une adhésion des médecins au modèle de réseau intégré en général et à la gestion de cas en particulier.

### **Objectifs**

Les deux principaux objectifs de cette enquête postale consistent à définir les *attentes* des médecins de famille qui ont une clientèle âgée, envers la gestion de cas au début de l'implantation du RISPA (T1) et à évaluer leur *expérience* de la gestion de cas 6 mois (T2) et 3 ans plus tard (T3), à des niveaux différents du degré de mise en œuvre du RISPA. Les degrés de mise en œuvre du RISPA au T1, T2 et T3 correspondent à 22 %, 37 % et 73 % respectivement. L'entrée en fonction des gestionnaires de cas est apparue entre les T1 et T2.

### **Méthode**

#### **Population à l'étude**

L'ensemble des omnipraticiens des municipalités régionales de comté (MRC) de Sherbrooke, du Granit et de Coaticook (n = 267) a constitué la base de sondage produite à partir du registre de la RAMQ (Régie de l'assurance maladie du Québec).



Les médecins éligibles devaient avoir une pratique active qui incluait des personnes âgées.

### **Instrument**

Un questionnaire postal sur les perceptions des omnipraticiens au sujet des RISPA et de la gestion de cas a été envoyé aux trois temps de l'étude. Le premier questionnaire (T1) 1) estimait comment les médecins se sentaient interpellés par l'implantation prochaine des RISPA, 2) évaluait l'attitude des médecins face à la fonction de gestionnaire de cas et au rôle éventuel du médecin dans ce nouveau contexte. 3) comportait des questions d'ordre sociodémographique et socioprofessionnelle et 4) permettait aux médecins d'exprimer librement leurs opinions et leurs préoccupations.

Le deuxième questionnaire (T2) a été envoyé seulement aux médecins ayant répondu au premier envoi afin de suivre l'évolution de leurs opinions. La première partie du questionnaire s'adressait aux médecins qui savaient que la gestion de cas était en place et visait à documenter la fréquence des contacts médecins-gestionnaires de cas de même que l'opinion des médecins sur le travail des gestionnaires de cas. La deuxième section du questionnaire s'adressait à tous les médecins et a permis d'identifier les principaux obstacles à l'utilisation de la gestion de cas ainsi qu'à recueillir les commentaires des médecins. Le troisième questionnaire (T3) reprenait les mêmes énoncés que celui du temps 2.

Une lettre explicative d'une page accompagnait les trois questionnaires ainsi que les rappels postaux. La mise en page des trois questionnaires reposait sur les règles du « Tailored Design Method » de Dillman<sup>1</sup> : un format simple (ici sous forme de cahier) et des questions courtes regroupées en fonction du type de réponse. La majorité des questions étaient fermées, dichotomiques ou avec une échelle de type Likert. Dans les trois questionnaires, il y avait alternance des énoncés favorables et défavorables à la gestion de cas, et les répondants indiquaient leur niveau d'accord ou de désaccord vis-à-vis chacun des énoncés (totalement en accord, partiellement en accord, partiellement en désaccord et totalement en désaccord). L'envoi des questionnaires suivait aussi les règles proposées par Dillman : un envoi personnalisé avec enveloppe de retour pré-adressée et pré-affranchie et, une semaine plus tard, une lettre de rappel pour ceux qui n'avaient pas retourné leur questionnaire suivie, si nécessaire, trois semaines après le premier envoi d'un autre envoi personnalisé accompagné d'un autre questionnaire.

À partir du questionnaire postal, nous avons tenté d'établir un score de « positivité de l'opinion face à la gestion de cas ». Le questionnaire contient 10 énoncés favorables et 6 défavorables à la gestion de cas. Le répondant a quatre choix de réponse cotés de 0 pour *totalement en désaccord* à 3 pour *totalement en accord* pour les énoncés favorables, le pointage étant inversé pour les énoncés défavorables. Le score total s'étend de 0 à 48. Un score élevé représente une opinion favorable à la gestion de cas. À partir de ce score de positivité, nous avons identifié, à l'aide de l'analyse de régression linéaire pas à pas (*stepwise*), les caractéristiques

des médecins favorables à la gestion de cas au début (T1) et après trois ans d'implantation (T3). Pour ce faire, l'analyse de régression a été effectuée en utilisant le score de positivité de l'opinion comme variable dépendante et les variables indépendantes suivantes : le sexe, la formation universitaire (internat multidisciplinaire ou résidence en médecine de famille), le nombre d'années de pratique, le type de pratique (solo ou sans partage de dossiers *versus* avec partage de dossiers), le nombre d'heures travaillées par semaine, la MRC où pratique le médecin, le pourcentage de personnes âgées parmi la clientèle et le pourcentage de temps hebdomadaire passé dans différents milieux de pratique (cabinet privé, CLSC, hébergement, hôpital, soins à domicile, urgence, etc.). Se sont ajoutés, pour l'analyse du temps 3, les quatre questions suivantes : « Avez-vous discuté avec certains de vos patients de la possibilité d'avoir un gestionnaire de cas ? », « Avez-vous entendu parler des gestionnaires de cas par l'entremise de vos patients ? », « Avez-vous référé au moins un de vos patients à un gestionnaire de cas ? » et « Un gestionnaire de cas vous a-t-il avisé qu'il s'occupait d'un de vos patients ? ». Dans les tests univariés, la valeur p maximale pour sélectionner les variables initiales à inclure dans l'analyse de régression pas à pas a été fixée à 0,15. Pour les modèles finaux, seules les variables ayant un coefficient bêta significativement différent de 0 ont été retenues (valeur p < 0,05). Le seuil de signification statistique a été fixé à 0,05.

## Résultats

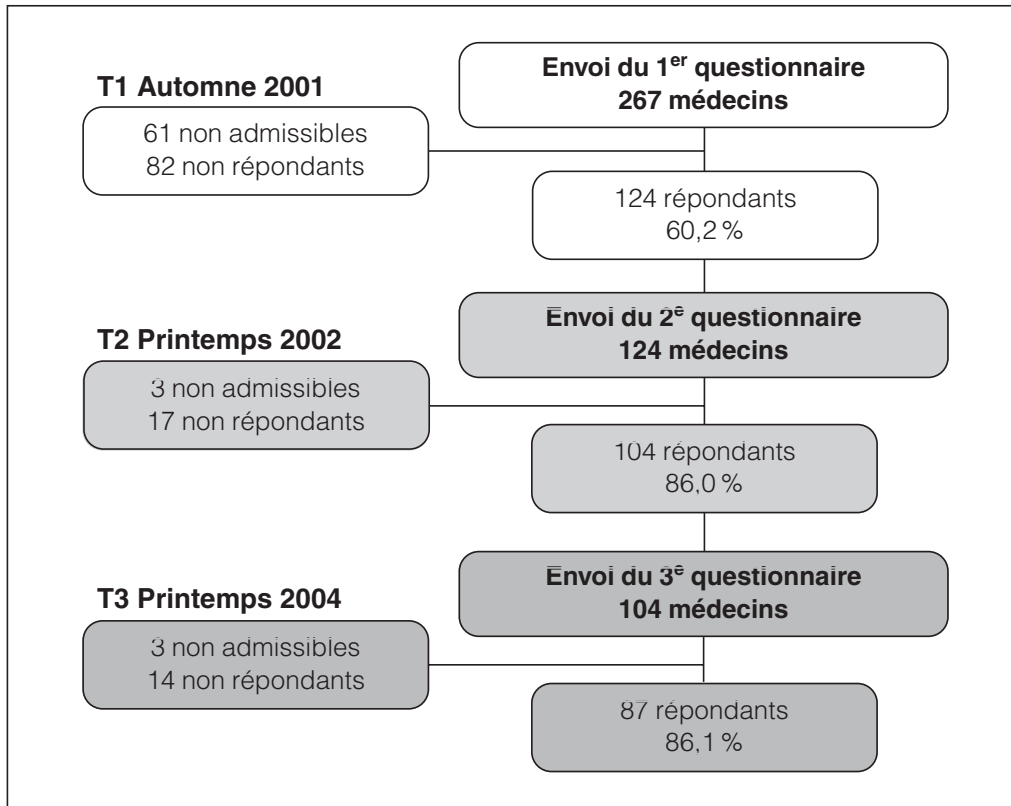
### Taux de réponse

Dans un premier temps (T1), un premier questionnaire a été envoyé à 267 médecins de famille de trois MRC de l'Estrie (237 à Sherbrooke, 10 à Coaticook et 20 au Granit). Soixante et un médecins ne comptaient pas de personnes âgées parmi leur clientèle et ont donc été exclus de la suite de l'étude. Parmi les 206 omnipraticiens éligibles à l'étude, 124 ont répondu, pour un taux de réponse au premier envoi de 60,2 %. Lors du second envoi (T2), 3 des 124 médecins n'étaient plus éligibles et 17 n'ont pas répondu, ramenant ainsi le nombre de répondants à 104. Le taux de réponse pour ce deuxième temps de mesure a été de 86 %. Des résultats détaillés concernant ces deux premiers temps de mesure ont déjà été publiés<sup>2,3</sup>. Les 104 omnipraticiens répondants ont été contactés à nouveau trois ans plus tard (T3). Trois d'entre eux n'étaient plus éligibles et 14 n'ont pas retourné le questionnaire, ce qui donne un total de 87 répondants et un taux de réponse de 86,1 % (figure 8.1).

### Description des médecins répondants au 3<sup>e</sup> questionnaire postal

Près de 83 % des omnipraticiens répondants proviennent de Sherbrooke. Ce sont majoritairement des hommes (60,9 %); ils pratiquent leur profession depuis plus de 21 ans (41,8 %) et ont une pratique avec partage de dossiers (74,7 %). Les répondants travaillent majoritairement entre 35 et 54 heures par

Figure 8.1  
Taux de réponse aux trois moments de l'étude



semaine (72,4 %). Ils consacrent plus de temps de consultation en pratique privée (50,1 %). Le tableau 8.1 résume les caractéristiques des médecins répondants.

Le pourcentage de clientèle âgée des omnipraticiens est de 45,7 %. Soixante-dix-neuf pour cent (79 %) des répondants ont au moins un patient suivi en gestion de cas.

### Réponses aux questionnaires postaux

Avant l'arrivée en poste des gestionnaires de cas, les omnipraticiens visés par l'étude ont été contactés (T1). Les énoncés étaient alors formulés de façon à évaluer leurs *attentes* face à la gestion de cas (exemple : à mon avis, les gestionnaires de cas *auront* un rôle complémentaire au mien). Six mois (T2) et trois ans plus tard (T3), les médecins ont été invités à se prononcer sur leur *expérience* de la gestion de cas (exemple : le travail des gestionnaires de cas *a été* complémentaire au mien). Le nombre de médecins qui avaient eu des contacts avec les gestionnaires de cas au T2 était cependant modeste.

Les résultats des réponses aux questionnaires postaux sont présentés en cinq sections : 1) les énoncés formulés de façon favorable à la gestion de cas, 2) les énoncés défavorables, 3) les énoncés démontrant l'état d'avancement de la gestion de cas dans la pratique des médecins de famille, 4) les caractéristiques des médecins

Tableau 8.1

**Caractéristiques sociodémographiques des médecins répondants au T3 (n=87)**

<b>Caractéristiques</b>	<b>Fréquence (pourcentage)</b>
<b>Sexe</b>	
Masculin	53 (60,9 %)
<b>MRC</b>	
Sherbrooke	72 (82,8 %)
Coaticook	6 (6,9 %)
Granit	9 (10,3 %)
<b>Nombre d'années de pratique</b>	
Moins de 5 ans	7 (8,1 %)
Entre 5 et 10 ans	11 (12,8 %)
Entre 11 et 20 ans	32 (37,2 %)
Entre 21 et 30 ans	34 (39,5 %)
Plus de 30 ans	2 (2,3 %)
<b>Type de pratique</b>	
Solo	17 (19,5 %)
Sans partage de dossiers	5 (5,7 %)
Avec partage de dossiers	65 (74,7 %)
<b>Nombre d'heures travaillées/semaine</b>	
<25 heures	
25-34 heures	2 (2,3 %)
35-44 heures	6 (6,9 %)
45-54 heures	38 (43,7 %)
55-64 heures	25 (28,7 %)
>65 heures	11 (12,6 %)
	5 (5,7 %)
<b>Pourcentage de temps hebdomadaire consacré à différents milieux de pratique</b>	
Consultations en cabinet privé	50,06 %
Consultations en CLSC	9,97 %
Urgence	6,56 %
Hospitalisation	8,63 %
Hébergement	8,82 %
Soins à domicile	6,77 %
Gériatrie	3,10 %
Recherche	1,61 %
Administration	1,66 %
Obstétrique	0,40 %
Santé publique	0,23 %
Autres	2,25 %

favorables à la gestion de cas et 5) les principaux obstacles à l'utilisation de la gestion de cas et l'apport de suggestions favorisant son utilisation. Les résultats sont présentés en dichotomisant l'échelle de réponse : nous avons regroupé les niveaux « plutôt » et « totalement » en accord ainsi que les niveaux « plutôt » et « totalement » en désaccord.

## Les énoncés favorables à la gestion de cas

Les attentes des médecins envers la gestion de cas étaient très élevées en pré-implantation. Effectivement, au temps 1 de l'étude, les médecins espéraient que le travail du gestionnaire de cas soit complémentaire au leur (95,5 %), facilite aux personnes âgées l'accès aux services (95,2 %), facilite leur travail (95,1 %) et la collecte d'informations (94,7 %). L'expérience de la gestion de cas après trois ans d'implantation apparaît toujours positive. Les niveaux d'accord avec les énoncés favorables à la gestion de cas s'étendent de 47 à 95,5 %. Ainsi, 47 % des médecins estiment que le travail des gestionnaires de cas a évité des hospitalisations inutiles et 95,5 % rapportent qu'il a été complémentaire au leur. Bien que l'expérience des médecins avec la gestion de cas ait été somme toute heureuse, elle s'avère en deçà des attentes très élevées observées au temps 1. Le tableau 8.2 rapporte les pourcentages d'accord aux 10 énoncés favorables à la gestion de cas.

Tableau 8.2  
**Comparaison des énoncés favorables avant et après l'implantation de la gestion de cas**

Le travail des gestionnaires de cas...	Totalemment ou plutôt en accord		
	T1*	T3*	Valeurs p**
...a été complémentaire au mien (n=67).	64 (95,5 %)	64 (95,5 %)	1
...a permis aux personnes âgées en perte d'autonomie de demeurer plus longtemps à domicile (n=61).	55 (90,2 %)	49 (80,3 %)	0,146
...a facilité l'accès aux services des personnes âgées (n=63).	60 (95,2 %)	49 (80,3 %)	0,039
...a facilité mon travail (n=61).	58 (95,1 %)	45 (73,8 %)	0,001
...a aidé à la prise de décision lors du retour à domicile de patients hospitalisés (n=59).	52 (88,1 %)	42 (71,2 %)	0,013
...a facilité la collecte d'information lors de la prise en charge d'un nouveau patient (n=57).	54 (94,7 %)	36 (63,2 %)	<0,001
...a contribué à la diminution de la duplication des services (n=62).	54 (87,1 %)	43 (69,4 %)	0,027
...a allégé mes tâches bureaucratiques (n=63).	42 (66,7 %)	34 (54,0 %)	0,134
...a évité des hospitalisations inutiles (n=55).	44 (80,0 %)	26 (47,0 %)	<0,001
...m'a permis de mieux connaître le contexte de vie de mes patients (n=66).	58 (87,9 %)	35 (53,0 %)	<0,001

\* Fréquence et pourcentage

\*\* Valeur p du test de McNemar.

## Les énoncés défavorables à la gestion de cas

Un total de six énoncés discréditait la gestion de cas. L'opinion des médecins vis-à-vis ces énoncés est la même entre les deux temps de mesure. Cependant, de façon générale, que ce soit en pré-implantation ou après trois ans d'exercice de la gestion de cas, peu d'omnipraticiens étaient en accord avec ces énoncés défavorables. Par exemple, au temps 3, seulement 10,6 % des omnipraticiens étaient en accord avec les énoncés voulant que les gestionnaires de cas aient rendu leur tâche plus complexe et se soient immiscés dans la relation patient-médecin. Par ailleurs, 54,1 % étaient en accord avec la proposition suggérant que le travail des gestionnaires de cas aurait dû être fait par des infirmières cliniciennes (tableau 8.3). Ces pourcentages d'accord sont sensiblement les mêmes que ceux observés au temps 2.

Tableau 8.3  
**Comparaison des énoncés défavorables avant et après l'implantation de la gestion de cas**

Le travail des gestionnaires de cas...	Totalemment ou plutôt en accord		
	T1*	T3*	Valeurs p**
...a été une dépense supplémentaire au système de santé (n=64).	27 (42,2 %)	22 (34,4 %)	0,405
...aurait dû être fait par des infirmières cliniciennes qui offrent des soins directement aux patients en plus de coordonner leurs services (n=61).	34 (55,7 %)	33 (54,1 %)	1
...a été peu efficace puisque les ressources sont très limitées dans ma région (n=62).	11 (17,7 %)	12 (19,4 %)	1
...a alourdi le processus de soins déjà en place (n=65).	14 (21,5 %)	9 (13,8 %)	0,227
...est venu s'immiscer dans ma relation patient-médecin (n=66).	12 (18,2 %)	7 (10,6 %)	0,227
...a rendu ma tâche plus complexe (n=66).	15 (22,7 %)	7 (10,6 %)	0,057

\* Fréquence et pourcentage

\*\* Valeur p du test de McNemar.

## L'évolution de la gestion de cas

Le tableau 8.4 illustre bien l'évolution de la gestion de cas six mois après son implantation et trois ans plus tard. Au temps 3, 64,6 % des médecins affirment avoir discuté avec certains patients de la possibilité d'avoir un gestionnaire de cas comparativement à 39,7 % au temps 2. Le nombre de patients dirigés en gestion de cas a augmenté passant d'une moyenne de 3,1 à 5,2. Le pourcentage de médecins qui rapportent avoir entendu parler de la gestion de cas par leurs propres patients est

passé de 24,7 % (T2) à 61 % (T3). De plus, près des 80 % des médecins ont été avisés qu'un gestionnaire de cas s'occupait d'au moins un de leurs patients au temps 3 alors que ce pourcentage était de 60,3 % au temps 2. Ce nombre moyen de patients est d'ailleurs passé de 2,81 (T2) à 4,27 (T3).

Tableau 8.4  
Évolution de la gestion de cas entre six mois et trois ans d'implantation

Énoncés	T2	T3
Avez-vous discuté avec certains de vos patients de la possibilité d'avoir un gestionnaire de cas ?	Oui : 29/73 (39,7 %)	Oui : 53/82 (64,6 %)
Avez-vous entendu parler des gestionnaires de cas pas l'entremise de vos patients ?	Oui : 18/73 (24,7 %)	Oui : 50/82 (61,0 %)
Avez-vous envoyé au moins un de vos patients à un gestionnaire de cas ?	Oui : 26/70 (35,6 %)	Oui : 43/82 (52,4 %)
Si oui, combien ?	3,1 patients (3,9)*	5,2 patients (5,0)*
Un gestionnaire de cas vous a-t-il avisé qu'il s'occupait d'un de vos patients ?	Oui : 44/73 (60,3 %)	Oui : 65/83 (78,3 %)
Si oui, pour combien de vos patients ?	2,81 patients (2,49)	4,27 patients (3,21)

\* moyenne (écart-type)

### Les médecins favorables à la gestion de cas

Nous avons comparé le score de positivité des médecins face à la gestion de cas avant l'implantation de la gestion de cas (T1) et après trois ans d'implantation (T3). Le tableau 5 démontre que les médecins étaient plus favorables à la gestion de cas ou affichaient un score de positivité supérieur avant l'implantation qu'après trois ans d'implantation.

Tableau 8.5  
Comparaison des scores de positivité au temps 1 et au temps 3 (n=67)

	T1	T3	Valeur p*
	Moyenne (écart-type)	Moyenne (écart-type)	
<b>Score de positivité</b>	32,11 (7,25)	30,11 (7,88)	p = 0,038

\* Valeur p du test-t apparié.

À partir du score de positivité de l'opinion face à la gestion de cas, nous avons identifié, à l'aide de deux analyses de régression linéaire pas à pas (*stepwise*), les caractéristiques des médecins favorables à la gestion de cas au début (T1) et après trois ans d'implantation (T3). Les analyses de régression ont été utilisées

à partir des variables mentionnées à la section « Méthode » du présent chapitre. Une première analyse a été réalisée pour identifier les caractéristiques des médecins les plus favorables à la gestion de cas avant l'implantation des RISPA (T1). Des tests univariés pour chacune des variables indépendantes ont été effectués et la valeur p retenue pour l'admissibilité d'une variable dans le modèle de régression initial a été fixée à 0,15. Les variables sélectionnées et la direction d'un appui favorable à la gestion de cas sont décrites au tableau suivant (tableau 8.6). Entre parenthèses se trouve le sens indiquant un score de positivité élevé à la gestion de cas.

Tableau 8.6  
**Variables du T1 sélectionnées pour l'analyse de régression pas à pas**

Variables	Valeurs p
La formation universitaire (résidence en médecine de famille)	p=0,060 *
Le type de pratique (avec partage de dossiers)	p=0,009 *
Le pourcentage (élevé) de temps en cabinet privé	p=0,139 **
Le pourcentage (élevé) de temps en CLSC	p=0,009 **
Le pourcentage (élevé) de temps en hospitalisation	p=0,094 **
La MRC où pratique le médecin (Sherbrooke et Coaticook)	p=0,006 ***

\* Valeur p issue du test-t

\*\* Valeur p issue du test sur la corrélation

\*\*\* Valeur p issue de l'anova

Les variables « type de pratique » et MRC étant très liées (les médecins de la MRC du Granit ne travaillent pas en partage de dossiers mais en solo), nous avons retiré la variable MRC des variables sélectionnées. Deux variables parmi les cinq restantes, sont retenues par la procédure automatisée pas à pas. Le tableau 8.7 présente le modèle final de cette analyse.

Tableau 8.7  
**Modèle final de la procédure de régression pas à pas pour le temps 1**

Variables	Coefficients Bêta	Valeurs p
Le pourcentage (élevé) de temps en CLSC	0,189	p=0,039
Le type de pratique (avec partage de dossiers)	0,186	p=0,042

Les médecins *les plus favorables à la gestion de cas avant l'implantation des RISPA* exercent davantage en CLSC (p=0,039) et ont un type de pratique avec partage de dossiers (p=0,042). Ces deux variables expliquent 8,9 % de la variance.



Pour l'analyse de régression linéaire sur les facteurs associés à la positivité de l'opinion face au réseau intégré et à la gestion de cas après trois ans (T3), les variables sélectionnées initialement apparaissent au tableau 8.8.

Tableau 8.8  
Variables du T3 sélectionnées pour l'analyse de régression pas à pas

Variables	Valeurs p
Le nombre (élevé) d'années de pratique	p=0,067 *
Le pourcentage (élevé) de temps en CLSC	p=0,001*
Le pourcentage (élevé) de temps en urgence	p=0,094*
La question : Avez-vous discuté avec certains de vos patients de la possibilité d'avoir un gestionnaire de cas ? (oui)	p=0,014**
La question : Avez-vous entendu parler des gestionnaires de cas par l'entremise de vos patients ? (oui)	p=0,041**
La question : Avez-vous référé au moins un de vos patients à un gestionnaire de cas ? (oui)	p=0,017**

\* Valeur p issue du test sur la corrélation

\*\*Valeur p issue du test-t

Trois des ces variables sont retenues par la procédure automatisée pas à pas. Le tableau 8.9 présente le modèle final.

Tableau 8.9  
Modèle final de la procédure de régression pas à pas pour le temps 3

Variables	Coefficients Bêta	Valeurs p
Le pourcentage (élevé) de temps en CLSC	0,138	p<0,001
La question : Avez-vous discuté avec certains de vos patients de la possibilité d'avoir un gestionnaire de cas ? (oui)	6,452	p=0,004
Le nombre (élevé) d'années de pratique	1,883	p=0,04

L'analyse de régression indique qu'après trois ans d'implantation, les médecins de famille les plus favorables à la gestion de cas 1) pratiquent davantage en CLSC (p<0,001), 2) ont discuté avec certains de leurs patients de la possibilité d'avoir un gestionnaire de cas (p=0,004) et 3) exercent la médecine depuis plusieurs années (p=0,040). La première variable explique 15,5 % de la variance, l'ajout de la deuxième variable augmente le pourcentage à 27,1 et, finalement, les trois variables ensemble expliquent 32,1 % de la variance.

## Les principaux obstacles et quelques propositions à l'utilisation de la gestion de cas

Tous les médecins de l'étude, avec ou sans patient en gestion de cas, ont pu se prononcer sur les raisons susceptibles d'influencer leur utilisation de la gestion de cas. Au temps 2, comme au temps 3, les deux principaux obstacles à l'utilisation de la gestion de cas restent l'oubli de faire appel à un gestionnaire de cas (71,6 % au T2 et 69,1 % au T3), et le réflexe de faire appel aux travailleurs sociaux des CLSC ou des hôpitaux (63,3 % au T2 et 60,8 % au T3). Il faut toutefois souligner que certains obstacles présents au T2 ont perdu de leur importance, témoignant d'une meilleure connaissance de la gestion de cas. Comme le démontre le tableau 10, on peut ainsi observer une différence significative entre les T2 et T3 pour les énoncés « je ne sais pas comment contacter les gestionnaires de cas », « je ne comprends pas clairement comment le gestionnaire de cas peut venir en aide à mon patient » et « je ne savais pas que ce service était à ma disposition ».

Tableau 8.10  
Principaux obstacles à l'utilisation des gestionnaires de cas :  
comparaison entre le T2 et le T3 (n=81)

Les obstacles à l'utilisation des gestionnaires de cas sont que...	Totalemment ou plutôt d'accord		
	T2	T3	Valeurs p*
...j'oublie de m'en servir (n=81).	58 (71,6 %)	56 (69,1 %)	0,832
...j'utilise les services de travailleurs sociaux du CLSC ou de l'hôpital au lieu de faire appel à un gestionnaire de cas (n=83).	50 (63,3 %)	48 (60,8 %)	0,860
...je ne sais pas comment les contacter (n=84).	47 (58,0 %)	29 (35,8 %)	0,001
...je m'occupe moi-même de coordonner et négocier les services de mes patients (n=82).	45 (57,7 %)	39 (50,0 %)	0,263
...je ne comprends pas encore clairement comment le gestionnaire de cas peut venir en aide à mon patient (n=84).	43 (52,4 %)	30 (36,6 %)	0,015
...je ne sais pas qui dans ma clientèle pourrait bénéficier de la gestion de cas (n=85).	32 (38,1 %)	32 (38,1 %)	1,000
...j'ai besoin d'infirmières cliniciennes et non de gestionnaires de cas (n=77).	27 (37,0 %)	27 (37,0 %)	1,000
...je ne savais pas que ce service était à ma disposition (n=83).	25 (30,9 %)	8 (9,9 %)	0,001

\* Valeurs p du test de McNemar

Les omnipraticiens ont aussi proposé des solutions pour favoriser davantage l'utilisation de la gestion de cas. Il apparaît qu'ils souhaitent 1) en savoir davantage sur la gestion de cas et son opérationnalisation (connaître les gestionnaires de cas, leur disponibilité, les outils, les services, les critères d'admissibilité des patients), 2) une meilleure communication des informations cliniques (dossier clinique informatisé, système d'information géronto-gériatrique - SIGG) 3) que les instances concernées voient à augmenter les services aux personnes âgées et à l'embauche de nouveaux gestionnaires de cas et 4) qu'une formation uniforme soit offerte aux gestionnaires de cas. Concernant ce dernier point, le Centre universitaire de formation en gérontologie (CUFG) de l'Université de Sherbrooke a mis sur pied un microprogramme de gestion de cas destiné aux professionnels de la santé.

## Discussion

Bien que les attentes des médecins envers le RISPA et la gestion de cas aient été très élevées, leur expérience sur le terrain s'avère, somme toute, très positive. Les médecins connaissent et utilisent de plus en plus les services des gestionnaires de cas. Ils en parlent à leurs patients et les dirigent vers eux. Ils en entendent parler par leurs patients et ils sont avisés par les gestionnaires de cas lorsqu'un de leurs patients est suivi en gestion de cas.

Une analyse de régression a identifié les caractéristiques des médecins qui expliquent le mieux la variabilité des réponses à notre questionnaire. Au début de l'implantation (T1), les médecins les plus favorables à la gestion de cas pratiquent davantage en CLSC et exercent leur pratique avec partage de dossiers. Trois ans plus tard (T3), les médecins les plus favorables à la gestion de cas pratiquent davantage en CLSC, ont discuté avec certains patients de la possibilité d'avoir un gestionnaire de cas et exercent la médecine depuis plusieurs années. De plus, il ressort qu'avoir été exposé à la gestion de cas est un facteur positif pour l'utiliser davantage. Les obstacles reliés à la connaissance de la gestion de cas et aux rôles du gestionnaire de cas s'amenuisent avec le temps et l'utilisation. La proposition de solutions pratiques pour améliorer l'utilisation de la gestion de cas témoigne de l'intérêt des médecins à collaborer avec ces nouveaux professionnels.

## Références

1. Dillman, D.A. *Mail and Internet Surveys : The Tailored Design Method*, 2000.
2. Millette, L., Hébert, R. & Veil, A. Perceptions des omnipraticiens en regard de l'implantation des réseaux intégrés de soins et services pour personnes âgées (p. 135-151), dans R. Hébert, A. Tourigny & M. Gagnon (Eds), *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*, Edisem, 2004.
3. Millette, L., Hébert, R. & Veil, A. Integrated service delivery networks for seniors – early perceptions of family physicians. *Canadian Family Physician Journal*, 51(8), 1104-1105, 2005.

# Chapitre 9

## Le plan de services individualisé comme outil d'intégration clinique : analyse qualitative dans l'expérimentation québécoise PRISMA

---

Dominique Somme, Réjean Hébert, Gina Bravo,  
François Blanchard, Olivier Saint-Jean

---

### Introduction

Plusieurs recensions récentes des écrits mettent en exergue le rôle central de la gestion de cas dans l'efficacité des expériences d'intégration pour les personnes âgées à travers le monde<sup>1-3</sup>. La gestion de cas se définit comme un processus qui comprend les étapes clefs suivantes<sup>4-14</sup> : l'identification des cas selon des critères prédéfinis, une évaluation multidimensionnelle standardisée, la planification individualisée des services et l'identification des ressources, la mise en application, la surveillance et la réévaluation du plan. Certains y ajoutent la notion de plaidoyer (« advocacy ») qui combine le conseil et la représentation<sup>10, 13, 15</sup>. Parallèlement au développement de la gestion de cas, il est apparu nécessaire de mettre au point des outils pour étayer les tâches d'identification, d'évaluation et de planification. L'identification des cas dépend, de façon très étroite, des critères d'éligibilité à la gestion de cas et les outils sont donc, par nature, très variables selon les expériences antérieures. La tâche d'évaluation a donné lieu à la mise au point de nombreux outils tels que l'Outil d'évaluation multiclientèles (OEMC) incluant le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) au Québec ou le « Resident Assessment Instrument (RAI) » aux États-Unis puis en Europe, avec pour chacun un processus de validation scientifique<sup>16, 17</sup>. Au contraire, la tâche de planification, qui semble pourtant essentielle puisqu'elle conditionne la mise en application, la surveillance et la réévaluation n'a pas suscité la même attention. Pourtant, 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<sup>1, 4</sup>. Certains en font même un critère de qualité de la gestion de cas<sup>12, 18</sup>. Tout comme l'évaluation, le plan est à la fois un ensemble de processus et un produit, un document écrit versé au dossier de la personne. À notre connaissance, il n'existe aucun document de planification ayant fait l'objet, dans ce cadre, d'une validation

scientifique. Ainsi, les outils utilisés pour la planification découlent, la plupart du temps, de l'outil utilisé pour l'évaluation. Au Québec, la définition retenue par le ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) du PSI fait référence à la démarche qui vise à l'intégration sociale et à une réponse individualisée aux besoins d'une personne et qui exige la présence de la personne ou de son représentant à une réunion de concertation et de coordination<sup>9</sup>. Cette définition, comme d'autres à travers le monde<sup>1-5</sup>, basée sur de grands principes consensuels n'explique cependant pas en quoi le PSI permet l'intégration clinique et en quoi il est indispensable à la réalisation de l'intégration d'élaborer le document PSI. Cela se retrouve aussi à travers la littérature où, si le PSI est souvent cité comme un élément important de l'intégration, son concept, son contenu attendu, son format, son utilité et son utilisation ne sont pas définis<sup>9</sup>. L'expérimentation PRISMA d'intégration, dans laquelle des gestionnaires de cas étaient invités à élaborer des PSI, a permis de tenter d'explicitier ces dimensions du PSI au moyen d'une analyse qualitative croisée.

## Méthodologie

### Le programme PRISMA

PRISMA (Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie)<sup>4</sup> est un modèle d'intégration qui a été implanté sur trois territoires expérimentaux. Le programme de recherche comprenait d'une part, l'étude de l'impact de l'intégration sur l'autonomie, la satisfaction et les recours aux services des personnes âgées dans les zones expérimentales par rapport à des zones témoins et, d'autre part, un monitoring en continu de l'implantation effective du modèle<sup>19</sup>. Le modèle d'intégration proposé dans ce programme est de type coordination tel que défini par Leutz<sup>20</sup>. Dans un tel modèle, toutes les organisations du champ de la santé ou des services sociaux sont impliquées qu'elles soient publiques, privées, bénévoles ou communautaires. Chaque organisation garde sa structure mais participe à l'intégration en adaptant ses processus opérationnels et ses ressources. Ainsi, ce n'est plus à la personne de trouver la bonne ressource en fonction de ses besoins mais au système intégré d'offrir un continuum de services répondant aux besoins des personnes. Le modèle PRISMA a été défini après revue de littérature et inclut six composantes : 1) la concertation à chacun des niveaux de prise de décision, 2) le point d'accès unique, 3) la gestion de cas, 4) l'utilisation des plans de services individualisés, 5) l'utilisation d'un outil unique d'évaluation standardisé et 6) l'utilisation d'un dossier clinique informatisé. Chacun de ces points est décrit en détail par ailleurs<sup>4, 19</sup>. Il existe divers modèles de gestion de cas<sup>9</sup>. Dans le modèle PRISMA, les gestionnaires de cas (GC) étaient sous la responsabilité du système public de soins et services du Québec et rémunérés par ce dernier. Chaque GC devait prendre en charge environ 45 personnes. L'éligibilité d'une personne correspondait à un besoin élevé de coordination en raison

du nombre d'intervenants (supérieur à 2, en plus du médecin traitant et de la fourniture des repas) ou de l'intensité de la perte d'autonomie mesurée grâce à l'outil d'évaluation standardisé, le SMAF (besoin d'aide dépassant le seul besoin dans les aides domestiques). Le GC devait avoir en sa possession ou réaliser lui-même une évaluation complète des besoins des personnes. Il devait entrer en contact étroit avec les personnes et connaître, notamment, leur domicile. Puis, en interaction avec elles, avec l'entourage et le médecin traitant, le GC devait élaborer un PSI à l'issue d'un processus de concertation interdisciplinaire avec les différents intervenants. Il était par la suite responsable du suivi et de la réévaluation de ce plan dans le temps, devenant ainsi garant de la continuité diachronique de la prise en charge. Le PSI correspondait donc, dans le modèle PRISMA, à un des points clefs de la mise en œuvre effective de l'intégration au niveau clinique. Du fait de la mise en œuvre progressive du dossier partagé informatisé<sup>19</sup>, les GC ont rapidement disposé d'une forme informatisée de ce même formulaire. Aucune banque de données (des besoins ou des services) n'était reliée aux PSI. Il n'y avait pas d'automatisation des tâches et la rédaction était en texte libre, sous format papier comme sous format informatique.

### Méthodes d'analyse

Notre analyse du plan de services individualisé se place dans le cadre théorique de l'ergonomie cognitive<sup>21</sup> dans lequel l'objet de recherche se situe dans les écarts entre le prescrit, le dit et le fait. Ici, la tâche prescrite (la nécessité pour les GC d'élaborer des PSI pour qu'il y ait intégration clinique) est évaluée à la lumière de la tâche effectivement réalisée (les PSI et la façon dont ils étaient utilisés) et de ce que les GC en avaient à dire (ce qui réfère à la fois à la connaissance de la tâche prescrite et réalisée et à leurs attentes). Les écarts entre la tâche prescrite et réalisée et ce que les GC en disent ne sont pas abordés ici comme des carences. En effet, comme il vient d'être exposé, la connaissance de la nécessité des PSI pour l'intégration était imprécise. Nous abordons donc ces écarts comme une source d'information à la fois sur le travail effectif des GC relativement au PSI et comme source d'information potentielle sur l'utilité même du PSI relativement à l'intégration.

Nous avons utilisé dans cette étude un schéma séquentiel avec multiplication des méthodes d'enquête pour parvenir à un certain niveau de triangulation. L'équipe de recherche qui examinait les choix de méthodes et les grilles d'entretiens était composée de chercheurs en services de santé et en sciences sociales. Plusieurs professions étaient représentées : médecins, travailleurs sociaux, psychologues.

Notre analyse du contexte de l'implantation a porté sur les documents utilisés pour la formation des GC auxquels nous avons eu un accès complet. Ceux-ci ont été analysés à la recherche d'informations permettant la description la plus précise possible de la tâche « prescrite » d'élaboration du PSI, de son contenu attendu et de l'utilisation pratique attendue du PSI. Nous avons ainsi cherché à

identifier, à travers ces documents de formation, des règles que les GC étaient supposés suivre pour réaliser un PSI.

## Entrevues

Les critères d'inclusion des GC dans l'étude qualitative par entrevue du « dit » par les GC à propos du PSI étaient les suivants :

- participant au programme PRISMA ;
- ayant une charge de cas minimale de cinq cas ;
- exerçant la fonction de GC depuis au moins six mois ;
- ayant signé un consentement éclairé de participation à l'étude.

Tous les GC répondant à ces critères ont été invités à participer. Aucun GC n'a refusé de participer.

Le plan de l'entrevue a été élaboré en collaboration multidisciplinaire. Il s'appuyait sur le cadre théorique de l'ergonomie cognitive et sur une recension des écrits<sup>9</sup>. Les points abordés ont été les suivants.

- Pour aborder la « connaissance » des GC en regard des PSI (c'est-à-dire la représentation que les GC ont de la « tâche prescrite ») :
  - l'utilité et la ou les fonction(s) du PSI par rapport au travail de GC.
- Pour aborder « l'activité » PSI dans le travail des GC sous l'angle du « dit » :
  - les aspects temporels du PSI dans le travail de GC ;
  - les facteurs favorisant ou faisant obstacles à l'élaboration des PSI ;
  - la diffusion de l'outil aux autres professionnels du réseau.

Ce plan d'entrevue a été utilisé par l'interviewer pour systématiser l'abord de ces différents points et inciter à apporter des précisions, si nécessaire ; mais des points d'intérêt pouvaient émerger du GC en dehors de ce plan, tant que l'entrevue restait focalisée sur le PSI comme outil pour le GC. Toutes les entrevues ont été réalisées directement sur le lieu de travail des GC, en tête-à-tête, par la même personne, et enregistrées sans analyse intermédiaire ni modification du plan d'entrevue, puis retranscrites verbatim.

Chaque entrevue a été encodée selon un double point de vue : *descendant*, c'est-à-dire partant du plan de l'entrevue, exposé plus haut, pour aboutir au code le plus univoque possible ; et *ascendant*, c'est-à-dire partant de l'analyse du contenu des entrevues en dehors du plan pour aboutir à un enrichissement du plan d'analyse tout en conservant une approche ergonomique. Le codage des entrevues a toujours été fait par la même personne, sans codage croisé. L'ensemble des codes émergents obtenus de façon ascendante a fait l'objet d'un premier regroupement théorique. Ce groupement théorique a été discuté en équipe multidisciplinaire et modifié pour permettre un cadre théorique d'analyse d'entrevue suffisamment stable. Cela a permis la réalisation d'un deuxième encodage de l'ensemble du corpus des entrevues. Ce deuxième encodage a montré une grande stabilité des codes établis au premier passage, les codes apparus en cours de processus servant

principalement à coder des passages qui ne l'avaient pas été au premier encodage. L'organisation des données et des codages a été facilitée par l'utilisation du logiciel NVivo® (QSR international) qui permet le codage, l'allocation de codes multiples, la réorganisation du corpus selon les codes ou les catégories.

### **Analyse de dossiers**

Nous avons analysé le contenu de 50 dossiers gérés par 13 GC afin d'aboutir à une description de la tâche effectuée. Nous avons sélectionné des dossiers aléatoirement, mais de façon à posséder au moins deux dossiers pour chaque GC interrogé. La date de rédaction devait être la plus proche possible mais sans dépasser la date de début de notre étude des PSI dont l'existence était connue des GC. Les éléments recherchés dans les dossiers de GC ont été définis en équipe multidisciplinaire, après analyse du « prescrit » et de façon contemporaine aux entrevues, afin d'appréhender le PSI en tant qu'outil. Concernant le PSI lui-même, nous avons relevé la date d'écriture du PSI par rapport à la date de début de la gestion de cas (date de signature du consentement à l'échange des informations par le GC). Le nombre de lignes et d'informations différentes contenues dans le PSI permettait d'appréhender la lisibilité du PSI. Le formulaire PSI comporte des colonnes (annexe 1), mais les lignes sont en fait la résultante de la façon dont les GC font le PSI. Ainsi, sur une même ligne, il peut y avoir plusieurs problèmes, plusieurs objectifs, plusieurs interventions, et donc plusieurs intervenants et diverses fréquences. Dans le formulaire électronique du PSI des séparations horizontales étaient pré-définies ; nous les avons prises en compte pour analyser les lignes de PSI. Pour les formulaires papier, nous avons pris en compte soit la numérotation à gauche que certains GC ont utilisée, soit le saut de ligne comme élément séparateur. Pour les PSI informatisés, nous avons pu obtenir le nombre de consultations et les fonctions des personnes ayant eu accès au PSI. Nous avons également cherché à déterminer dans quelle mesure les GC suivaient les règles d'élaboration que nous avons identifiées à partir de notre analyse des documents de formation. Nous avons également réalisé une étude qualitative du vocabulaire utilisé dans le PSI pour certains intervenants-clés (médecins généralistes, GC). Enfin, nous avons cherché dans les dossiers s'il existait des éléments témoignant de la fonction de planification individualisée en dehors du PSI (notes évolutives, conclusion de l'évaluation standardisée des GC).

### **Comparaison PSI-Évaluation**

L'outil d'évaluation utilisé au Québec est l'outil d'évaluation multiclientèles (OEMC) qui comprend 25 dimensions évaluées sous la forme de l'existence ou non de difficultés qui présentent pour le patient un problème (ou pas si un moyen pallie la difficulté) (annexe 2). L'autonomie fonctionnelle est évaluée par le SMAF<sup>22</sup> qui examine 29 dimensions de l'autonomie selon que la personne présente ou non une incapacité et que celle-ci se manifeste ou non par un handicap (annexe 3). Les deux



types d'items permettent donc d'identifier les difficultés et, souvent, une grande partie des ressources qui répondent à ces difficultés au moment de l'évaluation. Nous avons donc comparé le contenu de chaque PSI avec celui de l'évaluation standardisée la plus récente pour déterminer dans quelle mesure le PSI pouvait correspondre au résumé de tous les problèmes mentionnés dans l'évaluation (qu'une solution soit trouvée ou non), et si toutes les ressources mentionnées comme étant celles qui comblent le handicap ou la difficulté d'une personne dans l'évaluation étaient retrouvés dans le PSI. Celui-ci pourrait alors être vu comme un portrait des services entourant la personne (même s'ils ne répondent pas à tous les besoins).

## Résultats

### Analyse contextuelle, le « prescrit »

Aucun document n'a été créé pour le PSI lors de la mise en œuvre des réseaux intégrés. On a utilisé les formulaires qui servaient à la planification des services de maintien à domicile, intitulés plan individuel d'allocation de services (annexe 1). Ce document a été conçu en même temps que l'outil d'évaluation multiclientèles afin de permettre la planification de services professionnels. Il trouve son origine dans des documents de même nature, issus du travail infirmier, son utilisation comme guide pour un travail multidisciplinaire au sein d'une équipe était déjà habituel avant la mise en œuvre des réseaux intégrés. Il n'a par contre pas été conçu pour une coordination d'un niveau supérieur (c'est-à-dire de plus d'une équipe de professionnels).

La fiche de poste de GC comportait, parmi les sept items de la rubrique « exigences du poste », un item intitulé « habileté en élaboration et gestion de PSI et en animation ». Les documents de formation dont nous analysons ici le contenu ont été préparés sur une commande régionale (de la région régionale). Le document n°1 avait une visée régionale (novembre 2001). Les documents n°2 (2001) et 3 (2003) ont été élaborés pour la formation spécifique des GC d'un seul site. Le document n° 4 (1999) n'était pas un document de formation mais un recueil d'objectifs généraux destiné à encadrer les formations proposées en 2001 aux GC. Les documents faisaient tous, de façon directe ou indirecte, référence au livre de D. Boisvert « Le plan de services individualisé »<sup>23</sup>. Deux des quatre documents le citaient explicitement comme leur première référence (document 2 et 3). Deux autres citaient comme référence un document de 1992 émanant du ministère et qui s'appuyait aussi sur le livre de Boisvert (documents 1 et 4)<sup>23</sup>. Le document 1 suivait de plus les étapes de l'élaboration du PSI proposées dans le livre de Boisvert dans le même ordre. Les définitions données du PSI dans les quatre documents faisaient référence à une « démarche ». Les occasions et la façon dont un GC peut ou doit avoir recours au PSI dans son travail n'étaient traitées dans aucun document. Une grande place était réservée, dans ces documents, à de grandes valeurs consensuelles (équité, justice, égalité, solidarité, intégration sociale,

primauté de la personne, etc.) dont la définition occupait une partie de la formation (documents 1, 2). Deux documents mettaient l'accent sur l'importance de l'organisation de la réunion multidisciplinaire (comme dans le livre de D. Boisvert<sup>23</sup>). Deux documents donnaient des règles précises de rédaction de la section *Problème* (documents 1 et 3). Dans le document 4, le formulaire proposé laissait supposer qu'un seul problème était traité par PSI pour un même client. Concernant la section *Objectif*, la règle était de les rédiger sous forme de comportements observables ou mesurables, avec un seuil et un délai d'obtention (document 1-3), le verbe devant être un verbe d'action (document 2, 3). Le document 3 comportait ainsi une liste de 4 pages de verbes à utiliser pour rédiger au mieux l'objectif. Les verbes d'orientation (maintenir, diminuer, favoriser, améliorer, etc.) étaient signalés comme à éviter (document 3). Les autres sections du formulaire n'ont pas fait l'objet de formation spécifique à leur enseignement. Le caractère évolutif des besoins et des services n'était pas abordé. L'utilisation du PSI par les membres du réseau n'était pas explicitée. Les commentaires des participants à la formation de Sherbrooke ont été conservés et faisaient état d'une insatisfaction concernant le PSI (alors que leur formation était jugée globalement très satisfaisante). La formation PSI a été jugée trop théorique « Comment adapter un outil servant à planifier les services à moyen et long termes, à une clientèle dont l'état de santé et les besoins changent rapidement », « Pourquoi ne se fait-il toujours pas de PSI dans le réseau, après plusieurs années de formation et de sensibilisation ? ».

### Entrevues, le « dit »

Concernant l'utilisation du PSI, les GC ont situé sa rédaction comme le plus souvent ultérieure à la tâche de planification puisqu'il était décrit comme le dernier acte d'un dossier qui parviendrait à un certain état d'équilibre (« *le PSI est l'acte ultime... mais effectivement je le vois comme ça, donc une fois que j'ai toute, toute l'information...* », GC n° 5), (« *Tant qu'ils ne sont pas stables j'écris rien au PSI là. C'est quand ils sont instaurés, mis en place que je le mets le PSI.* », GC n° 3). Notons que cette notion se trouve dans le discours de 12 GC sur les 13 interrogés, le dernier déclare simplement qu'il ne fait pas de PSI (« *ça c'est souvent l'étape que je fais sauter, (...) parce que j'y vois pas l'utilité, (...), c'est comme c'est une étape de plus qu'il faut rédiger le plan d'interventions ou le PSI.* », GC n° 12), et l'analyse de ses dossiers révèle la présence de PSI avec un délai entre le début de la GC et le premier PSI de 115 jours en moyenne.

Les motivations identifiées par les GC pour élaborer le PSI renforçaient cette impression de tâche administrative. En effet, les GC déclaraient : (« *Ca fait partie de nos tâches, on a été engagé en sachant que (...) on devait le faire.* », GC n° 5) ou bien (« *Ça en prend un dans chaque dossier.* », GC n° 3) ou encore (« *il y a un PSI de fait, mais il est pas complet (...) je vais le mettre à jour parce que je présente au comité d'allocation la semaine prochaine* », GC n° 6). Neuf GC ont mentionné le caractère prescrit par la fonction de gestion de cas comme motivation pour élaborer le PSI. Certains percevaient une influence du programme de

recherche lui-même (« *si j'avais pas lu la recherche présentement, je suis pas sûr qu'il y aurait des PSI aux dossiers* », GC n° 1). Cinq GC ont mentionné le protocole de recherche de façon directe ou indirecte en référence au « modèle PRISMA » comme une motivation pour élaborer le PSI.

Les GC n'étaient pas d'accord entre eux sur le contenu attendu d'un PSI (« *moi, (...) je mets tous les services* », GC n° 10), (« *non, je mettais pas tout, finalement pis je mettrai pas tout encore* », GC n° 8), (« *chaque situation d'handicap, d'incapacité doit se retrouver dans le PSI* », GC n° 5). Il est intéressant de souligner que les PSI réellement élaborés ne satisfaisaient pas toujours aux intentions exprimées. Ainsi le GC n° 5 ne parvenait à suivre sa règle de mentionner tous les besoins que 2 fois sur les 12 PSI analysés, le GC n° 8 respectait quant à lui la règle de tous les services dans 3 cas sur 4.

Les GC étaient préoccupés par le fait que peu de personnes dans le réseau semblaient vouloir prendre connaissance des PSI. Le GC n° 8, dont les PSI ont en moyenne 3 accès hormis le GC concerné, la moyenne d'accès la plus élevée, déclarait : « *J'ai déjà regardé dans l'historique, il y a pas beaucoup de monde qui vont regarder ça* ». Les GC se positionnaient différemment également par rapport à l'utilité du PSI pour le GC lui-même (« *la première chose que je vas faire (...) aller voir c'est quoi son plan* », GC n° 12), (« *Des fois je vais aller au dossier mais rarement le PSI* », GC n° 1). L'accès au plan pour les GC pouvait avoir les fonctions suivantes : aide-mémoire sur les services en place, sur les démarches déjà accomplies, ou permettant la gestion des horaires. Paradoxalement pour un outil visant à définir les besoins d'une personne et la planification des services pour y répondre, la seule motivation d'ordre clinique mentionnée par deux GC concernait la limitation des services pour les personnes jugées trop exigeantes (« *pour les gens qui manipulent (...) c'est comme très très très détaillé (...) parce qu'elles ont tendance à toujours demander plus* », GC n° 7).

Le PSI a été décrit comme un élément favorisant la concertation en équipe multidisciplinaire. En dehors de cette dernière fonction, les autres pouvaient être remplacées par la consultation de quelques notes évolutives ou de la conclusion de l'évaluation en l'absence de PSI. Ainsi, aucune fonction liée au travail clinique des GC ne semblait spécifiquement dévolue au PSI.

Le PSI a été présenté par tous les GC comme un outil très fortement lié à leur fonction. (« *C'est l'outil du gestionnaire de cas* », GC n° 11). Aucun GC n'a évoqué l'idée de faire de la gestion de cas sans PSI ; au contraire, les difficultés ressenties sont expliquées par l'aspect innovateur de l'intégration (« *c'est nouveau un réseau intégré (...), la gestion de cas* », GC n° 7), le manque d'accès informatique des partenaires (« *il faudrait que le système (...) soit accessible ailleurs* », GC n° 7), le manque de définition de règles de confidentialité (« *il faut pas trop en mettre non plus dans le PSI, je me dis, parce qu'il est partageable* », GC n° 13). Ils ont également souligné un manque de clarté du concept (« *personne n'a une idée claire de c'est quoi un PSI* », GC n° 7) ; 4 GC utilisent des expressions très proches (« *les PSI qu'on fait actuellement, on met de tout, on met des plans*

*d'interventions disciplinaires, des plans de services, tout est mélangé», GC n° 10). On souligne aussi le manque de formation ou plus exactement son caractère inapproprié (« je trouve que ça a pas assez clarifié ce qu'on devait mettre là dedans », GC n° 13).*

Le formulaire utilisé pour faire les PSI posait problème, les GC ont souligné notamment son manque de clarté (« pour moi, il est clair, je pense que pour les autres il l'est pas », GC n° 5), son aspect statique (« t'sais t'échanges pas avec un PSI, ça bouge pas ça un PSI », GC n° 9), et la lourdeur de la tâche rédactionnelle (« je dois souvent me casser la tête pour écrire l'objectif », GC n° 9). La conséquence de la confrontation de ces attentes et de la réalité était un sentiment de malaise chez les GC (« je suis agacé par mes propres plans des fois, (...) mais là je sais pas comment m'y prendre autrement », GC n° 10). Les attentes étaient en effet nombreuses et concernaient notamment le concept lui-même (« À quoi ça sert ? Dans quel but on fait ça ? Qu'est ce qu'on devrait retrouver là ? », GC n° 10), la formation (« je pense qu'on a besoin de formation par rapport à ça », GC n° 10), et la simplification du formulaire (« pour moi un PSI ça devrait être facile au niveau de la formulation », GC n° 1).

### **Analyse des dossiers**

Notre analyse a porté sur l'ensemble des PSI (n=101) contenus dans les 50 dossiers. Le délai moyen entre le début de la gestion de cas et le premier PSI était très variable : 0-598 jours sur les 50 PSI. Ce délai était en moyenne assez élevé (117j). On notait également une variabilité de l'attitude des GC vis-à-vis du PSI car les moyennes variaient entre 11 et 308j selon les GC. Mais les GC eux-mêmes n'étaient pas constants dans leurs délais, sauf deux qui semblaient tenter de faire le PSI dans les 30 premiers jours. Ces deux GC travaillaient sur le même site où leur supérieur avait donné des directives pour que les dossiers soient conformes au modèle d'intégration (donc contenant un PSI). Un autre GC sur le même site présentait cependant une moyenne de rédaction du 1<sup>er</sup> PSI de 71j après le début de la gestion de cas (étendue de 0 à 267j). Les délais entre l'évaluation et le PSI suivaient la même variabilité : 0-524 jours, 68j en moyenne, avec des moyennes entre 5 et 250j selon les GC. Notons enfin une tendance à la réduction du délai Évaluation-PSI : 138j en 2001-2002, 39j en 2003.

Le nombre de lignes était en moyenne de 5,5 mais avec une grande variabilité (1-19) et plusieurs problèmes étaient souvent signalés sur une même ligne puisque le nombre moyen de problèmes était de 7,1 variant de 1 à 20. La complexité de lecture augmentait avec la colonne objectif qui contenait en moyenne 6,9 objectifs par PSI (2-25), mais surtout avec le nombre d'interventions qui était de 10,6 (2-33) sans relation directe avec le nombre d'intervenants puisque, dans un grand nombre de cas, plusieurs interventions étaient réalisées par le même intervenant (exemple : PSI n° 2, dossier 47 : l'auxiliaire familiale était l'intervenante pour les interventions suivantes : « aide à l'hygiène », « aide pour couper les ongles », « préparation des repas », « support à l'entretien de la maison », « commande

*d'épicerie* ». À l'inverse, parfois plusieurs intervenants devaient assurer la même intervention (exemple PSI n° 2, dossier 38 : 7 intervenants assurent l'intervention « répit pour le conjoint » : le centre de jour, le centre d'hébergement temporaire, les 2 travailleurs sociaux de ces organismes et le GC lui-même, un organisme communautaire et une ressource privée).

Sur les 77 PSI informatisés, on notait de 0 à 30 accès au document (en moyenne 11 accès au PSI durant les 6 mois qui suivaient sa rédaction). La grande majorité (91 %) des accès au PSI l'étaient par les GC ; dans 70 % des cas, il s'agissait du rédacteur lui-même. Dans les 9 % restant, 5 accès au moins étaient d'ordre administratif : gestionnaires de programmes (n=2) et archivistes (n=3). Les accès des autres intervenants du système d'aide aux personnes étaient rares. On trouvait trace d'un envoi du PSI par courrier au médecin de famille dans 27 cas sur 101. Aucun autre destinataire n'était mentionné dans le dossier.

Aucune règle précise n'a été suivie pour la rédaction des problèmes ou besoins, la forme de rédaction suggérée n'a jamais été employée. Aucun des 699 objectifs écrits dans les PSI ne pouvait être considéré comme un comportement observable ou mesurable avec un seuil et un délai d'obtention comme cela avait été exposé lors de la formation. Par contre, 80,7 % des objectifs correspondaient à des orientations d'action continue dans le temps, utilisant les verbes qu'il était recommandé d'éviter (compenser, améliorer, maintenir, surveiller, apprendre, etc..). Le médecin de famille (MF) était mentionné dans 73 PSI sur 101. Du fait de la structure du document où la mention de l'intervenant dépend des problèmes identifiés, le MF était parfois mentionné à plusieurs reprises dans le même PSI. Il était possible qu'il ne soit pas le seul intervenant sur une seule ligne de problème. Nous faisons donc ici une analyse par ligne de PSI. Lorsqu'ils étaient mentionnés dans une ligne du PSI, les problèmes auxquels son intervention devait trouver solution étaient des problèmes de santé dans 58 cas sur 80, de perte d'autonomie dans 17 cas et des problèmes psychosociaux dans 5 cas. Les objectifs étaient souvent très vagues et en rapport avec la profession médicale d'une façon générale (« *assurer un suivi médical* », « *maintenir l'état de santé* », « *Madame aura les médicaments et les soins requis* »). Des objectifs plus spécifiques étaient beaucoup plus rarement utilisés (« *diminuer la fréquence des mictions et rougeurs associées à l'incontinence* »).

Nous avons de même étudié les lignes de PSI où le GC est mentionné en tant qu'intervenant. Les problèmes étaient souvent multiples et de divers ordres, principalement psychosociaux et en rapport avec la perte d'autonomie, tels que : « *conditions précaires de récupération suite à ses fractures* », ou « *besoin d'aide à la gestion de ses rendez-vous et contact avec son réseau* ». Ici aussi on constatait que l'objectif était très souvent une description assez générale de la fonction même de GC : « *permettre d'utiliser les services et de diminuer la lourdeur de la gestion* », « *Mr aura des conseils qui lui permettront de demeurer à domicile le plus longtemps possible...* », « *Offrir une présence et un soutien à l'aidée tout en supportant l'aidante naturelle* ». Une description plus individualisée de la tâche

était assez rare. Il est intéressant de noter que lorsque c'est le cas, l'objectif était toujours en rapport avec la santé et ne correspondait pas toujours à la profession antérieure des GC : « Éviter d'augmenter douleurs, Éviter chute ou augmentation douleurs lors bain (...) » (GC initialement infirmière), « Investiguer l'incontinence et identifier une compensation adéquate » (GC initialement psychologue), « s'assurer que M<sup>me</sup> a un apport alimentaire suffisant (pas de perte de poids), surveiller problème de constipation » (GC initialement travailleuse sociale). La fréquence était libellée sous la forme « au besoin », sans description du processus de repérage de la survenue du besoin dans 37,5 % des cas et ne permettait donc pas de connaître précisément l'horaire de délivrance, ni la fréquence réelle de ces services.

L'analyse qualitative des dossiers mettait en évidence que la tâche de planification individualisée existait bien mais n'était pas supportée par le document PSI dont il ne rendait qu'imparfaitement compte. Les indices qu'il y a bien eu planification individualisée s'observaient dans les notes évolutives (« contact avec médecin de famille, précise que les médecins de la clinique de la douleur n'ont pas recommandé les infiltrations et suggéré la morphine, (...) Il est d'accord pour la baignade et le centre de jour (...) »). On en trouvait également dans les conclusions des évaluations (« pour le ménage, Mr X refuse l'aide du réseau, il va demander à la famille de s'impliquer d'avantage (...). Il accepte l'aide à la toilette et un peu d'aide financière pour s'acheter des services. »).

### Comparaison PSI-Évaluation

Trois PSI étaient rédigés sans que l'on ne trouve trace d'évaluation antérieure ou contemporaine, sept étaient rédigés après une évaluation limitée à la mesure de la perte d'autonomie. On pouvait donc réaliser une comparaison entre les données du PSI et celles de l'évaluation dans la quasi-totalité des cas. La comparaison des données du PSI avec celles de l'évaluation muticlientèles permettait de remarquer que les PSI, dans leur ensemble, ne recensaient ni les problèmes (tableau 9.1) des personnes ni les services qu'elles utilisaient (tableau 9.2). Les problèmes qui étaient le plus souvent absents sur les PSI sont ceux en rapport avec la santé, les services qui manquaient le plus souvent sont de type non professionnel. Nous avons cherché à savoir si les GC d'un PSI à l'autre semblaient suivre une même logique de rédaction. D'après notre analyse des PSI (tableaux 9.1 et 9.2), il semble qu'il pouvait y avoir deux types de logique : soit le GC s'attachait à faire la liste de tous les besoins ou de tous les besoins sauf ceux concernant directement les services professionnels de santé, soit le GC s'attachait à faire la liste de tous les services ou de tous les services professionnels. Nous avons donc d'abord classé les PSI selon qu'ils faisaient une recension soit des problèmes, soit des services (tableau 9.3), ce qui conduit à constater que 46 PSI sur 101 ne semblaient suivre aucune règle, ni concernant les services, ni concernant les problèmes, et que dans 25 cas, le rédacteur recensait tous les services professionnels autour de la personne. Par la suite, nous avons tenté de définir si les PSI qui semblaient répondre à une norme étaient tous issus des mêmes rédacteurs. Sur

les 13 GC, aucun ne suivait toujours la même règle pour tous ses PSI. Néanmoins, si 7 ne suivaient aucune règle pour plus de 50 % de leur PSI, 2 favorisaient dans plus de 50 % des PSI la recension des besoins, et 4 la liste des services professionnels.

## Discussion

Nous rapportons ici une implantation qualitativement problématique des PSI dans une expérimentation où la seule évaluation quantitative a conclu à une bonne implantation de l'outil. En effet, si le document PSI était le plus souvent présent dans les dossiers, notre analyse a mis en évidence que l'utilisation pratique du document était faible et que son utilité restait assez théorique. Notamment le moment de sa rédaction, les motivations qui sous-tendent son élaboration et son utilisation étaient imprécises. L'ensemble du dossier clinique rendait bien compte d'une activité réelle de planification individualisée par les GC, mais la place du document PSI par rapport à ce processus paraissait au mieux accessoire. Le cadre conceptuel qui a servi de référence aux formateurs<sup>23</sup> était basé sur une autre clientèle (personne atteinte de déficience intellectuelle notamment) où, les besoins et incapacités étant stables sur des périodes longues, l'aspect notamment dynamique du PSI n'était pas essentiel. Le formulaire lui-même a été mis au point pour la planification d'un nombre assez limité d'interventions pendant une période assez brève (plan d'intervention issu du travail infirmier et adapté au travail d'équipe soignante). Il semble montrer des limites pour une utilisation à plus long terme avec un nombre important de problématiques et d'intervenants. Ainsi, les PSI étaient réalisés principalement aux fins de documentation du dossier ou pour des motifs administratifs, même si une fonction clinique de synthèse du dossier peut parfois lui être reconnue. Néanmoins, les GC ont exprimé le besoin d'avoir un outil d'aide à la planification, dont ils supposent que cela aurait dû être l'utilité du PSI.

Notons ici que tout outil utilisé dans un système intégré a souvent une fonction, non seulement au plan clinique mais souvent également au plan de la gestion et de la gouverne. Il en est ainsi des outils d'évaluation (SMAF) qui sont couplés à des systèmes de classification (« *case-mix* ») (Profils Iso-SMAF<sup>24</sup>) et servent ainsi à la gestion des ressources (personnel, budget, etc.) et à la planification des services et au développement des réseaux intégrés. De ce point de vue, l'absence d'utilisation des informations PSI au plan de la gestion et de la gouverne est également symptomatique de son inadaptation à l'intégration sous sa forme actuelle. Au cours du développement de l'intégration au Québec, le choix des outils d'évaluation a donné lieu à une réflexion en profondeur amenant notamment à l'abandon de l'outil CTMSP jugé inadapté en raison de l'absence de prise en compte de certains facteurs environnementaux essentiels aux réseaux intégrés<sup>25</sup>.

Nos résultats amènent à s'interroger sur l'adéquation du PSI comme outil d'intégration clinique. Si l'on considère le discours des GC, il semble pourtant exister un besoin d'accompagner et de faciliter cette tâche complexe de la planification individualisée dans un réseau intégré de service. Les fonctions les plus souli-

gnées dans les formations, la littérature et même les attentes des GC vis à vis du PSI tournent autour de la coordination (non seulement temporelle mais dans la cohérence des interventions entre elles), et de la continuité informationnelle (concis, précis). Il existe également une attente autour de la simplification de la tâche rédactionnelle et de l'aspect dynamique de l'outil qui se présenterait comme un tableau de bord du GC lui indiquant, rapidement, les besoins, les services en place et ceux qui sont en attente ou non disponibles (et la solution trouvée). Dans un tel outil, les objectifs n'ont pas besoin d'être des comportements observables avec un seuil et un délai d'obtention, mais plutôt des orientations globales. Cela suppose que ces orientations sont prises en compte par chaque intervenant ou équipe d'intervenants au moment de la rédaction de son plan d'intervention. Cette modification des règles de rédaction répondrait à certaines préoccupations des GC autour d'une plus grande facilité d'utilisation du PSI. Elle s'appuie d'ailleurs sur une adaptation intuitive des GC qui utilisaient déjà de tels verbes dans plus de 80 % des cas en rédigeant leurs objectifs. On peut noter au passage qu'un tel tableau de bord documentant les écarts entre les besoins des personnes et les services effectivement offerts par le réseau intégré serait utile au plan de la gestion et de la gouvernance, ce qui lui confère pleinement sa fonction d'outil d'intégration. Bien sûr, des conditions préalables paraissent nécessaires ; les GC insistent notamment sur une formation adéquate non seulement d'eux-mêmes mais également des autres intervenants du réseau afin que l'habitude d'aller chercher l'information dans le PSI soit développée. Pour cela, l'informatisation de l'outil paraît également nécessaire ainsi que l'amélioration de l'accessibilité de l'outil informatique à l'intérieur des réseaux.

Selon les critères de qualité de la recherche qualitative développés par Mays et al<sup>26</sup>, notre étude présente plusieurs facteurs permettant de juger de sa validité. Les méthodes qualitatives que nous avons déployées (analyse contextuelle, analyse documentaire et entretiens) nous permettent d'avoir une triangulation de méthodes sur notre objet et, du fait de la congruence des analyses, d'augmenter notre niveau de confiance en nos résultats. Cette triangulation permet également au lecteur de juger de notre niveau d'interprétation du corpus. L'investigateur principal de l'étude est très extérieur au champ étudié puisque, gériatre hospitalier d'origine française, il a rejoint le groupe d'étude alors que l'étude d'impact et d'implantation était dans sa troisième année. N'ayant a priori aucune connaissance du tissu sociosanitaire québécois, son point de vue par rapport à l'objet PSI était « naïf ». En effet, s'il existe, dans la loi française, une référence à la tâche de planification pour élaborer un plan d'aide, cette tâche n'incombe jamais à un médecin hospitalier. Enfin, en France contrairement au Québec les intervenants n'ont pas de « culture » de l'importance du plan et des techniques pour l'élaborer. Cette distance du chercheur par rapport à l'objet d'étude et aux personnes ayant émis leur opinion diminue les biais personnels et intellectuels inhérents à ce type de recherche.



Nous avons abordé l'étude avec l'idée développée dans la littérature que les GC avaient besoin des PSI pour effectuer leurs tâches. C'est donc par une attention particulière au cas négatif par rapport à cette présomption que nous sommes parvenus à la conclusion que l'outil utilisé actuellement dans les réseaux explorés n'était pas directement utile au GC dans sa tâche de planification. Nous avons également cherché à avoir une validation par les répondants (« répondent validation ») en présentant nos résultats de recherche d'abord en petit groupe de professionnels (GC), puis en groupes plus larges (conférence ouverte au public, avec invitation des GC, et questionnaires du réseau de la santé et des services), enfin en colloque au niveau provincial puis international. Nos résultats ont semblé, lors de ces rencontres, révéler la réalité de travail des GC, dans les trois territoires de notre étude, mais également bien au-delà.

La principale limite de notre étude est qu'elle ne concerne qu'un seul outil de planification. Néanmoins, cet outil est le seul qui ait une place réglementaire dans le système de la santé et des services sociaux au Québec. Par ailleurs, sa structure est très semblable aux outils présentés dans divers manuels de gestion de cas à travers le monde (notamment en France<sup>27</sup> et aux États-Unis<sup>14</sup>). Nous n'avons pas connaissance de l'existence d'autres outils mis au point et scientifiquement validés pour aider la tâche de planification individualisée des GC. Nos travaux ont permis la réflexion au Québec autour des pratiques de planification individualisée et la production de recommandations pour l'évolution de l'outil<sup>28</sup>. Nous pensons que l'expérimentation PRISMA présente plusieurs forces qui rendent ces résultats significatifs dans d'autres contextes d'intégration. Toutes les zones d'étude ont cherché à implanter l'intégration selon le même modèle PRISMA défini *a priori* et dont l'un des critères constitutifs était l'utilisation du PSI. Ainsi, on peut penser qu'il y a initialement une certaine homogénéité dans les tentatives de mise en œuvre de chacun des points du modèle, dont le PSI. Cette homogénéité d'intention se réalise néanmoins dans trois milieux d'étude contrastés (rural, rural en périphérie d'une ville et urbain). Dans notre étude, nous ne mettons pas en évidence d'influence de la localisation dans l'un ou l'autre milieu sur l'utilité du PSI. À l'inverse, les pratiques peuvent légèrement différer de façon anecdotique selon des consignes de l'encadrement sur la date de rédaction ou sur le fait d'inscrire le MF systématiquement comme intervenant. Par ailleurs, les GC provenaient d'horizon professionnels divers (travailleurs sociaux, infirmiers, psychologues) sans que nous ne mettions en évidence non plus d'influence de cet horizon professionnel sur le PSI. Enfin les GC provenaient d'organisations différentes dans le système de services et de la santé du Québec (hôpitaux, centre local de services communautaires, organismes communautaires notamment) sans influence non plus de ces paramètres. Ainsi, nos conclusions semblent pouvoir s'appliquer à un très large éventail de contextes d'intégration.

## Conclusion

Le PSI semble être pour les GC un outil important qui devrait aider à réaliser la tâche de planification individualisée, être dynamique et permettre l'échange d'information. Les formulaires en cinq colonnes principales (outre la date) tel que celui utilisé dans l'expérimentation PRISMA et dans d'autres contextes de soin ne semblent pas satisfaisants. En cas de volonté forte d'implantation, on peut observer une augmentation du nombre de dossiers contenant un PSI mais cela ne reflète ni les besoins de la personne, ni l'ensemble des services. Les motivations des GC pour remplir de tels outils sont principalement d'ordre « administratif » et l'utilisation par la personne ou dans le réseau en est faible. Du fait de cette inadéquation entre l'utilité potentielle et attendue par les GC et l'utilisation réelle, un groupe de travail a été réuni, sous mandat du ministère de la Santé et des Services sociaux, en vue de propositions concrètes de modifications de l'outil. Si un nouvel outil était implanté, nos résultats soulignent l'importance de la mise en œuvre d'une formation adéquate. De plus, la méthodologie qualitative que nous avons utilisée en adoptant le cadre conceptuel de l'ergonomie cognitive nous paraît adaptée pour l'évaluation de son utilité pour l'implantation d'une intégration clinique réelle et efficace.

Tableau 9.1

### Comparaison du nombre et du type de problèmes et handicaps signalés dans le PSI et dans l'évaluation multidimensionnelle

Problèmes ou handicaps	Signalés dans les PSI	Non signalés dans les PSI, notifiés dans l'évaluation	Total
Problèmes de santé	141	225	366
Problèmes de prévention (alimentation, tabac, alcool, sécurité)	2	29	31
Problèmes de perte d'autonomie (handicap ou instabilité de la ressource comblant un handicap)	424	271	695
Problèmes psychosociaux	132	132	264
Problèmes financiers	11	15	26
Autres problèmes	6	23	29
<b>Total</b>	<b>716</b>	<b>695</b>	<b>1411</b>

Tableau 9.2

**Comparaison du nombre et du type d'intervenants dans les PSI  
et dans l'évaluation multidimensionnelle**

(la présence du médecin de famille est un présupposé dans les deux cas,  
tel qu'analysé dans le texte)

<b>Intervenants hors médecin de famille</b>	<b>Signalés dans les PSI</b>	<b>Non signalés dans les PSI, notifiés dans l'évaluation</b>	<b>Total</b>
La personne elle-même	17	67	84
Famille et proches	159	513	672
Ressources privées	109	176	285
Organismes communautaires	67	14	81
Services publics (médicaux et sociaux)	461	81	542
Ressources publiques institutionnelles (centre de jour, hébergement temporaire)	116	5	121
Autres et mal identifiés	29	14	43
<b>Total</b>	<b>958</b>	<b>870</b>	<b>1828</b>

Tableau 9.3

**Répartition des 101 PSI analysés selon qu'ils répondent à une règle de rédaction concernant les services (en colonne) ou les besoins (en ligne)**

	<b>Tous les services</b>	<b>Tous les services sauf la personne et les aides informelles</b>	<b>Pas de règle/ services</b>	<b>information ou service manquant</b>	<b>Total</b>
Tous les besoins	1	1	8	0	10
Tous les besoins sauf santé	0	2	8	1	11
Pas de règle/ besoins	4	22	46	5	77
Évaluation manquante	1	0	0	2	3
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>25</b>	<b>62</b>	<b>8</b>	<b>101</b>

## Références

1. Kodner, D.L. **The quest for integrated systems of care for frail older persons.** *Aging Clin Exp Res* 2002, **14**(4):307-313.
2. Kodner, D.L. et Kyriacou, C.K. **Fully integrated care for frail elderly : two American models.** *Int J Integr Care* 2000, **1**:e08.
3. Johri, M., Béland, F. et Bergman, H. **International experiments in integrated care for the elderly : a synthesis of the evidence.** *Int J Geriatr Psychiatry* 2003, **18**(3):222-235.
4. Hébert, R., Durand, P.J., Dubuc, N. et Tourigny, A. **PRISMA : a new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada.** *Int J Integr Care* 2003, **3**:e08.
5. 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**(2):172-176.
6. Bernabei, R., Landi, F., Gambassi, G., Sgadari, A., Zuccala, G., Mor, V., Rubenstein, .LZ. 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**(7141):1348-1351.
7. Newcomer, R., Harrington, C. et Kane, R. **Challenges and accomplishments of the second-generation social health maintenance organization.** *Gerontologist* 2002, **42**(6):843-852.
8. Tourigny, A., Durand, P.J., Bonin, L., Hébert, R. et Rochette, L. **Évaluation de l'efficacité d'un réseau de services intégrés pour les personnes âgées vulnérables.** In *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*. Edited by Hébert R, Tourigny A, Gagnon M. Québec (QC) : EDISEM ; 2004:57-78.
9. Somme, D., Hébert, R., Bravo, G. et Blanchard, F. **Le plan de services individualisé (PSI). Concept et utilisation à travers les expériences québécoises et internationales d'intégration des services aux personnes âgées.** In *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*. Edited by Hébert R, Tourigny A, Gagnon M. Québec (QC) : EDISEM ; 2004:281-299.
10. 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 : I. The model of care.** *Age Ageing* 1991, **20**(4):236-244.
11. Pacala, J.T., Boulton, 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**(5):538-542.

12. 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**(2):39-48.
13. Capitman, J. et Sciegaj, M. **A contextual approach for understanding individual autonomy in managed community long-term care.** *Gerontologist* 1995, **35**(4):533-540.
14. Moxley, D.P. *The practice of case-management. Volume 58 p.* Newbury Park (CA) : Sage Publications Inc ; 1989.
15. Genrich, S.J. et Neatherlin, J.S. **Case manager role. A content analysis of published literature.** *Care Manag J* 2001, **3**(1):14-19.
16. Landi, F., Tua, E., Onder, G., Carrara, B., Sgadari, A., Rinaldi, C., Gambassi, G., Lattanzio, F. et Bernabei, R. **Minimum data set for home care: a valid instrument to assess frail older people living in the community.** *Med Care* 2000, **38**(12):1184-1190.
17. Hébert, R., Guilbeault, 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 : J Can Geriatr Soc* 2001, **4**:141-147.
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**(1):9-14.
19. Hébert, R. et Veil, A. **Monitoring the degree of implementation of an integrated delivery system.** *Int J Integr Care* 2004, **4**:e05.
20. Leutz, W.N. **Five laws for integrating medical and social services : lessons from the United States and the United Kingdom.** *Milbank Q* 1999, **77**(1):77-110.
21. de Montmollin, M. *L'ergonomie.* 3<sup>e</sup> édition. Paris : La Découverte ; 1996.
22. 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 Ageing* 1988, **17**(5):293-302.
23. Boisvert, D. *Le plan de services individualisé : participation et animation.* Éd. rev. et corr. Cap-Rouge, QC : Presses inter Universitaires ; 1995.
24. Dubuc, N., Hébert, R., Desrosiers, J., Buteau, M. et Trottier, L. **Disability-based classification system for older people in integrated long-term care services : the Iso-SMAF profiles.** *Arch Gerontol Geriatr* 2006, **42**(2):191-206.
25. Collectif. *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.* Québec, (QC) : Ministère de la santé et des services sociaux ; 2000.
26. Mays, N. et Pope, C. **Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research.** *BMJ* 2000, **320**(7226):50-52.
27. Collectif. *Notice d'information sur l'allocation personnalisée d'autonomie.* Paris, (France) : Ministère des affaires sociales, du travail et des solidarités, Ministère de la santé de la famille et des personnes handicapées ; 2001.
28. Collectif. *Groupe de travail sur la planification des services. Cadre de référence sur la planification des services.* Québec, (QC) : Ministère de la santé et des services sociaux ; 2006.

## Annexes

### Annexe 1

#### Titre des colonnes du document utilisé en début d'implantation pour la réalisation de plan de services individualisés

DATE	N°	PROBLÈMES	OBJECTIFS	MOYENS/INTERVENTIONS	INTERVENANTS	SERVICES ALLOUÉS
		Quelle est la manifestation et la source de la difficulté ?	Quel est le résultat attendu de l'intervention ?	Quelle intervention doit être effectuée pour corriger le problème ou la difficulté et atteindre l'objectif visé ?	Qui va intervenir ?	Nombre de fois ou fréquence de l'intervention

### Annexe 2

#### Exemple d'item de l'outil d'évaluation multiclientèles

**3. SANTÉ PSYCHIQUE (état dépressif, idée suicidaire, idée paranoïde, délire, comportement violent, manie, etc.)**

Difficultés éprouvées ou observations spécifiques :  Non \_\_\_\_\_  
 Oui, préciser : \_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_

Problème identifié    Non —  N  
 Oui —  O

### Annexe 3

#### Exemple d'item du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle

<p><b>0</b> Se nourrir seul</p> <p><b>-0,5</b> Avec difficulté</p> <p><b>-1</b> Se nourrir seul mais requiert de la stimulation ou de la surveillance OU on doit couper ou mettre en purée sa nourriture au préalable</p> <p><b>-2</b> À besoin d'une aide partielle pour se nourrir OU qu'on lui présente les plats un à un</p> <p><b>-3</b> Doit être nourri entièrement par une autre personne OU porte une sonde naso-gastrique ou une gastrostomie</p> <p><input type="checkbox"/> sonde naso-gastrique    <input type="checkbox"/> gastrostomie</p>	<p>Actuellement, l'usager a les ressources humaines (aide ou surveillance) pour combler cette incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Oui _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non _____</p> <p>Ressources* : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>0 —</p> <p>+</p> <p>-1</p> <p>-2</p> <p>-3</p> <p>=</p>
<p>Commentaires (aide technique utilisée, par exemple) : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		

# Chapitre 10

## Les coûts d'implantation et de fonctionnement du réseau intégré de services pour les personnes âgées en Estrie

---

Suzanne Durand, Danièle Blanchette, Réjean Hébert

---

### **Points saillants**

Pour un degré de mise en œuvre du RISPA de 85 %, le coût d'implantation dans une zone urbaine représente, en dollars de 2002, 27 \$ par personne âgée de 65 ans et plus, alors que pour des degrés de mise en œuvre entre 69 % et 78 % en zone rurale, il oscille entre 37 \$ et 47 \$.

Considérant les mêmes degrés de mise en œuvre, les coûts annuels différentiels occasionnés par le fonctionnement des composantes du RISPA représentent, en zone urbaine, 52 \$ par personne âgée de 65 ans et plus (en dollars de 2002). Ces coûts varient entre 41 \$ et 49 \$ en zone rurale.

L'étude des coûts d'implantation et de fonctionnement d'un réseau intégré de services pour les personnes âgées (ci-après, RISPA) est une partie intégrante de l'étude d'impact économique du RISPA en Estrie présentée au chapitre 13. L'impact économique s'évalue à l'aide d'une analyse différentielle basée sur la comparaison des coûts de l'ensemble des services sociaux et de santé dispensés dans les trois municipalités régionales de comté (ci-après, MRC) expérimentales (Sherbrooke, Granit et Coaticook) et les trois MRC témoins (Lévis, Montmagny et L'Islet). Pour cette analyse différentielle, il est essentiel d'identifier les coûts relatifs au nouveau programme<sup>1</sup>, le RISPA. Bien que la plupart des études portant sur l'intégration des services que nous avons consultées<sup>2, 3, 4, 5, 6</sup> fassent peu état de coûts d'implantation, les coûts d'organisation et de mise en place d'un programme doivent être évalués<sup>1, 7</sup>. Cela permet de mieux informer les dirigeants et les gestionnaires des activités essentielles à la mise en place d'un RISPA et des coûts afférents.

Nous présentons brièvement quelques aspects méthodologiques qui sont détaillés dans un texte antérieur<sup>8</sup>. Ensuite, nous analysons les résultats pour les trois MRC expérimentales, leurs coûts d'implantation cumulé jusqu'au 31 mars 2005 et leurs coûts annuels de fonctionnement pour les années financières terminées



les 31 mars 2003, 2004 et 2005 (ci-après, désignées comme étant les années 2003, 2004 et 2005). Ces résultats sont ensuite discutés.

## Aspects méthodologiques

Dans l'étude d'impact économique (chapitre 13), la perspective sociétale a été privilégiée, tel que recommandé dans la littérature en économie de la santé<sup>1</sup>. Cette perspective implique la prise en compte des coûts assumés par toutes les sources publiques, privées et bénévoles. Toutefois, pour l'implantation et le fonctionnement, seuls les coûts exclusivement financés par des sources publiques ont été rapportés dans ce texte ; les coûts financés par des sources privées ou bénévoles ne se sont pas avérés suffisamment importants pour être pris en compte.

Plusieurs éléments du contexte de l'implantation du RISPA en Estrie soulignent les difficultés rencontrées lors de l'étude et justifient le choix de la technique de microanalyse pour l'évaluation des coûts attribuables au RISPA :

- l'implantation du RISPA a débuté en 2000 et elle n'était pas tout à fait complétée au 31 mars 2005<sup>9</sup> ;
- le système de la santé et des services sociaux vivait concurremment d'autres réorganisations ;
- les six composantes du RISPA ont été déployées à des rythmes différents ;
- les budgets accordés pour l'implantation et le fonctionnement du RISPA couvraient aussi indistinctement l'amélioration de la gamme de services qui ne fait pas partie des composantes du RISPA ;
- les budgets supplémentaires étant limités, les MRC ont aussi réaffecté au bénéfice du RISPA une partie de leurs budgets d'opérations courantes.

Pour la microanalyse, nous avons fait appel à la collaboration de chefs de programme et de responsables financiers des trois MRC expérimentales, de plusieurs établissements à vocation régionale et de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie (ci-après, l'Agence). Les ressources supplémentaires affectées au RISPA ainsi que les ressources qui lui ont été réaffectées ont été identifiées à l'aide de questionnaires, d'entrevues et d'analyses de rapports financiers. La valorisation de ces ressources, servant à les traduire en coûts, a été faite suivant le principe du coût d'opportunité<sup>1, 10</sup> qui, de façon générale, correspond au prix du marché<sup>1, 10, 11</sup>. Une partie importante des ressources consacrées au RISPA sont des ressources humaines ; dans ce cas, le prix du marché correspond à la rémunération globale constituée de la somme du salaire et des avantages sociaux. Tous les coûts utilisés sont des coûts constants de 2002 afin de permettre une comparaison à l'abri des effets de l'inflation<sup>1</sup>.

La compilation des coûts par personne diffère selon la composante du RISPA concernée. Le mode de répartition de chacune des six composantes, concertation inter-établissements (ci-après, concertation), guichet unique (ci-après, guichet), gestion de cas (ci-après, GC), dossier clinique informatisé (ci-après, DCI) supporté par le Système d'information géronto-gériatrique (ci-après, SIGG), plan

de services individualisé (ci-après, PSI) et outils communs, est présenté au tableau 10.1. Étant donné que le RISPA s'adresse aux personnes qui ne sont pas institutionnalisées (admissibles en CHSLD), les coûts de la concertation et du guichet sont répartis entre les personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile (résidence individuelle ou collective). Parmi ces personnes, la GC et le DCI visent celles qui sont exposées à la perte d'autonomie. Pour ces deux composantes, des coûts *effectifs* par personne ont donc été établis à partir d'un nombre moyen de personnes ayant bénéficié de la GC au cours de la période visée. Nous avons aussi compilé des coûts *théoriques* par personne en utilisant une charge standard de 45 cas<sup>12</sup>. Ces coûts *théoriques* donnent un aperçu du résultat si la MRC atteignait la charge de cas moyenne visée de 45 cas par gestionnaire de cas. Le coût du PSI est intégré à celui de la GC et le RISPA n'a pas engendré de coûts spécifiques pour les outils.

Tableau 10.1  
Mode de répartition des coûts pour chaque composante du RISPA

Composante	Mode de répartition - dénominateur
<b>Concertation</b>	Nombre de personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile, dans une résidence individuelle ou collective
<b>Guichet</b>	
<b>GC</b>	<i>Effectif</i> : nombre moyen de personnes ayant bénéficié de la GC au cours de la période visée
<b>DCI</b>	
<b>PSI</b>	Coût intégré au coût de la GC
<b>Outils communs</b>	Aucun coût attribuable spécifiquement au RISPA

Puisque les caractéristiques des MRC influent sur leurs coûts d'implantation et de fonctionnement, nous présentons et analysons celles-ci avant de décrire ces coûts.

## Résultats descriptifs des MRC

Nous résumons, au tableau 10.2, quelques caractéristiques des trois MRC à l'étude ainsi que les données ayant servi de dénominateur aux différents calculs des coûts par personne.

Sherbrooke est une ville-centre où sont situés a) plusieurs établissements à vocation universitaire et régionale, un Centre local de services communautaires (CLSC) et un Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) qui ont été fusionnés en 2005, et un Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS), b) des établissements à vocation régionale, un Centre de réadaptation (CR), une unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) et une unité de courte durée gériatrique (UCDG) et c) à vocation locale, un Centre de jour et

Tableau 10.2  
Description des MRC

Caractéristique	Sherbrooke	Granit	Coaticook
Type de MRC	urbaine	rurale	rurale
Établissements sur le territoire	CHSGS, CLSC et CHSLD à vocation universitaire ; CR, URFI, UCDG, Centre et Hôpital de jour	Carrefour santé : CHSG, CLSC et CHSLD	Carrefour santé : CLSC, CHSLD et urgence de 6 lits
Degré de mise en œuvre en 2004	85,2 %	77,6 %	69,3 %
Nombre de personnes âgées vivant à domicile	17 941	3 197	2 210
Modèle de GC	hybride	hybride	mixte
ETC en GC (modèle hybride)			
année 2003*	6,00	1,93	0,75
année 2004*	8,17	2,42	0,76
année 2005*	14,00	2,80	1,14
Nombre moyen de personnes bénéficiant de GC (charge de cas moyenne)			
année 2003*	179 (30)	55 (29)	15 (20)
année 2004*	199 (24)	75 (31)	25 (33)
année 2005*	485 (35)	100 (36)	40 (35)

\* Année représentée ici l'année financière terminée le 31 mars de l'année désignée.

un Hôpital de jour. Granit, une MRC rurale, possède un Carrefour de la santé (devenu Centre de santé et de services sociaux, CSSS, en 2005) qui comprend les missions de CHSG, de CLSC et de CHSLD. Au besoin, les résidents de ce territoire se rendent dans les établissements régionaux de l'Estrie ou d'une région administrative limitrophe. La deuxième MRC rurale, Coaticook, possède aussi un Carrefour de la santé (devenu CSSS en 2005) qui comprend les missions de CLSC et de CHSLD en plus de six lits pour les cas d'urgence. Au besoin, les résidents de la MRC se rendent dans les établissements régionaux de l'Estrie.

Pour les trois MRC, les composantes *concertation*, *guichet* et *GC* sont devenues opérationnelles dans la deuxième partie de l'année 2002, considérée comme année de départ du RISPA et première année de l'étude d'impact. L'étude d'impact s'est terminée avec la quatrième année, soit 2005. C'est pourquoi, nous avons compilé les coûts d'implantation jusqu'au 31 mars 2005. Toutefois, lorsqu'une composante est considérée opérationnelle, elle ne l'est pas nécessairement à 100 %. L'étude d'implantation menée par Veil et Hébert<sup>9</sup> fournit des mesures semestrielles du degré de mise en œuvre (considérant les six composantes) à partir de juillet 2001 jusqu'à juillet et novembre 2004. Nous retenons les dernières mesures disponibles, illustrées au tableau 10.2, comme mesure des degrés de mise en œuvre au 31 mars 2005. Elles indiquent que le RISPA de Sherbrooke était alors implanté à 85 %, celui du Granit à 78 % et celui de Coaticook à 69 %.

Le nombre de personnes âgées vivant à domicile (résidence individuelle ou collective) dans chaque MRC s'élevant respectivement à 17 941, 3 197 et 2 210, a été établi à l'aide des projections démographiques de 2002 du ministère de la Santé et des Services sociaux et de la banque « image » de l'Agence.

Deux MRC, Sherbrooke et Granit, ont choisi le modèle de GC hybride dans lequel le gestionnaire de cas exerce son rôle de gestionnaire de cas avec la clientèle admissible à la GC tout en assumant les interventions reliées à sa profession d'origine (principalement agent de relation humaine ou infirmière) auprès de cette même clientèle. Pour sa part, Coaticook a choisi le modèle mixte, ce qui implique que le gestionnaire de cas intervient dans ses deux rôles (GC et sa profession) auprès de la clientèle admissible à la GC mais qu'il intervient également auprès de la clientèle non admissible à la GC dans son champ professionnel d'origine. Pour fins d'uniformité, dans le décompte du nombre d'équivalent temps complet (ci-après, ETC) affecté à la GC, nous avons converti le modèle mixte en modèle hybride en considérant uniquement la proportion du temps où les gestionnaires de cas desservent la clientèle admissible à la GC à Coaticook. Pour Sherbrooke et Granit, le nombre d'ETC a été établi en fonction du temps au cours duquel une personne occupait le poste de gestionnaire de cas.

Nous avons débuté l'étude des coûts de fonctionnement à l'année 2003, première année complète au cours de laquelle les composantes majeures (concertation, guichet et GC) ont été opérationnelles. L'étude des coûts de fonctionnement porte donc sur les années 2003 à 2005, c'est pourquoi, le tableau 10.2 fournit, pour ces trois années, les données relatives aux ETC en GC et aux nombres moyens de personnes ayant bénéficié de la GC.

Le nombre moyen de personnes ayant bénéficié de la GC au cours de la période visée correspond à une moyenne arithmétique du nombre de dossiers actifs à la fin de chacune des 13 périodes de l'année concernée. L'évolution de la charge de cas moyenne met en lumière une courbe de rodage intéressante. Pour Sherbrooke et Granit, de la première à la troisième année, la charge de cas est passée d'une trentaine à environ 35 cas. Coaticook a connu une progression plus tardive au cours de la première année avec une charge de 20 cas, mais, la dernière année, elle a rejoint les 2 autres MRC avec 35 cas.

Une charge standard de cas avait été estimée à 45 dossiers par gestionnaire de cas<sup>12</sup>. L'écart entre ce standard et la charge moyenne de 35 dossiers constatée la troisième année, soulève deux interrogations. Est-il plausible qu'une implantation complète du RISPA permette d'atteindre la charge standard de 45 cas ? Deuxièmement, cette charge standard de cas est-elle bien représentative du modèle de GC hybride ? Pour la première question, à la lumière des différences de degrés de mise en œuvre relevés dans le tableau 10.2, il semble que le temps de rodage ait une plus grande influence sur la charge de cas que le degré de mise en œuvre. En effet, malgré des degrés de mise en œuvre différents, les trois MRC ont atteint une charge moyenne de 35 cas au cours de la troisième année. Quant

à la deuxième question, elle alimente déjà les discussions des experts et des praticiens, et elle est discutée dans quelque autres chapitres de ce livre.

## Coûts d'implantation

Les coûts d'implantation sont des coûts non récurrents principalement liés aux activités de mise en place des composantes du RISPA. Les ressources impliquées sont regroupées en quelques catégories dont les coûts par personne sont présentés au tableau 10.3. Les frais de comités, de supervision et de coordination comprennent la rémunération des participants aux réunions des *Tables de concertation* et *Comités de suivi* consacrées exclusivement au RISPA et la rémunération des chefs de programme pour les activités spécifiques au RISPA. Les frais de consultation représentent des honoraires encourus auprès de professionnels pour l'organisation des services. Les frais de recrutement et de formation comprennent la rémunération et d'autres frais en lien avec ces activités. Les frais d'installation, mobilier et équipement consistent en sommes dépensées afin de fournir un local, du mobilier de base et des équipements informatiques aux personnes occupant un poste créé pour le RISPA ou un poste réaffecté à celui-ci. Finalement, les frais de système d'information consistent en la quote-part de la MRC pour le développement et le déploiement du SIGG.

Pour chacune des deux composantes dont les coûts sont répartis entre l'ensemble des personnes âgées vivant à domicile, la concertation et le guichet, le coût par personne est relativement faible. L'implantation du guichet représente à la fois le plus élevé et le plus faible. Elle a coûté 7,47 \$ à Granit alors qu'elle n'a engendré aucun coût supplémentaire à Sherbrooke.

Nous observons que les coûts *effectifs* par personne pour la GC varient peu d'une MRC à l'autre, oscillant entre 318 \$ et 368 \$. Par contre, des différences marquées ressortent de la comparaison de ces coûts pour le DCI et ces différences reposent sans doute en grande partie sur les écarts de population des trois MRC. La MRC comptant la plus importante population de personnes âgées vivant à domicile, Sherbrooke, a un coût effectif par personne de 483 \$, la suivante, celle du Granit, de 710 \$ et la moins peuplée, Coaticook, de 1 232 \$.

À partir de ces coûts détaillés, nous avons calculé un coût global, incluant la concertation et le guichet, pour chaque personne âgée vivant à domicile. Ainsi, l'implantation de ces deux composantes a coûté l'équivalent de 6,18 \$ par personne dans Sherbrooke, 14,56 \$ au Granit et 9,91 \$ à Coaticook. Aux personnes ayant bénéficié de la GC, nous avons attribué le coût pour les quatre composantes. Nous avons compilé un coût *effectif* par personne en additionnant les quatre coûts par personne (tel que mentionné au tableau 10.3) et, pour fins de comparaison, nous avons fait la compilation d'un coût *théorique* par personne. Ce dernier est basé sur une répartition des coûts de GC et du DCI basée sur un nombre théorique, soit 45 cas par ETC en GC (selon le tableau 10.1, respectivement 14, 2,80 et 1,14 ETC). Les nombres *théoriques* de personnes (cas) sont

Tableau 10.3  
**Coûts d'implantation détaillés cumulés  
 jusqu'au 31 mars 2005, coût par personne (\$ 2002)**

Composante/type de dépense	Sherbrooke	Granit	Coaticook
<b>Coût* total concertation</b>	<b>6,18 \$</b>	<b>7,09 \$</b>	<b>4,98 \$</b>
Comités, supervision et coordination	3,55	1,91	4,98
Consultation	0,98	5,18	---
Installation, mobilier et équipement	1,65	---	---
<b>Coût* total guichet</b>	---	<b>7,47</b>	<b>4,93</b>
Comités, supervision et coordination	---	---	2,47
Consultation	---	5,97	1,11
Recrutement et formation	---	1,47	1,17
Installation, mobilier et équipement	---	0,03	0,18
<b>Coût effectif** total GC</b>	<b>340,11</b>	<b>368,11</b>	<b>318,55</b>
Comités, supervision et coordination	7,20	14,00	56,00
Consultation	8,44	100,00	---
Recrutement et formation	114,72	81,69	67,67
Installation, mobilier et équipement	209,75	172,42	194,88
<b>Coût effectif** total DCI</b>	<b>483,02</b>	<b>709,95</b>	<b>1 232,23</b>
Comités, supervision et coordination	5,93	45,50	113,75
Recrutement et formation	37,78	249,14	341,95
Installation, mobilier et équipement	45,36	154,08	275,00
Système d'information	393,95	261,23	501,53

\* Les dénominateurs sont respectivement 17 941, 3 197 et 2 210 personnes âgées à domicile (voir tableau 10.2).

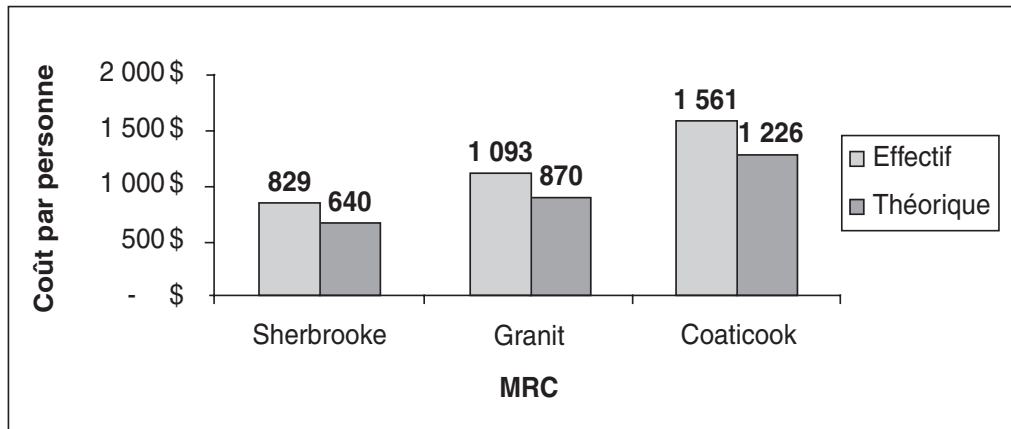
\*\* Les dénominateurs sont respectivement 485, 100 et 40 dossiers en GC (voir tableau 10.2).

donc 630 pour Sherbrooke, 126 pour Granit et 51 pour Coaticook. La figure 10.1 permet de comparer les coûts *effectifs* par personne avec les coûts *théoriques* par personne.

Ainsi, l'implantation du RISPA a coûté l'équivalent de 829 \$ à 1 561 \$ par personne bénéficiant de la GC, selon une charge moyenne de cas de 35 dossiers (coût *effectif*). Si la charge de cas théorique de 45 dossiers était atteinte, ce coût passerait aux environs de 640 \$ à 1 226 \$ (coût *théorique*). Toutes ces données semblent confirmer l'influence majeure du nombre de personnes à desservir en GC, car, tel que l'illustre le tableau 10.3, ce sont les coûts d'implantation du DCI qui sont les plus importants.

Outre le coût par personne, pour les coûts d'implantation de la GC, nous avons compilé un coût moyen par ETC en GC qui peut fournir un ordre de grandeur pour fins budgétaires. Pour chacune des MRC, ce coût par ETC est, dans l'ordre habituel, 11 782 \$, 13 147 \$ et 11 177 \$.

Figure 10.1  
**Implantation globale :**  
**coût *effectif* / *théorique* par personne ayant bénéficié de la GC (\$ 2002)**



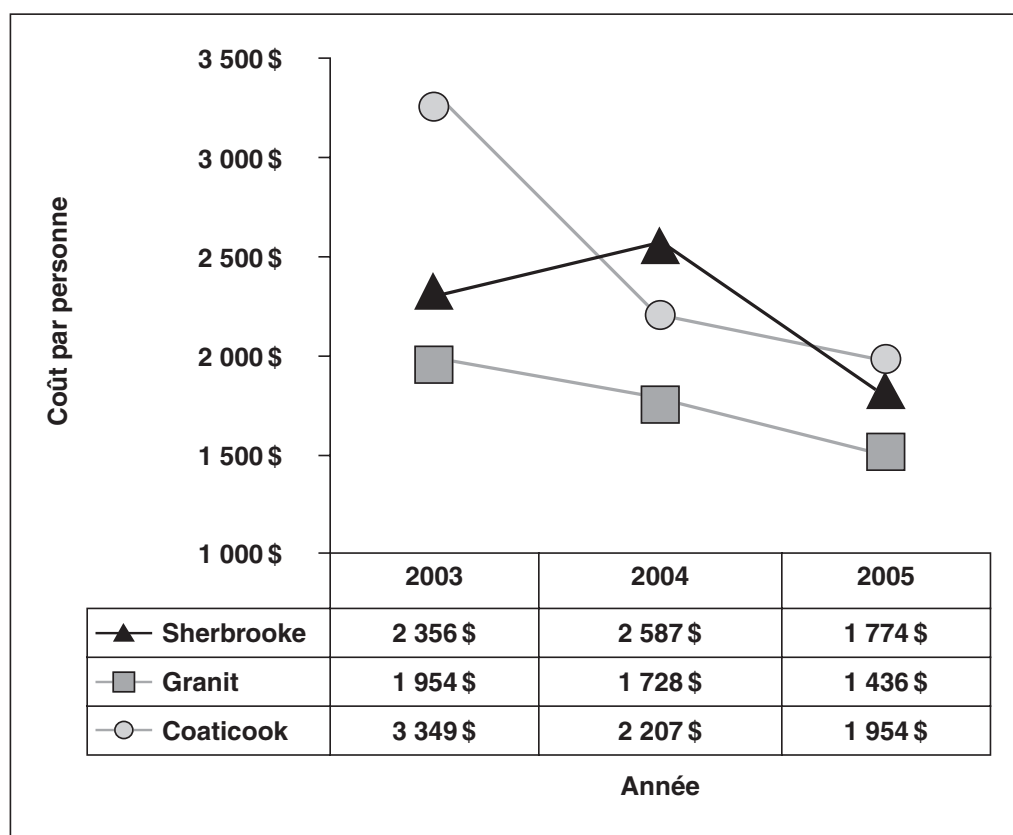
## Coûts de fonctionnement

Les coûts de fonctionnement se rapportent à des dépenses récurrentes découlant des nouvelles activités mises en place conséquemment à l'implantation du RISPA. Il s'agit principalement de ressources humaines et de frais afférents. Dans cette section, nous étudions les coûts annuels par personne concernant les trois années financières 2003, 2004 et 2005.

Les composantes concertation et guichet, réparties à l'ensemble des personnes âgées vivant à domicile, ont engendré des coûts peu significatifs. Pour la concertation, les coûts annuels par personne ont oscillé entre 0,84 \$ et 2,06 \$. Pour la troisième année (2005), ils s'établissaient, dans l'ordre habituel, à 1,79 \$, 0,98 \$ et 1,65 \$. Les variations de la composante guichet sont légèrement supérieures, les coûts annuels se sont échelonnés entre 0,70 \$ et 3,40 \$, se situant, au cours de la dernière année, à 3,40 \$, 0,71 \$ et 0,74 \$. En somme, au cours de la quatrième année d'implantation du RISPA (2005), le fonctionnement de la concertation et du guichet a coûté l'équivalent de 5,19 \$ à Sherbrooke, 1,69 \$ au Granit et 2,39 \$ à Coaticook par personne âgée vivant à domicile.

Sur le plan de la GC, la figure 10.2 illustre l'évolution des coûts annuels *effectifs* par personne. Nous observons une courbe de rodage intéressante, des coûts qui diminuent progressivement au Granit (1 954 \$, 1 728 \$ et 1 436 \$) et à Coaticook (3 349 \$, 2 207 \$ et 1 954 \$). Pour Sherbrooke, la hausse des coûts en 2004 (2 587 \$) par rapport à 2003 (2 356 \$), s'explique par l'embauche de sept nouveaux gestionnaires de cas en février 2004. Selon un chef de programme, il leur faut au moins six mois avant d'atteindre un niveau de productivité normal. La situation s'est rétablie en 2005 et traduite par une baisse du coût à 1 774 \$.

Figure 10.2  
**Fonctionnement de la GC :**  
**coût annuel *effectif* par personne en ayant bénéficié (\$ 2002)**

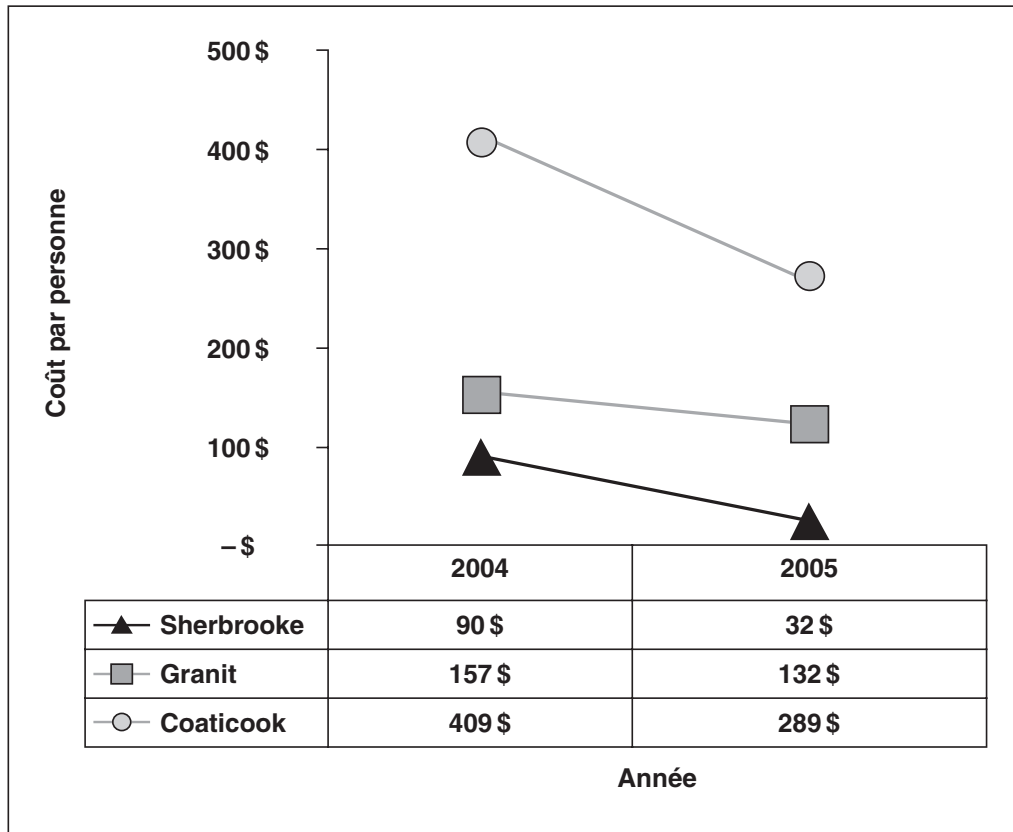


Les disparités entre les MRC peuvent en partie être expliquées par le niveau d'expérience des gestionnaires de cas, qui influe directement sur leur rémunération ; cette dernière représente 92 % des coûts de fonctionnement de la GC à Sherbrooke, 89 % au Granit et 95 % à Coaticook. Cette explication est appuyée par une comparaison du coût de fonctionnement de la GC réparti en fonction du nombre d'ETC en GC. Pour 2005, ces coûts par ETC sont, dans l'ordre habituel, 61 472 \$, 51 298 \$ et 68 574 \$.

Le SIGG qui supporte le DCI a été déployé au cours de l'année 2003. Les coûts encourus au cours de cette année sont, de par leur nature, des coûts d'implantation. C'est pourquoi, les coûts de fonctionnement ont commencé en 2004. Les coûts annuels *effectifs* par personne ayant bénéficié de la GC sont présentés à la figure 10.3 pour 2004 et 2005. L'effet du rodage (donc de la hausse de la charge moyenne de cas) explique la diminution des coûts entre 2004 et 2005. Les coûts de 2005, dans l'ordre habituel, 32 \$, 132 \$ et 289 \$, mettent en relief l'avantage de déployer un système d'information comme le SIGG pour une population plus importante, tel que discuté dans la section sur les coûts d'implantation.



Figure 10.3  
**Fonctionnement du DCI :**  
**coût annuel *effectif* par personne ayant bénéficié de la GC (\$ 2002)**



Pour l'année 2005, nous avons compilé un coût de fonctionnement global (quatre composantes) par personne ayant bénéficié de la GC. Tout comme pour l'implantation, nous avons compilé un coût *effectif* basé sur la charge moyenne de 35 cas et un coût *théorique* basé sur une charge standard de 45 cas. La figure 10.4 illustre la comparaison de ces coûts annuels *effectifs* et *théoriques*. Nous observons que les coûts annuels *effectifs* par personne ayant bénéficié de la GC oscillent entre 1 570 \$ et 2 246 \$, tandis que les coûts annuels *théoriques* par personne se situent entre 1 247 \$ et 1 762 \$. Ces derniers illustrent les résultats qui pourraient être atteints si la MRC en arrivait à prendre en charge une moyenne de 45 cas par ETC en GC.

Les différents modes de répartition décrits au tableau 10.1 respectent la logique de l'étude d'impact économique (chapitre 13) et appuient les répartitions de coûts d'implantation et de fonctionnement présentés jusqu'ici. Toutefois, à titre de guide de planification financière, nous proposons une répartition uniforme en fonction du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus, une statistique démographique aisément disponible. Le tableau 10.4 présente séparément les coûts d'implantation et les coûts de fonctionnement par personne.

Figure 10.4

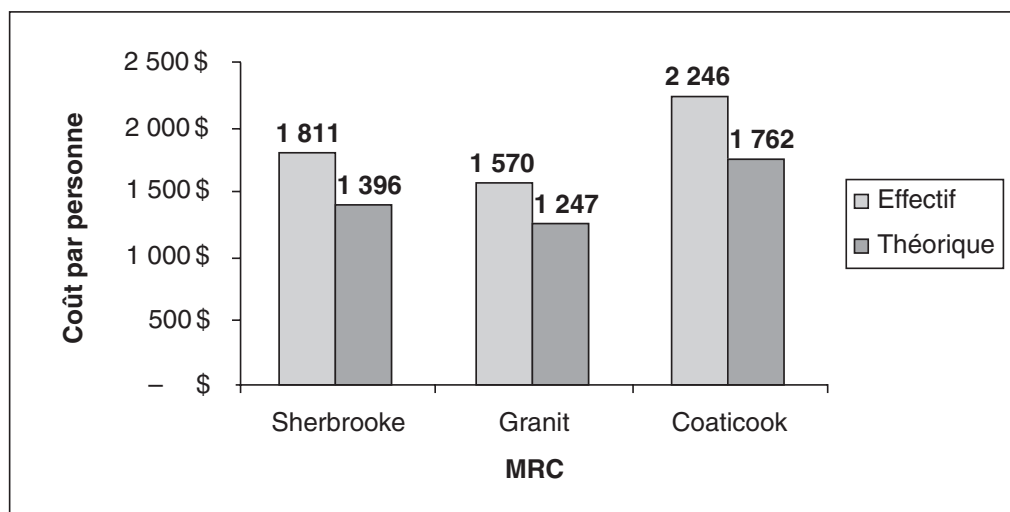
**Fonctionnement global :****coût annuel effectif/théorique par personne ayant bénéficié de la GC (\$ 2002)**

Tableau 10.4

**Coûts d'implantation et de fonctionnement :  
répartition à toute la population de personnes âgées (\$ 2002)**

Description	Sherbrooke	Granit	Coaticook
Nombre personnes âgées de 65 ans et plus	18 715	3 299	2 297
Coût global d'implantation	510 108 \$	154 355 \$	83 928 \$
<b>Coût d'implantation par personne âgée</b>	<b>27 \$</b>	<b>47 \$</b>	<b>37 \$</b>
Coût global de fonctionnement en 2005	969 276 \$	162 274 \$	95 018 \$
<b>Coût annuel de fonctionnement par personne âgée</b>	<b>52 \$</b>	<b>49 \$</b>	<b>41 \$</b>

Selon ce tableau, une implantation complétée de 69 % à 85 % a coûté entre 27 \$ et 47 \$ par personne âgée de 65 ans et plus. Soulignons que l'implantation est un coût non récurrent associé à l'implantation d'un nouveau programme. Quant au coût annuel de fonctionnement, il varie de 41 \$ à 52 \$.

**Discussion**

Les données portant sur les coûts d'implantation et de fonctionnement présentées dans ce texte sont particulières aux contextes spécifiques de chacune des MRC à l'étude. Pour les coûts d'implantation, elles couvrent du début de l'implantation jusqu'au 31 mars 2005, moment où le RISPA était partiellement implanté dans les trois MRC (entre 69 % et 85 %). Ainsi, les coûts pour une im-

plantation complète ne sont pas disponibles et aucune méthode d'extrapolation ne serait pertinente dans les circonstances car les coûts ne sont pas encourus de façon progressive ni prévisible. Il en va de même pour les coûts de fonctionnement qui portent sur les deuxième, troisième et quatrième année d'implantation du RISPA.

Plusieurs facteurs influent sur les coûts d'implantation et de fonctionnement et il n'a pas été possible de mesurer ces facteurs ou leur effet sur les coûts :

- la nature, urbaine ou rurale, de la MRC ;
- l'importance de la population par MRC ;
- les types d'établissements de services sociaux et de santé sur le territoire de la MRC et la distance des établissements à vocation régionale ;
- l'organisation des services prévalant avant l'implantation du RISPA ;
- la gamme des services offerts et les ressources disponibles dans la MRC avant l'implantation du RISPA ;
- les choix exercés quant à certaines composantes du RISPA, notamment la structure de concertation inter-établissements et le modèle de gestion de cas ;
- le profil des personnes prises en charge par les gestionnaires de cas.

Les coûts d'implantation et de fonctionnement décrits dans ce texte sont tous en dollars constants de 2002 et ils ont été compilés dans le cadre de l'étude d'impact économique du RISPA de l'Estrie (chapitre 13). Le contexte particulier de l'implantation de tels RISPA explique le choix de la microanalyse pour l'évaluation des coûts. Ce contexte et le nombre important de facteurs (non mesurables) qui influent sur les coûts, limitent l'utilisation des résultats pour définir des standards.

À notre connaissance, aucune autre expérimentation d'intégration de services n'a fait l'objet d'une évaluation économique aussi approfondie. Nous ne disposons donc pas de source de comparaison. Tant les coûts d'implantation que les coûts de fonctionnement identifiés semblent raisonnables. Le tableau 10.5 permet d'en faire la comparaison avec le coût unitaire de certains services.

Tableau 10.5

**Coûts d'implantation et de fonctionnement du RISPA  
comparés avec coût de services (\$ 2002)**

---

**Coût RISPA :**

Implantation (amortie sur 7 ans) et fonctionnement	47 \$ à 56 \$/année
par personne âgée de 65 ans et plus	0,13 \$ à 0,15 \$/jour

**Services :**

Médecin de famille	37 \$/visite
Médecin spécialiste	65 \$/visite
Urgence	261 \$/visite
Hôpital de jour	261 \$/jour
Unité de courte durée gériatrique	546 \$/jour

---

Pour ce tableau, nous avons compilé un coût global incluant un coût d'implantation annuel, qui correspond à la répartition des coûts d'implantation globaux sur une période de sept ans (selon des experts du secteur de la santé et des services sociaux, les programmes sont renouvelés tous les 5 à 10 ans), plus le coût de fonctionnement de l'année 2005. Nous obtenons un coût annuel global qui varie entre 47 \$ et 56 \$ par personne âgée de 65 ans et plus, donc un coût quotidien qui varie entre 0,13 \$ et 0,15 \$. Les coûts des divers services sont tirés du chapitre sur les coûts normalisés (chapitre 21). Nous constatons que seul le coût de la visite à un médecin de famille (37 \$) s'avère moins élevé que le coût annuel global du RISPA. Les autres services mesurés en visites (médecin spécialiste et urgence) ou en journées (hôpital de jour et journée d'hospitalisation dans une unité de courte durée gériatrique), coûtent passablement plus cher (64 \$ à 546 \$).

Ces données permettent de juger de l'importance relative du coût généré par le RISPA. Les économies potentiellement générées par le RISPA sont identifiées à travers la comparaison des coûts des services dispensés dans les MRC expérimentales et témoins. Ces comparaisons font partie de l'étude d'impact économique (chapitre 13).

## Références

1. Drummond, M. F., O'Brien, B. J., Stoddart, G. L. et Torrance, G. W. (1998). *Méthodes d'évaluation économique des programmes de santé*. Paris : Économica.
2. Béland, F., Bergman, H., Dallaire, L., Fletcher, J., Lebel, P., Monette, J., Denis, J.-L., Contandriopoulos, A.-P., Cimon, A., Bureau, C., Bouvier, L., et Dubois, D. (2004). *Évaluation du Système intégré pour personnes âgées fragiles (SIPA) : Utilisation et coûts des services sociaux et de santé*. Ottawa, Canada : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
3. Bernabei, R., Landi, F., Gambassi, G., Sgadari, A., Zuccala, G., Mor, V., Rubenstein, L. Z. et Carbonin, P. (1998). Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *British Medical Journal*, 316 (7141), 1348-1351.
4. Challis, D., Darton, R., Johnson, L., Stone, M. et Traske, K. (1991). An evaluation of an alternative to long-stay hospital care for frail elderly patients : 2. Costs and effectiveness. *Age and Ageing*, 20, 245-254.
5. Eng, C., Pedulla, J., Eleazer, G. P., McCann, R. et Fox, N. (1997). Program of all-inclusive care for the elderly (PACE) : an innovative model of integrated geriatric care and financing. *Journal of American Geriatrics Society*, 45(2), 223-232.
6. Pinnel Beaulne Associates Ltd. (1998). *CHOICE Evaluation project, Evaluation summary, Final report*. Edmonton : PBA Pinnel Beaulne Associates Ltd.

7. Bourgueil, Y., Brémond, M., Develay, A., Grignon, M., Midy, F., Naiditch, M. et Polton, D. (2001). *L'évaluation des réseaux de soins, enjeux et recommandations*. Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES), Groupe Image-Ensp.
8. Durand, S., Blanchette, D. et Hébert, R. (2004). Aspects financiers liés à l'intégration des services de maintien de l'autonomie - Volet « Implantation et fonctionnement ». In Hébert, R., Tourigny, A., et Gagnon, M. *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*, Québec : Edisem ; 251-266.
9. Veil, A. et Hébert, R. (2005). Évaluation de l'implantation des mécanismes et outils d'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie : Résultats de mise en œuvre. In *Actes du 3<sup>e</sup> Colloque PRISMA : L'intégration des services : un moyen essentiel pour améliorer la réponse aux besoins des personnes âgées*. Sainte-Foy, 23 et 24 mars.
10. Gold, M. R., Siegel, J. E., Russel, L. B. et Weinstein, M. C. (1996). *Cost-effectiveness in health and medicine*. Oxford, New-York : Oxford University Press.
11. Robinson, R. (1993). Economic evaluation and health care : cost and cost-minimization analysis. *British Medical Journal*, 307 (6906), 726-728.
12. Hébert, R., et Veil, A. (2004). Monitoring the degree of implementation of an integrated delivery system. *International Journal of Integrated Care* (www.ijic.org), 4 (septembre), 1-11.

# Chapitre 11

## Les impacts du réseau intégré de services PRISMA : méthodologie et données de base\*

Réjean Hébert, Marie-France Dubois, Michel Raïche, Nicole Dubuc et le groupe PRISMA-Estrie

### Résumé

**Objet :** Le projet PRISMA étudie un réseau intégré de services (RIS) de type coordination développé pour améliorer la continuité et accroître l'efficacité et l'efficience des services, spécialement chez des populations âgées avec incapacités. L'objectif de l'étude PRISMA est d'évaluer l'efficacité populationnelle de ce réseau à améliorer l'autonomie, l'autonomisation et la satisfaction des personnes âgées fragiles, modifier leur utilisation des services de santé et services sociaux, et réduire le fardeau de leurs aidants. L'objectif de ce texte est de présenter la méthodologie et les données de base chez les participants.

**Méthodologie :** Une étude quasi-expérimentale avec pré-test, post-tests multiples et groupe de comparaison a été utilisée pour évaluer les impacts du RIS. Des sujets âgés à risque de perte d'autonomie (501 expérimentaux, 419 témoins) ont participé à l'étude.

**Résultats :** À l'entrée dans l'étude, les deux groupes étaient comparables sur la plupart des variables. Durant la première année, les participants du groupe de comparaison utilisaient moins de services que ceux du groupe expérimental. Après la première année, aucune différence statistique significative n'a été observée sur la perte d'autonomie ni sur l'évolution des autres variables mesurées.

**Conclusion :** Cette première année doit être considérée comme une année de base, montrant la situation sans implantation significative du RIS. Les résultats des années suivantes devront être examinés en considérant ces données de base.

\* Traduit et reproduit avec l'aimable autorisation du *International Journal of Integrated Care*, et paru sous : Réjean Hébert, Marie-France Dubois, Michel Raïche, Nicole Dubuc et the PRISMA-Estrie Group. The effectiveness of the PRISMA Integrated Service Delivery Network : Methods and baseline data, *International Journal of Integrated Care*, 2007 ([www.ijic.org](http://www.ijic.org))

## Objet

Au cours des dernières décennies, les services gériatriques se sont améliorés significativement et sont devenus fragmentés en plusieurs services spécialisés. Unités de courte durée gériatrique, services de réadaptation fonctionnelle et services à domicile pour personnes âgées sont maintenant des composantes usuelles du réseau de la santé. En même temps, d'autres organisations comme les organismes bénévoles, la popote roulante et les services privés à domicile sont fortement impliqués dans le maintien de l'autonomie des personnes âgées. Même si chacun de ces partenaires améliore ses services, la diversité des parties intervenantes expose la personne âgée à un manque de continuité, une conséquence importante de la fragmentation<sup>1-3</sup>. Les évaluations répétées, avec différents outils, les problèmes de communication entre les cliniciens, services et organisations, la perte d'efficacité des interventions non-coordonnées, et l'utilisation inappropriée de services hospitaliers et institutionnels sont quelques-unes des conséquences résultant de la fragmentation des services. Le manque de coordination peut être considéré comme un nouveau facteur de risque de perte d'autonomie<sup>4</sup>.

Les réseaux intégrés de services (RIS) ont été proposés pour améliorer l'efficacité et l'efficacité des systèmes de santé, particulièrement pour les patients avec des besoins multiples et des interactions complexes avec plusieurs professionnels et organisations. Il a été formulé comme hypothèse que les RIS pourraient améliorer la continuité des soins, la santé et la satisfaction des usagers, tout en réduisant l'utilisation de ressources coûteuses, comme les hôpitaux et Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). S'il y a quelques indications de l'efficacité des RIS pour certaines clientèles comme les personnes âgées fragiles<sup>5</sup>, leur réelle efficacité populationnelle reste à être démontrée.

## Théorie

Selon Leutz, il y a trois niveaux d'intégration dans les soins de santé : 1) liaison, 2) coordination et 3) intégration complète<sup>6</sup>. Les RIS réfèrent aux systèmes ciblant la coordination ou l'intégration complète. Dans un RIS complètement intégré, une organisation centrale est responsable des tous les services, dans une seule structure ou en contractant quelques services avec d'autres organisations. Plusieurs variantes de RIS complètement intégrés ont été développées. Aux États-Unis, le projet californien On Lok<sup>7</sup> a mené aux projets PACE (*Program of All inclusive Care for the Elderly*)<sup>8</sup>. Au Canada, le projet CHOICE (*Comprehensive Home Option of Integrated Care for the Elderly*) à Edmonton est une adaptation des projets PACE<sup>9</sup>. Ces programmes sont construits autour d'un Centre de jour où sont basés les membres d'une équipe multidisciplinaire qui évaluent et traitent les clients. Les *Social HMO* aux États-Unis<sup>10</sup> et le projet SIPA (Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie) à Montréal sont aussi des services intégrés mais qui n'incluent pas un Centre de jour<sup>11</sup>. Cependant, les services à domicile sont fournis par du personnel engagé par ou sous contrat avec l'organisation.

Tous ces modèles d'intégration sont nichés dans le réseau usuel de services de santé et services sociaux dans un territoire donné mais fonctionnent en parallèle à celui-ci. Ils n'impliquent pas de changements significatifs dans les structures ou processus des services existants, excepté pour la négociation de protocoles pour référer les clients au RIS et la fourniture de certains services non couverts par le RIS. La budgétisation par capitation est habituellement une composante clé de ces programmes. L'évaluation de ces programmes complètement intégrés<sup>5, 12</sup> a montré qu'ils ont un impact sur le nombre et la durée des hospitalisations de courte durée, le nombre d'admission en institution de longue durée, la consommation de médicaments, la mortalité et le coût des services.

Cibler l'autre niveau d'intégration, la coordination, implique le développement et l'implantation de structures définies et de mécanismes pour gérer les besoins complexes et changeants d'usagers de façon coordonnée. Chaque organisation garde sa propre structure mais consent à participer dans un système « parapluie » et à adapter ses opérations et ressources aux processus et conditions convenus. À ce niveau, le RIS n'est pas seulement niché dans le réseau de services de santé et de services sociaux mais est plutôt imbriqué dans celui-ci. Le projet PRISMA est un exemple de ce type de réseau intégré<sup>1</sup>. Les mécanismes et les outils développés et implantés par PRISMA sont 1) coordination entre les décideurs et gestionnaires au niveau régional et local, 2) utilisation d'une porte d'entrée unique, 3) un processus de gestion de cas, 4) des plans de services individualisés, 5) un instrument d'évaluation unique couplé à un système de gestion basé sur les incapacités des personnes, et 6) un dossier clinique informatisé permettant la communication entre les institutions et les cliniciens pour le suivi des clients. Comme le modèle de coordination a été développé pour s'insérer dans un système de soins financé par des fonds publics, la budgétisation par capitation n'est pas une composante essentielle et le financement du système peut être inclus comme une partie des ententes entre les organisations.

Après une étude préliminaire de la région des Bois-Francs montrant des résultats intéressants<sup>13</sup>, le groupe étend ce modèle à trois autres municipalités régionales de comté (MRC) dans la région de l'Estrie au Québec, qui présentent différents types d'environnement : Sherbrooke, milieu urbain avec un grand hôpital universitaire régional et plusieurs organisations de santé et services sociaux ; Granit, milieu rural avec un hôpital de courte durée ; et Coaticook, milieu rural sans hôpital de courte durée. L'évaluation de l'implantation met l'accent sur le processus d'implantation des mécanismes et outils et comment ils fonctionnent. Une mesure du degré de mise en œuvre du RIS a été développée et permet de monitorer le processus d'implantation<sup>14</sup>.

L'objectif de la présente étude est d'évaluer la capacité du RIS PRISMA à améliorer l'autonomie, l'autonomisation, la satisfaction des personnes âgées fragiles, et modifier l'utilisation de services de santé et services sociaux, sans augmenter le fardeau de l'aidant. Ce texte rapporte la méthodologie de l'étude et les données



de base. Ces données incluent les résultats de la première année (T1), alors que le degré d'implantation était de seulement 32 %<sup>14</sup>.

## Méthodologie

### Devis

L'efficacité populationnelle est évaluée avec un devis quasi-expérimental (pré-test, 2 post-tests annuels avec groupe de comparaison). Contrairement au projet pilote des Bois-Francs où l'efficacité a été mesurée auprès d'utilisateurs de services, la présente étude mesure l'efficacité en sélectionnant un échantillon de personnes âgées « à risque » de perte d'autonomie et d'être des usagers pour les services. Elle emploie une stratégie d'échantillonnage différente et requiert une taille d'échantillon plus grande, mais cette stratégie nous permet de mesurer l'efficacité populationnelle réelle (*effectiveness*) et d'estimer le taux pénétration du réseau (accessibilité).

À partir de listes de la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ) couvrant toute la population, des échantillons ont été sélectionnés dans chacune des trois zones expérimentales et des trois zones de comparaison. Les critères d'inclusion ont été d'être âgé de 75 ans et plus, de vivre toute l'année dans une des 6 zones d'étude, d'être capable de parler et comprendre le français, et d'être identifié à risque de perte d'autonomie. Les personnes âgées institutionnalisées dans des CHSLD (public, privé conventionné ou privé non-conventionné) ont été exclues parce qu'elles ne sont pas exposées au RIS dans les zones expérimentales. Les personnes âgées vivant habituellement plus de deux mois à l'extérieur du pays (par exemple, allant dans le sud pendant l'hiver) ont été exclues. Le quatrième critère d'inclusion a été vérifié en utilisant la technique du questionnaire postal de Sherbrooke, précédemment développée et validée par notre équipe<sup>15</sup>. Les réponses à ce questionnaire ou le fait de ne pas le retourner établissent un risque de présenter une perte d'autonomie significative durant l'année suivante. Nous avons utilisé un score-seuil de 3 et plus (sur 6) pour identifier les sujets à risque. Comme l'incidence annuelle de perte d'autonomie dans ce groupe est estimée à 48 %<sup>15</sup>, il est probable que la grande majorité des sujets sélectionnés avec cette méthode devront contacter le réseau de la santé et des services sociaux durant les deux années prévues de l'étude.

Les 3 zones de comparaison ont été sélectionnées sur la base de leurs similarités avec les zones expérimentales sur des variables démographiques (% de personnes de plus de 65 ans, de plus de 75 ans, etc.) et de services de santé (% de personnes âgées vivant en CHSLD, taux d'hospitalisation des personnes âgées, ratio de médecins de familles sur la population âgée, etc.) avec la technique de Matusita utilisée par Junod<sup>16</sup>. Cette technique calcule une distance entre chaque zone expérimentale et chaque candidate de comparaison en combinant les différences entre les deux zones sur différents indicateurs. La zone la plus proche de la zone expérimentale est alors choisie. Les trois zones de comparaison ont

été sélectionnées dans la même région (Chaudière-Appalaches) située sur la rive sud du fleuve St-Laurent, près de la ville de Québec.

Après avoir été informés de l'étude et avoir consenti à participer, les participants ont été évalués au pré-test (T0), un an après (T1) et seront ré-évalués après une autre année (T2). L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. Chaque sujet a reçu de l'information et a signé un formulaire de consentement.

## Variables et instruments

Les variables mesurées sont les incapacités, les fonctions cognitives, la satisfaction face aux services de santé reçus, l'autonomisation, le fardeau de l'aidant familial, l'utilisation des services de santé et services sociaux, et la consommation de médicaments. Une évaluation économique est également effectuée. Les variables socio-démographiques incluent l'âge, le sexe, la scolarité et le type de milieu de vie.

Le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)<sup>17</sup> est un instrument de mesure évaluant 29 fonctions basées sur la classification des incapacités de l'Organisation mondiale de la santé<sup>18</sup>. Il mesure les capacités fonctionnelles dans 5 secteurs : les activités de la vie quotidienne (7 items), la mobilité (6 items), les communications (3 items), les fonctions mentales (5 items) et les activités de la vie domestique (8 items). Pour chaque item, l'incapacité est cotée sur une échelle ordinale allant de 0 (autonomie totale) et 0,5 (avec difficulté) à 3 (dépendance totale). Un score total variant de 0 à 87 est obtenu en additionnant les cotes obtenues à chacun des items, un score élevé signifiant des incapacités fonctionnelles marquées. Le SMAF doit être administré par un professionnel de la santé formé qui évalue les capacités fonctionnelles en questionnant le participant et ses proches, en observant ou en testant le participant. Une étude de fidélité a montré que le coefficient de corrélation intraclasse pour le score total du SMAF était de 0,95 pour le test-retest, et 0,96 pour la fidélité inter-juges<sup>19</sup>. La sensibilité au changement de l'échelle a été étudiée et l'index de Guyatt est de 14,53. En utilisant une méthode interne et un critère externe, la plus petite différence métriquement détectable et cliniquement importante a été établie à 5 points<sup>20</sup>. Un système de classification des incapacités basé sur le SMAF a aussi été développé en utilisant une technique d'analyse par classification automatisée (*cluster analysis*)<sup>21</sup>. Les 14 profils Iso-SMAF générés vont des profils 1, 2 et 3 (incapacités dans les activités de la vie domestique surtout) aux profils 13 et 14 (totalement dépendant pour la plupart des fonctions).

**La perte d'autonomie** a été définie comme la survenue d'un des trois événements suivants au cours de l'année : 1) une augmentation de cinq points ou plus sur le SMAF, 2) l'admission dans un CHSLD ou un hôpital de soins prolongés ou 3) le décès. Cette définition a été utilisée dans des études antérieures pour mesurer l'efficacité de programmes de santé<sup>22</sup>.

Le statut cognitif a été mesuré avec le *Mini-Mental State Examination (MMSE)*<sup>23</sup>, largement utilisé en clinique et en recherche. Le MMSE comprend 11 questions évaluant l'orientation temporelle et spatiale, l'attention, la mémoire à court et moyen terme, le langage et la capacité de suivre des consignes verbales et écrites simples. Un score total variant de 0 (atteinte cognitive totale) à 30 (aucune atteinte cognitive) est obtenu.

Un **questionnaire sur la satisfaction face aux services de santé**<sup>24</sup>, développé par notre équipe, consiste en 26 énoncés. Chacun est répondu sur deux échelles à quatre niveaux, une pour la perception de la satisfaction et une pour l'importance de l'élément considéré. La combinaison des deux échelles produit des scores variant entre -8 et 16 pour chacun des énoncés. Le score total est obtenu en faisant la moyenne de tous les énoncés. Une analyse factorielle a montré que trois différents facteurs expliquaient 52,8 % de la variance totale : la satisfaction face à la relation avec les professionnels (12 énoncés), la satisfaction face à la prestation des services (6 énoncés) et la satisfaction face à l'organisation des services (5 énoncés). Les coefficients de Cronbach pour la cohérence interne sont de 0,93 pour l'échelle totale et 0,93, 0,74 et 0,78 pour les facteurs 1, 2 et 3 respectivement. Le coefficient de corrélation intra-classe pour la fidélité test-retest est de 0,72 (IC 95 % : 0,52–0,84).

Un **questionnaire sur l'autonomisation des personnes âgées**, également développé par notre équipe, comprend 10 énoncés avec deux échelles de réponse identiques au questionnaire de satisfaction<sup>25</sup>. Le score total varie de 1 à 16 et l'analyse factorielle a révélé que 3 dimensions expliquaient 68 % de la variance totale : l'implication dans la décision (3 énoncés), l'implication dans l'interaction avec les professionnels (4 énoncés) et le niveau de contrôle face aux services reçus (3 énoncés). Les coefficients de Cronbach pour la cohérence interne sont de 0,83 pour l'échelle totale et 0,79, 0,79 et 0,89 pour les facteurs 1, 2 et 3 respectivement. Le coefficient de corrélation intra-classe pour la fidélité test-retest est de 0,70 (IC 95 % : 0,48–0,83).

L'**inventaire du fardeau de Zarit**<sup>26-27</sup> est une échelle à 22 énoncés mesurant le fardeau subjectif vécu par l'aidant familial lorsqu'on lui demande à quelle fréquence (de « 0-jamais » à « 4-presque toujours ») il ressent différentes émotions dans sa relation avec l'aidé, pour un score total pouvant atteindre 88. Des valeurs de référence ont été identifiées, basées sur un échantillon représentatif d'aidants de personnes avec démence vivant à domicile<sup>28</sup>. Les scores entre 8 et 17 représentent un fardeau modéré, entre 18 et 32, élevé, et plus de 32, grave. Le **désir d'hébergement de l'aidant** a été mesuré avec le questionnaire à quatre énoncés adapté de Morycz<sup>29</sup> utilisé et traduit dans l'étude canadienne sur la santé et le vieillissement<sup>30</sup>.

Des appels téléphoniques aux deux mois ont permis de recueillir les données sur l'**utilisation des services de santé et services sociaux**. Chaque sujet ou son aidant familial a reçu un calendrier avec des consignes, et a été formé à recueillir adéquatement l'information requise. Nous avons choisi cette méthode en raison de

la variété des informations requises. Aucune source unique ne contient les données hospitalières, les données sur les services à domicile, les services privés et bénévoles. Ce type de cueillette de données a été utilisé avec succès lors d'autres études menées par notre équipe<sup>22</sup>. Une étude de fidélité a été réalisée et a montré des résultats de bons à excellents pour les différentes mesures d'utilisation<sup>31</sup>. Les appels téléphoniques aux deux mois et le calendrier minimisent le biais de mémoire et permettent de garder un contact régulier avec les sujets. L'utilisation des services publics, privés et communautaires a été recueillie. Nous avons mesuré le nombre de visite à l'urgence et le pourcentage de celles-ci suivies par une hospitalisation ou par un retour à l'urgence en deçà de 10 jours. Nous avons également mesuré le nombre d'hospitalisations, la durée de séjour, ainsi que les ré-hospitalisations dans différents délais (10, 30 ou 90 jours). Le nombre de chirurgies d'un jour a été recensé tout comme les visites à des professionnels de la santé (omnipraticiens, médecins spécialistes, infirmières, travailleurs sociaux, physiothérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, etc.). Les services gériatriques spécialisés ont été spécifiquement notés, tout comme les séjours en unité de courte durée gériatrique et en unité de réadaptation fonctionnelle intensive. Les services communautaires incluent les visites à l'hôpital de jour, au centre de jour, et l'utilisation de services d'aide pour les activités de la vie quotidienne et domestique. Finalement, les services bénévoles incluent la popote roulante, les services de répit, le transport communautaire et le gardiennage.

L'**évaluation économique** inclut les coûts des services publics et privés, avec des coûts équivalents calculés pour les services bénévoles. Le nombre d'utilisation pour chaque service est multiplié par des coûts standard pour produire des coûts totaux et détaillés pour chaque type de services et de fournisseur. L'objectif n'est pas de mesurer l'efficacité d'une organisation particulière, mais plutôt de déterminer des coûts standards pour chaque service afin de comparer les coûts entre les zones expérimentale et de comparaison. Les coûts d'implantation sont considérés et sont inclus dans la zone expérimentale. L'utilisation des médicaments et leurs coûts ont été obtenus de la Régie d'assurance maladie du Québec et inclus dans l'évaluation économique.

## Analyses

Des statistiques descriptives ont été calculées pour chaque groupe et sous-groupe (MRC). Pour les données de base et les services utilisés durant la première année, les groupes ont été comparés en utilisant le test du *Khi carré* quand les variables étaient catégoriques ou le *test t de Student* lorsqu'elles étaient continues. Dans le cas des distributions très asymétriques, le test de la somme des rangs de Wilcoxon a été préféré. Pour analyser les changements de la première année sur les variables, une analyse de covariance comparant les scores au post-test a été effectuée, en ajustant pour les scores de base.

## Résultats

Des 19 981 personnes âgées de 75 ans et plus vivant dans l'une des 6 zones (3 expérimentales, 3 de comparaison), 4881 ont été sélectionnées au hasard en 2 vagues et ont reçu le questionnaire postal. De celles-ci, 2308 n'étaient pas à risque de perte d'autonomie et 554 n'étaient pas admissibles (exemples : institutionnalisées, décédées, vivant de 2 à 6 mois à l'extérieur du pays) ou notre envoi était envoyé à une mauvaise adresse, laissant 2019 personnes identifiées à risque et sollicitées pour participer à l'étude. De ces 2019 sujets, l'inadmissibilité a été constatée lors du contact personnel dans 346 cas alors que 753 ont refusé de participer, principalement pour des raisons de manque d'intérêt ou de temps, ou de mauvaise santé. Un total de 920 sujets ont accepté de participer et ont été évalués au début de l'étude. Leur aidant familial a également été invité à participer à l'étude.

Les sujets ayant refusé de participer ont été comparés aux participants sur l'ensemble des variables disponibles. Ils n'étaient pas différents pour l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, la santé auto-perçue et les services de santé à domicile reçus dans l'année antérieure. Les participants ont rapporté davantage d'hospitalisations durant l'année précédant l'étude que les sujets ayant refusé de participer, et un nombre plus grand était « extrêmement satisfaits » face aux services de santé reçus.

L'âge moyen des 920 participants de l'étude longitudinale était de 83 ans, les deux tiers étant des femmes, 44 % étaient mariés et le niveau moyen d'éducation était de 6,5 ans. Le tableau 11.1 présente les caractéristiques des deux groupes au début de l'étude. Même si les sujets du groupe expérimental étaient légèrement mais significativement ( $p = 0,016$ ) plus vieux que ceux du groupe de comparaison, il n'y avait aucune différence significative sur le score moyen du SMAF au début. Davantage de sujets du groupe de comparaison étaient des propriétaires ou locataires ( $p = 0,001$ ) et avaient reçu des services à domicile durant l'année antérieure ( $p = 0,001$ ). Ils étaient également significativement plus satisfaits des services reçus ( $p = 0,014$ ) et ont présenté une autonomisation plus élevée ( $p = 0,049$ ). Il n'y a eu aucune différence statistiquement significative entre les deux groupes sur toutes les autres variables. L'annexe 11.1 détaille les données de base pour les sujets de chaque MRC des groupes expérimental et de comparaison. La figure 11.1 montre la distribution des profils Iso-SMAF dans les deux groupes. Les deux tiers des sujets ont présenté des incapacités principalement dans les activités de la vie domestique (profils Iso-SMAF 1 à 3). Les autres sujets ont présenté des incapacités plus importantes (profils 4 et plus).

Durant la première année, 62 sujets vivant à domicile sont décédés, 41 ont été institutionnalisés et 32 ont quitté l'étude (figure 11.2). Globalement, il y a eu une augmentation significative ( $p < 0,001$ ) des incapacités, avec le score SMAF moyen des survivants passant de 17,39 à 19,23. Cependant, il n'y a eu aucune différence entre les deux groupes et entre les sous-groupes. Trente-deux pour cent des sujets des deux groupes ont présenté une perte d'autonomie durant cette période (7,3 % décédés, 4,8 % institutionnalisés, 20,3 % ont augmenté de

Tableau 11.1  
**Caractéristiques des deux groupes au début de l'étude**

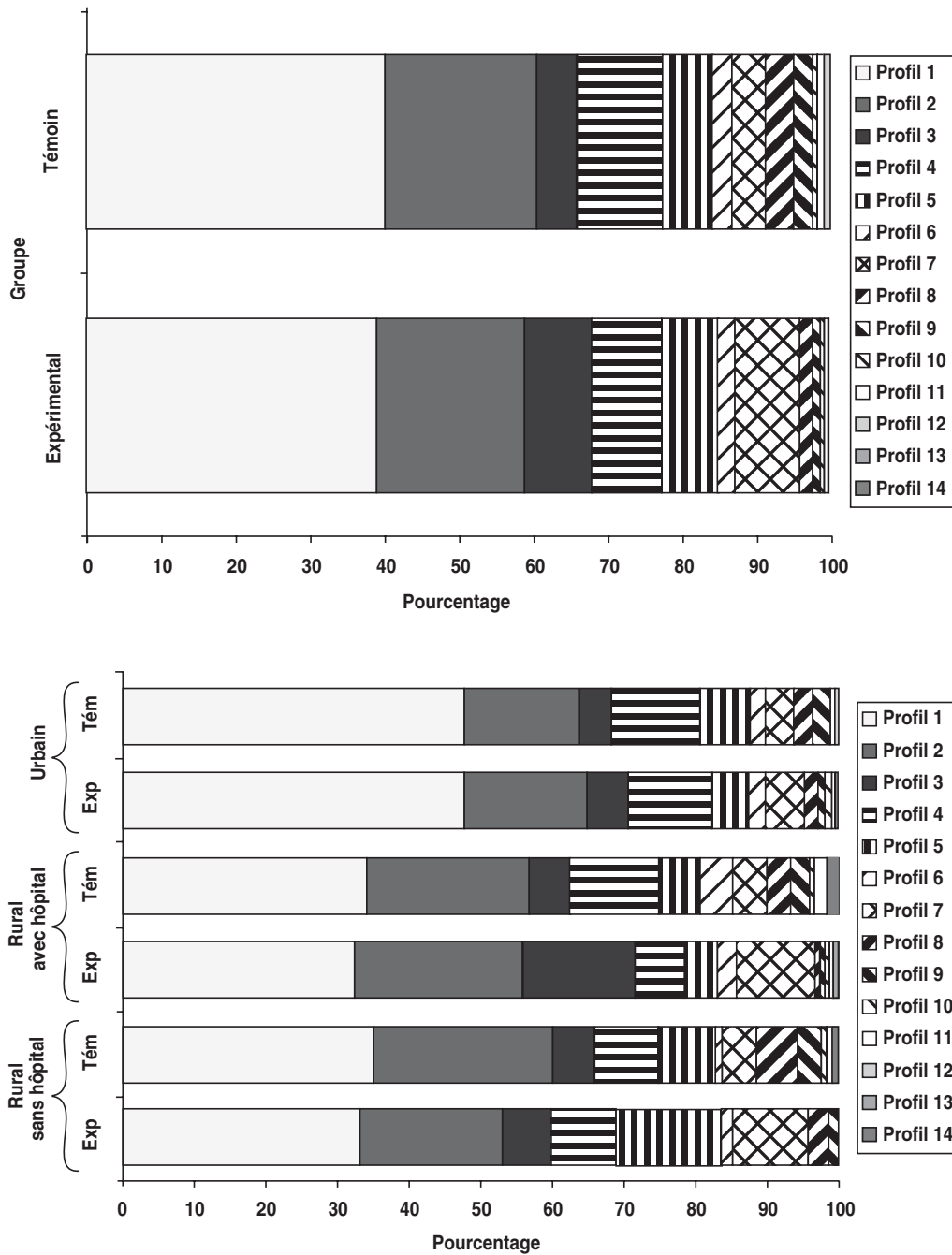
<b>Variable</b>	<b>Groupe expérimental</b>	<b>Groupe témoin</b>	<b>valeur p</b>
<b><i>Caractéristiques de base des sujets</i></b>	<b>(n = 501)</b>	<b>(n = 419)</b>	
Âge au 1 <sup>er</sup> janvier 2001	83,29 (4,87)*	82,50 (5,08)	0,016
Sexe féminin	321 (64,1 %)	252 (60,1 %)	0,221
Marié	216 (43,1 %)	185 (44,2 %)	0,752
Années d'éducation	6,51 (3,06)	6,62 (3,23)	0,597
Santé auto-perçue excellente ou bonne <sup>§</sup>	320 (64,4 %)	258 (62,2 %)	0,489
Propriétaire ou locataire (vs pensionnaire)	303 (60,5 %)	299 (71,4 %)	0,001
A un aidant familial	452 (90,2 %)	369 (88,1 %)	0,294
A été hospitalisé au moins une fois durant l'année précédente	148 (29,7 %)	120 (28,6 %)	0,735
A reçu des services à domicile durant l'année précédente	104 (20,8 %)	126 (30,1 %)	0,001
Incapacités (SMAF)	18,54 (11,80)	19,93 (12,92)	0,089
Fonctionnement cognitif (MMSE)	24,83 (4,88)	24,34 (5,86)	0,177
Satisfaction face aux services de santé	7,55 (2,38)	7,98 (2,81)	0,014
Autonomisation	7,76 (2,46)	8,10 (2,75)	0,049
<b><i>Caractéristiques de base des aidants familiaux</i></b>	<b>(n=409)</b>	<b>(n=306)</b>	
Sexe féminin	296 (72,4 %)	241 (78,8 %)	0,051
Relation avec l'aidé			0,579
Conjoint	138 (33,7 %)	113 (36,9 %)	
Enfant	206 (50,4 %)	151 (49,4 %)	
Autre	65 (15,9 %)	42 (13,7 %)	
Cohabitation avec l'aidé	182 (44,6 %)	201 (65,9 %)	<0,001
Fardeau (inventaire du fardeau de Zarit)	17,28 (14,88)	20,11 (16,29)	0,016
Désir d'hébergement <sup>†</sup>	62 (16,3 %)	45 (17,0 %)	0,823

\* Moyenne pour variables continues ; n (%) pour variables catégoriques

<sup>§</sup> Santé auto-perçue excellente ou bonne comparé aux autres personnes du même âge

<sup>†</sup> Y a déjà pensé, en a parlé à quelqu'un, a visité un centre d'accueil ou une institution, ou a fait une demande de placement

Figure 11.1  
**Profils Iso-SMAF au début, par groupe et par sous-groupe**



5 points ou plus au SMAF) (figure 11.3). Il n'y a eu aucune différence significative entre les deux groupes. Cependant, la comparaison des zones rurales avec hôpital a révélé significativement moins de décès dans la zone de comparaison ( $p < 0,05$ ). Le tableau 11.2 compare les sujets des deux groupes sur les changements survenant durant la première année pour les autres variables dépendantes.

Tableau 11.2  
**Changements durant la première année sur les variables mesurées**

<i>Changements durant la première année (un signe négatif indique un déclin)<sup>§</sup></i>	Groupe expérimental (n = 420)	Groupe témoin (n = 327)	valeur p
Autonomie fonctionnelle	-1,84 (6,08)*	-1,83 (6,26)	0,918
Fonctionnement cognitif	-0,12 (2,75)	-0,68 (4,49)	0,020
Satisfaction face aux services de santé	0,23 (2,65)	0,15 (2,89)	0,542
Autonomisation	-0,51 (2,75)	-1,14 (3,09)	0,065
Fardeau (peu importe l'aidant)	2,50 (12,82)	1,70 (12,83)	0,858
Fardeau (même aidant)	2,29 (12,30)	1,58 (12,32)	0,883
Désir d'hébergement <sup>†</sup> (peu importe l'aidant)	de 16,1 % à 18,9 %	de 16,8 % à 21,1 %	0,720

\* Moyenne pour variables continues ; n (%) pour variables catégoriques

<sup>†</sup> Y a déjà pensé, en a parlé à quelqu'un, a visité un centre d'accueil ou une institution, a fait une demande de placement, ou le sujet a été institutionnalisé

<sup>§</sup> Les valeurs p proviennent de l'analyse de covariance comparant les scores au post-test, en ajustant pour les scores de base

dantes. La seule différence significative entre les groupes a été le fonctionnement cognitif où les sujets du groupe de comparaison ont présenté un plus grand déclin ( $p = 0,020$ ) mais cette différence (moins de 1 point sur le MMSE) n'apparaît pas comme étant cliniquement significative.

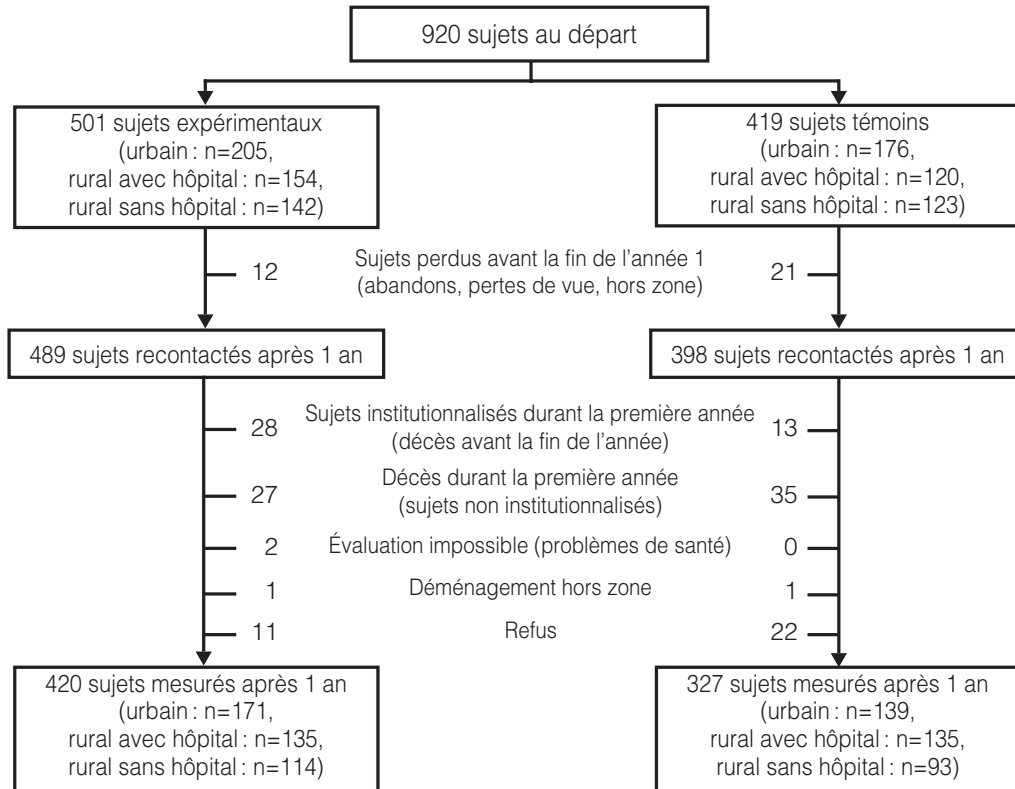
Le tableau 11.3 et l'annexe 11.2 montrent l'utilisation des services de santé et services sociaux durant cette première année. Trente pour cent des sujets des deux groupes ont été hospitalisés. Davantage de sujets du groupe expérimental ont visité l'urgence durant l'année (47 % versus 30 %), mais ces visites ont été moins fréquemment suivies d'admissions à l'hôpital (25 % versus 67 %). Ceci est probablement un indicateur d'une utilisation inappropriée de l'urgence dans la zone expérimentale pour des situations mineures. Il y a eu également des différences significatives entre les deux groupes pour l'utilisation des autres services. Les sujets de la zone expérimentale ont utilisé plus fréquemment les services de professionnels, les services bénévoles, les services à domicile pour les soins personnels et l'hôpital ou le centre de jour.

## Discussion

Comme le modèle PRISMA est imbriqué dans le système de soins de santé et de services sociaux, son implantation requiert un changement global du système. Il est alors impossible d'utiliser un devis de type essai clinique randomisé pour démontrer ses impacts. Nous avons donc utilisé un devis quasi expérimental comparant trois zones où un RIS était implanté à trois zones comparables où une telle implantation n'était pas attendue. Pour s'assurer de la comparabilité des zones



Figure 11.2

**Cheminement des participants durant la première année de l'étude PRISMA-Estrie**

expérimentales et de comparaison sur les variables socio-démographiques et d'utilisation de services, nous avons utilisé une technique standardisée (distance de Matusita<sup>16</sup>).

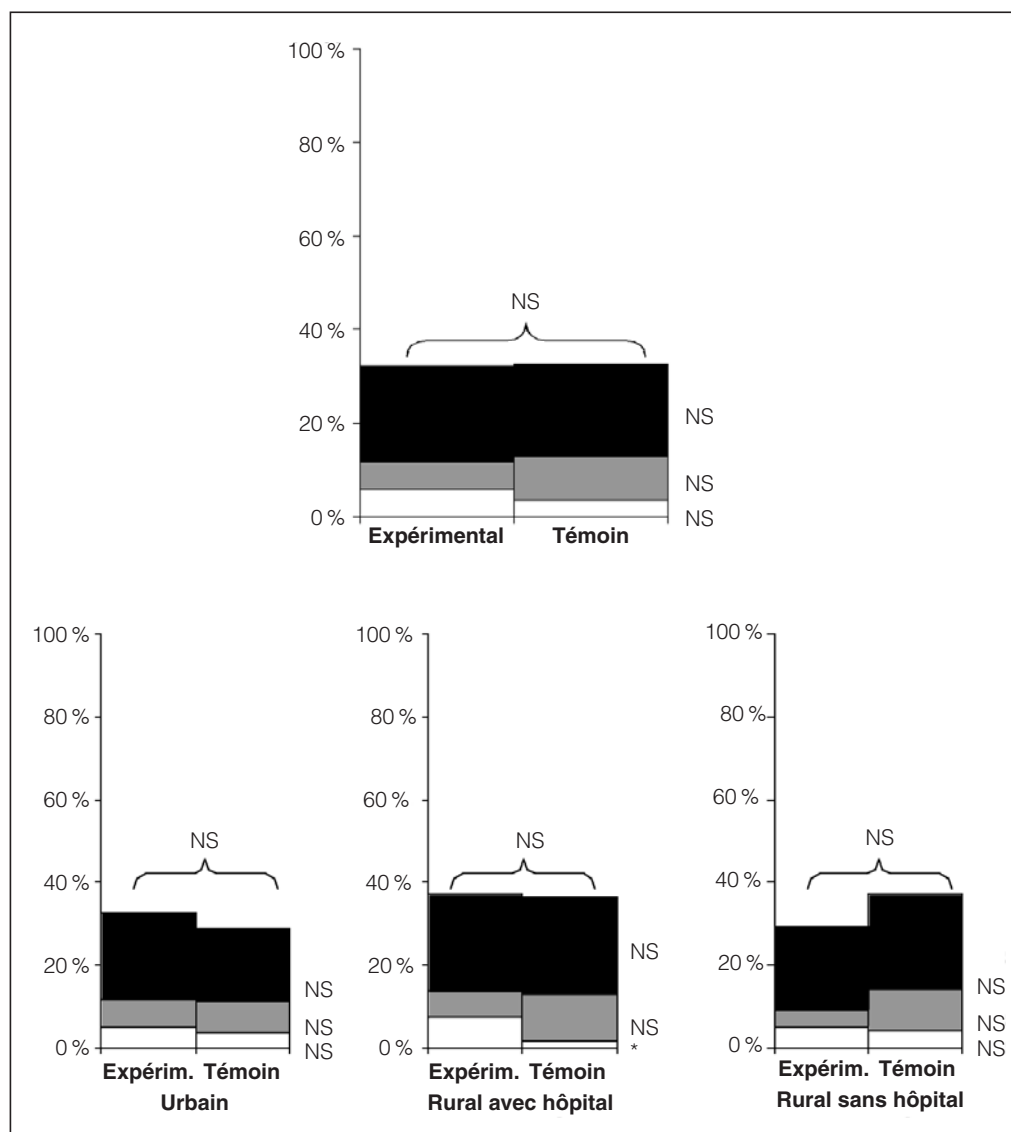
Les sujets des deux groupes et des six sous-groupes étaient comparables au début de l'étude pour la plupart des données socio-démographiques et des variables d'intérêt. Il n'y avait également aucune différence pour la perte d'autonomie durant la première année. Ce résultat était attendu puisque le degré de mise en œuvre du RIS dans les zones expérimentales était alors de moins de 33 %<sup>14</sup>.

L'utilisation des services de santé et services sociaux par les sujets des deux groupes était très différente. Ceci était attendu, puisque c'est ce qui a incité la zone de l'Estrie à aller vers de nouvelles façons de distribuer les services. Dans cette zone, il y avait une plus grande utilisation de ressources coûteuses (hôpital, urgence, par exemple) et le défi du RIS était de changer cette manière de faire et promouvoir une meilleure utilisation des services. L'objectif étant de s'assurer que les personnes âgées fragiles obtiennent le bon service, au bon moment, par l'organisation appropriée et au meilleur coût.

Les participants à l'étude ont présenté un niveau modéré d'incapacités (score SMAF moyen de 19/87 à l'entrée) et un tiers, des incapacités significatives à réaliser les activités de la vie quotidienne (profils Iso-SMAF > 4). Le taux de perte d'autonomie durant la première année (32 %) était inférieur à ce qui était

Figure 11.3

**Déclin fonctionnel durant la première année, par groupe et par sous-groupe (institutionnalisation représentée en blanc, décès représenté en gris, et une perte de 5 points ou plus au SMAF représentée en noir) : \*p<0,05 ; NS : p>0,05**



attendu selon des études antérieures qui avaient utilisé le Questionnaire postal de Sherbrooke (environ 48 % de déclin en une année). Ceci peut être dû à l'amélioration des services de santé dans la zone ou à une tendance à une amélioration de l'état de santé général dans les nouvelles cohortes de personnes âgées. Néanmoins, le fait que 30 % des participants ont été admis à l'hôpital durant l'année initiale indique la fragilité de cet échantillon et la probabilité qu'ils seront des clients du RIS durant la période d'étude.

Tableau 11.3  
Utilisation des ressources pour les deux groupes durant la première année

Variable	Groupe expérimental (n <sub>pers-années</sub> = 440,92)	Groupe témoin (n <sub>pers-années</sub> = 356,21)	valeur p
<b>Visites à l'urgence</b>			
Au moins une visite à l'urgence	207,5 (47,1 %)†	105,9 (29,7 %)	<0,001
Parmi les utilisateurs :			
• Nombre de visites	2,15 (2,1) [1,07]	2,04 (1,9) [1,04]	0,652
• % suivies d'une hospitalisation	41,95 (42,6) [25,0]	57,68 (45,8) [66,7]	0,003
• % retour en deçà de 10 jours (lorsqu'il n'y a pas d'hospitalisation)	11,26 (23,2) [0,0]	9,42 (24,5) [0,0]	0,618
<b>Hospitalisations</b>			
Au moins une hospitalisation	145,2 (32,9 %)	98,7 (27,7 %)	0,113
Parmi les utilisateurs :			
• Nombre d'hospitalisations	1,89 (1,6) [1,1]	1,88 (1,7) [1,1]	0,937
• Durée de séjour (en jours)	9,46 (11,1) [6,0]	9,97 (12,1) [7,0]	0,734
• % ré-hospitalisés en deçà de 30 jours ou ayant visité l'urgence en deçà de 10 jours	14,24 (23,3) [0,0]	8,86 (20,6) [0,0]	0,066
• % ré-hospitalisés en deçà de 90 jours	17,41 (25,5) [0,0]	13,51 (24,2) [0,0]	0,235
<b>Chirurgie d'un jour</b>			
Au moins une chirurgie d'un jour	16,5 (3,8 %)	18,2 (5,1 %)	0,351
<b>Nombre de jours à domicile</b>	351,74 (41,34) [365]	354,53 (36,54) [365]	0,311
<b>Services pour personnes âgées en perte d'autonomie</b>			
Au moins une visite à l'hôpital de jour ou au centre de jour	53,1 (12,1 %)	26,4 (7,4 %)	0,030
Au moins une utilisation d'aide ménagère	261,3 (59,3 %)	191,9 (53,9 %)	0,127
Au moins une utilisation d'aide pour les soins personnels	178,4 (40,5 %)	117,7 (33,1 %)	0,031
Au moins une (≥1) utilisation de services pour les personnes âgées en perte d'autonomie †	123,2 (28,0 %)	102,6 (28,8 %)	0,789
<b>Services bénévoles</b>			
Au moins un repas de popote roulante ou repas communautaire	50,1 (11,4 %)	23,6 (6,6 %)	0,022
Au moins un jour de répit (CHSLD)	7,1 (1,6 %)	13,5 (3,8 %)	0,052
Au moins une heure de gardiennage	11,3 (2,6 %)	18,5 (5,2 %)	0,051
Au moins 1 utilisation de services bénévoles ‡	92,4 (21,0 %)	47,6 (13,4 %)	0,005

<b>Professionnels de la santé</b>			
Au moins une visite à ou par un <b>omni-praticien</b>	420,1 (95,3 %)	342,2 (96,1 %)	0,589
Au moins une visite à un <b>MD spécialiste</b>	272,4 (61,8 %)	228,0 (64,0 %)	0,518
Au moins une visite à ou par une <b>infirmière</b>	320,7 (72,7 %)	203,1 (57,0 %)	<0,001
Au moins une visite à ou par un <b>autre professionnel de la santé</b> (ergo, physio, travail social, ...)	192,7 (43,7 %)	126,6 (35,5 %)	0,020

‡ Moyenne [médiane] pour variables continues ; n<sub>personnes-années</sub> (%) pour variables catégoriques

† Unités de courte durée gériatrique ou de réadaptation fonctionnelle intensive, services à domicile pour les soins personnels ou l'aide ménagère, hôpital de jour ou centre de jour

‡ Repas livrés à domicile, repas communautaire, accompagnement, transport communautaire

Le degré de mise en œuvre du RIS a été de moins de 33 % durant cette première année. Nous avons formulé l'hypothèse que ce type d'intervention ne peut avoir un impact si le degré de mise en œuvre n'atteint pas au moins 70 %. Après la première année, nous avons dû faire face à la réalité qu'il serait impossible d'atteindre un degré de mise en œuvre de plus de 70 % à la fin de la seconde année et nous avons décidé de prolonger l'étude actuelle et de recruter des participants additionnels pour obtenir une puissance statistique suffisante. Avec cette modification du plan d'étude, nous serons alors en position de capter les impacts d'un RIS davantage implanté durant les années suivantes. Le danger de ne pas prolonger l'étude aurait été de conclure sur les impacts d'un RIS très partiellement implanté.

## Conclusion

PRISMA est un RIS innovant de type coordination. Comme il est imbriqué dans le réseau usuel de services de santé et de services sociaux, ce modèle pourrait être plus approprié pour le système de santé public et universel canadien que des modèles d'intégration complète testés auparavant.

Cependant, il requiert un virage de l'approche de système traditionnel basé sur les institutions, pour une approche centrée sur l'utilisateur à domicile et des efforts considérables de coordination à tous les niveaux des organisations. L'étude en cours procurera des données sur ses impacts sur les clientèles et les coûts.

Nous étudions également l'implantation en examinant les processus et le fonctionnement du modèle. Les objectifs sont de documenter si le modèle est implanté tel que planifié et d'identifier les facteurs facilitants et les obstacles à son implantation. Une analyse économique est également réalisée pour calculer les coûts d'implantation et de fonctionnement, et comparer ceux-ci aux économies (si présentes) dans l'utilisation des services. Le coût-bénéfice d'un tel système sera alors documenté.

## Références

1. Hébert, R., Durand, P.J., Dubuc, N., Tourigny, A. et the PRISMA Group. PRISMA : a new model of Integrated Service Delivery for the Frail Older People in Canada. *International Journal of Integrated Care*, 2003 ; (www.ijic.org) 3(march 18) :1-8.
2. Tinetti, M.E. et Fried, T. The end of disease era. *Am J Med*, 2004 ;116 :179-85.
3. Bergman, H., Béland, F., Lebel P., Contandriopoulos, A.P., Tousignant, P., Brunelle, Y. et al. Care for Canada's frail elderly population : fragmentation or integration ? *Canadian Medical Association Journal*, 1997 ; 157(8) :1116-21.
4. Raïche, M. et Hébert, R. Coordination des services aux personnes âgées en France et au Québec : enjeux, expériences et champs de recherche traitant de leur évaluation. Santé, société et solidarité - Revue de l'Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité. Numéro hors série : 57-66, 2003.
5. Kodner, D.L. et Kyriacou, C.K. Fully integrated care for frail elderly : Two American models. *International Journal of Integrated Care*, 2000 ; (www.ijic.org) 1(november 1) :1-24.
6. 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.
7. Yordi, C.L. et Waldman, J. A consolidated model of long-term care : service utilization and cost impacts. *Gerontologist*, 1985 ; 25(4) :389-97.
8. Branch, L.G., Coulam, R.F. et Zimmerman, Y.A. The PACE evaluation : Initial findings. *Gerontologist*, 1995 ; 35(3) :349-59.
9. Pinnell Beaulne Associates Ltd. CHOICE Evaluation project. Evaluation summary. Final report ; November 26 ; 1998.
10. Leutz, W., Greenberg, R., Abrahams, R., Prottas, J., Diamond, L.M. et Gruenberg, L. *Changing Health Care for an Aging Society : Planning for the Social Health Maintenance Organization*. Lexington, Mass., USA : Lexington Books, 1985.
11. Béland, F., Bergman, H., Lebel, P., Clarfield, A.M., Tousignant, P., Contandriopoulos, A.P. et al. A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada : results from a randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2006 ; 61(4) :367-73.
12. 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 :222-235.

13. Tourigny, A., Durand, P., Bonin, L., Hébert, R. et Rochette, L. Quasi-experimental Study of the Effectiveness of an Integrated Service Delivery Network for the Frail Elderly. *Can J Aging*, 2004 ; 23(3) :231-46.
14. Hébert, R. et Veil, A. Monitoring the degree of implementation of an Integrated Delivery System. *International Journal of Integrated Care*, 2004 ; (www.ijic.org) 4(September 20) :1-7.
15. Hébert, R., Bravo, G., Korner-Bitensky, N. et Voyer, L. Predictive validity of a postal questionnaire for screening community dwelling elderly individuals at risk for functional decline. *Age Ageing*, 1996 ; 25 :159-67.
16. Junod, B. et Wietlisbach, V. Méthodes et stratégies d'évaluation du programme national suisse de recherche sur la prévention des maladies cardiovasculaires. *Revue Épidémiologie et Santé publique*, 1981 ; 29 : 315-25.
17. 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 : Journal Canadian Geriatrics Society*, 2001 ; September :141-7.
18. 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 Ageing*, 1988 ; 17 :293-302.
19. 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) :402-6.
20. Hébert, R., Spiegelhalter, D.J. et Brayne, C. Setting the minimal metrically detectable change on disability rating scales. *Arch Phys Med Rehabil*, 1997 ; 78 :1305-8.
21. Dubuc, N., Hébert, R., Desrosiers, J., Buteau, M. et Trottier, L. Disability-based classification system for older people in integrated long-term care services : the Iso-SMAF profiles. *Arch Gerontol Geriat*, 2006 ; 42, 191-206.
22. Hébert, R., Robichaud, L., Roy, P.M., Bravo, G. et Voyer, L. Efficacy of a nurse-led multidimensional programme for older people at risk of functional decline. A randomized controlled trial. *Age Ageing*, 2001 ; 30 : 147-53.
23. 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. *J Psychiatr Res*, 1975 ; 12 :189-98.
24. Gagnon, M., Hébert, R., Dubé, M. et Dubois, M.-F. Development and Validation of the Health Care Satisfaction Questionnaire (HCSQ) in Elders. *Journal Nursing Measurement*, 2006 ; 14(3) : 190-204.

25. Gagnon, M., Hébert, R., Dubé, M. et Dubois, M.-F.. Development and validation of an instrument measuring individual empowerment in relation to personal health care : the Health Care Empowerment Questionnaire (HCEQ). *Am J Health Promot*, 2006 ; 20(6) :429-35.
26. Hébert, R., Bravo, G. et Girouard, D. Fidélité de la traduction française de trois instruments d'évaluation des aidants naturels de malades déments. *Can J Aging*, 1993 ; 12(3) :324-37.
27. Zarit, S.H., Orr, N.K. et Zarit, J.M. *The hidden victims of Alzheimer's disease : families under stress*, New York : New York University Press ; 1985.
28. Hébert, R., Bravo, G. et Préville, M. Reliability, validity and reference values of the Zarit burden interview for assessing informal caregivers of community-dwelling older persons with dementia. *Can J Aging*, 2000 ; 19(4) : 494-507.
29. Morycz, R.K. Caregiving strain and the desire to institutionalize family members with Alzheimer's disease. *Research on Aging*, 1985 ; 7(3) : 329-61.
30. Canadian study on health and aging working group. Canadian study on health and aging : Study methods and prevalence of dementia. *Can Med Assoc J*, 1994 ; 150 : 899-913.
31. Dubois, M.-F., Raïche, M., Hébert, R. et Gueye, N.R. Assisted self-report of health-services use showed excellent reliability in a longitudinal study of older adults. *J Clin Epidemiol* (sous presse).

**PRISMA** (Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie) est un partenariat canadien entre deux équipes de recherche (Centre de recherche sur le vieillissement à Sherbrooke et Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval à Québec) et plusieurs organisations de santé et services sociaux dans la province de Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux, cinq Agences régionales de la santé et des services sociaux (Estrie, Mauricie et du Centre-du-Québec, Laval, Montérégie, Capitale-Nationale) et le Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. Les travaux de PRISMA sont financés par les Institut de recherche en santé du Canada (IRSC), la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ), le Réseau québécois de recherche sur le vieillissement (RQRV) et le Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS).

**\* Le groupe PRISMA-Estrie :**

Mariette Bédard, Robert Bellefleur, Myriam Bergeron, Danièle Blanchette, Marie-Claude Boissé, Johanne Bolduc, Lucie Bonin, Gina Bravo, Céline Bureau, Chantal Caron, Johanne Desrosiers, Linda Dieleman, Pierre Durand,

Suzanne Durand, Maxime Gagnon, N'Deye Rokhaya Gueye, Valérie Guillot, Nathalie-Audrey Joly, Isabelle Labrecque, William Murray, Pierre Richard, Dany Simard, André Tourigny, Michel Tousignant, Lysette Trahan, Anne Veil, Karine Veilleux.



## Annexe 11.1

## Utilisation des services pour les deux groupes, par sous-groupes, durant la première année

Variable	Environnement urbain		Environnement rural avec hôpital		Environnement rural sans hôpital	
	Expérimental	Témoïn	Expérimental	Témoïn	Expérimental	Témoïn
<b>Caractéristiques de base des sujets</b>	<b>(n = 205)</b>	<b>(n = 176)</b>	<b>(n = 154)</b>	<b>(n = 120)</b>	<b>(n = 142)</b>	<b>(n = 123)</b>
Âge au 1 <sup>er</sup> janvier 2001	83,16 (4,62) <sup>#</sup>	82,11 (4,84) <sup>**</sup>	82,74 (4,56)	82,93 (4,85)	84,09 (5,44)	82,63 (5,61) <sup>**</sup>
Sexe féminin	151 (73,7 %)	102 (58,0 %) <sup>***</sup>	75 (48,7 %)	77 (64,2 %) <sup>**</sup>	95 (66,9 %)	73 (59,4 %)
Marié	73 (35,6 %)	85 (48,3 %) <sup>**</sup>	88 (57,1 %)	45 (37,5 %) <sup>***</sup>	55 (38,7 %)	55 (44,7 %)
Années d'éducation	7,42 (3,29)	7,87 (3,60)	5,68 (2,66)	6,01 (2,62)	6,08 (2,76)	5,48 (2,56) <sup>*</sup>
Santé auto-perçue excellente-bonne <sup>s</sup>	127 (62,3 %)	113 (65,3 %)	101 (66,0 %)	72 (60,0 %)	92 (65,7 %)	73 (59,8 %)
Propriétaire ou locataire	128 (62,4 %)	126 (71,6 %) <sup>*</sup>	103 (66,9 %)	82 (68,3 %)	72 (50,7 %)	91 (74,0 %) <sup>***</sup>
A un aidant familial	177 (86,3 %)	151 (85,8 %)	143 (92,9 %)	105 (87,5 %)	132 (93,0 %)	113 (91,9 %)
Hospitalisé durant l'année précédente	53 (25,9 %)	55 (31,3 %)	44 (28,6 %)	35 (29,2 %)	51 (36,4 %)	30 (24,4 %) <sup>**</sup>
Services à domicile année précédente	32 (15,6 %)	49 (27,8 %) <sup>***</sup>	34 (22,2 %)	35 (29,2 %)	38 (27,0 %)	42 (34,2 %)
Incapacités (SMAF)	17,44 (11,96)	18,72 (11,58)	19,22 (11,56)	21,51 (14,53)	19,38 (11,79)	20,11 (12,98)
Fonctionnement cognitif (MMSE)	25,31 (4,57)	24,81 (5,80)	24,15 (5,28)	24,04 (5,71)	24,87 (4,81)	23,94 (6,08)
Satisfaction vs services de santé	7,64 (2,55)	7,91 (3,02)	7,47 (2,20)	8,39 (2,65) <sup>***</sup>	7,50 (2,32)	7,66 (2,61)
Autonomisation	8,08 (2,63)	8,36 (2,92)	7,81 (2,16)	7,81 (2,30)	7,28 (2,43)	8,03 (2,91)
<b>Caractéristiques de base des aidants familiaux</b>	<b>(n = 161)</b>	<b>(n = 125)</b>	<b>(n = 127)</b>	<b>(n = 80)</b>	<b>(n = 121)</b>	<b>(n = 101)</b>
Sexe féminin	105 (65,2 %)	101 (80,8 %) <sup>***</sup>	102 (80,3 %)	61 (76,3 %)	89 (73,6 %)	79 (78,2 %)
Relation avec l'aidéConjoint	44 (27,3 %)	49 (39,2 %)	69 (54,3 %)	29 (36,3 %)	25 (20,7 %)	35 (34,7 %)
Enfant	90 (55,9 %)	60 (48,0 %) <sup>*</sup>	42 (33,1 %)	40 (50,0 %) <sup>**</sup>	74 (61,2 %)	51 (50,5 %) <sup>*</sup>
Autre	27 (16,8 %)	16 (12,8 %)	16 (12,6 %)	11 (13,8 %)	22 (18,2 %)	15 (14,9 %)
Cohabitation avec l'aidé	64 (39,8 %)	83 (66,4 %) <sup>***</sup>	77 (60,6 %)	52 (65,0 %)	41 (34,2 %)	66 (66,0 %) <sup>***</sup>
Fardeau (inventaire fardeau de Zarit)	18,88 (16,41)	19,23 (14,49)	15,79 (13,90)	20,72 (17,71) <sup>**</sup>	16,74 (13,64)	20,73 (17,32) <sup>*</sup>
Désir d'hébergement <sup>t</sup>	29 (19,3 %)	19 (18,5 %)	15 (12,6 %)	9 (12,9 %)	18 (16,2 %)	17 (18,5 %)

<b>Changements durant 1<sup>re</sup> année (un signe négatif indique un déclin):</b>	<b>(n = 171)</b>	<b>(n = 139)</b>	<b>(n = 135)</b>	<b>(n = 95)</b>	<b>(n = 114)</b>	<b>(n = 93)</b>
Autonomie fonctionnelle	-1,83 (6,44)	-1,33 (5,76)	-1,49 (5,89)	-1,48 (5,36)	-2,26 (5,77)	-2,92 (7,61)
Fonctionnement cognitif	0,02 (2,46)	0,04 (4,57)	0,14 (3,01)	-1,02 (4,44)**	-0,64 (2,79)	-1,41 (4,29)
Satisfaction vs services de santé	-0,21 (2,87)	0,39 (3,30)**	0,75 (2,37)	-0,36 (2,66)**	0,30 (2,51)	0,30 (2,35)
Autonomisation	-0,76 (3,72)	-1,02 (3,86)	0,09 (2,68)	-0,65 (3,30)	-0,29 (2,57)	-0,63 (3,33)
Fardeau (peu importe l'aidant)	3,29 (13,62)	2,31 (12,46)	3,59 (11,11)	-0,84 (12,75)**	0,39 (13,30)	3,00 (13,21)**
Autonomie fonctionnelle	3,33 (13,70)	2,05 (12,55)	2,54 (10,65)	-1,16 (11,96)	0,78 (12,01)	3,15 (12,12)**
Désir d'hébergement† (peu importe l'aidant)	18,4 % à 24,0 %	17,5 % à 25,0 %	13,1 % à 16,2 %	12,3 % à 10,5 %	16,1 % à 15,1 %	19,4 % à 25,0 %

‡ Moyenne pour variables continues ; n (%) pour variables catégoriques

\* p<0,10 ; \*\*p<0,05 ; \*\*\*p<0,01

§ Santé auto-perçue excellente ou bonne comparé aux autres personnes du même âge

† Y a déjà pensé, en a parlé à quelqu'un, a visité un centre d'accueil ou une institution, ou a fait une demande de placement

‡ Y a déjà pensé, en a parlé à quelqu'un, a visité un centre d'accueil ou une institution, a fait une demande de placement, ou le sujet a été institutionnalisé

: Les valeurs p proviennent de l'analyse de covariance comparant les scores au post-test, en ajustant pour les scores de base

Annexe 11.2  
**Utilisation des services pour les deux groupes, par sous-groupes, durant la première année**

Variable	Milieu urbain			Milieu rural avec hôpital			Milieu rural sans hôpital		
	Expérimental (npers-ans = 182,99)	Témoïn (npers-ans = 152,24)	Expérimental (npers-ans = 136,44)	Témoïn (npers-ans = 101,65)	Expérimental (npers-ans = 121,49)	Témoïn (npers-ans = 102,32)			
<b>Visites à l'urgence</b>									
Au moins une visite à l'urgence	78,8 (43,1 %)*	46,0 (30,2 %)**	68,7 (50,3 %)	31,8 (31,3 %)**	60,0 (49,4 %)	28,2 (27,6 %)**			
Parmi les utilisateurs :									
- Nombre de visites	2,06 (2,3) [1,06]	2,20 (2,2) [1,03]	2,24 (2,1) [1,05]	1,98 (1,9) [1,03]	2,17 (1,9) [1,22]	1,84 (1,5) [1,09]			
- % suivies d'une hospitalisation	41,65 (43,3) [25,0]	53,12 (42,3) [50,0]	46,64 (42,9) [40,0]	55,80 (47,3) [50,0]	36,97 (41,4) [0,0]	67,23 (49,7) [100]**			
- % retour en deçà de 10 jours	9,08 (20,4) [0,0]	12,38 (28,6) [0,0]	13,94 (26,1) [0,0]	5,31 (22,1) [0,0]	11,12 (23,2) [0,0]	8,91 (17,1) [0,0]			
<b>Hospitalisations</b>									
Au moins une hospitalisation	46,9 (25,6 %)	43,9 (28,8 %)	57,4 (42,1 %)	26,2 (25,8 %)**	40,8 (33,6 %)	28,6 (28,0 %)			
Parmi les utilisateurs :									
- Nombre d'hospitalisations	1,88 (1,6) [1,1]	2,26 (2,1) [1,2]	1,82 (1,5) [1,0]	1,65 (1,5) [1,0]	2,01 (1,6) [1,1]	1,50 (1,1) [1,0]			
- Durée de séjour (en jours)	11,21 (12,2) [7,0]	10,71 (9,9) [7,0]	8,49 (9,1) [6,0]	7,78 (6,4) [7,0]	8,80 (12,1) [5,0]	10,83 (17,7) [6,0]			
- % ré-hospitalisés < 30 jours ou ayant visité l'urgence < 10 jours	12,70 (21,2) [0,0]	11,15 (19,6) [0,0]	11,88 (21,9) [0,0]	9,32 (24,4) [0,0]	19,29 (27,1) [0,0]	4,96 (18,5) [0,0]**			
- % ré-hospitalisés en deçà de 90 jours	17,20 (25,2) [0,0]	19,15 (27,0) [0,0]	14,56 (23,5) [0,0]	7,99 (19,5) [0,0]	21,59 (28,5) [0,0]	9,72 (22,7) [0,0]*			
<b>Chirurgie d'un jour</b>									
Au moins une chirurgie d'un jour	4,8 (2,6 %)	3,0 (2,0 %)	5,9 (4,3 %)	8,4 (8,3 %)	5,9 (4,9 %)	6,8 (6,6 %)			
<b>Nombre de jours à domicile</b>	353,3 (37,9) [365]	353,2 (35,1) [365]	351,7 (37,4) [365]	356,6 (34,5) [365]	349,4 (49,7) [365]	354,5 (40,6) [365]			
<b>Services pour personnes âgées en perte d'autonomie</b>									
Au moins une (≥1) visite à l'hôpital de jour ou au centre de jour	18,3 (10,0 %)	13,5 (8,9 %)	18,6 (13,6 %)	4,9 (4,8 %)**	16,3 (13,4 %)	7,9 (7,7 %)			
≥1 utilisation d'aide ménagère	113,8 (62,2 %)	83,6 (54,9 %)	73,3 (53,8 %)	57,0 (56,1 %)	74,2 (61,1 %)	51,3 (50,1 %)			
≥1 utilisation d'aide pour les soins personnels	65,6 (35,9 %)	46,5 (30,5 %)	58,2 (42,6 %)	37,7 (37,1 %)	54,6 (44,9 %)	33,6 (32,8 %)*			

≥1 utilisation <b>services pour personnes âgées en perte d'autonomie</b>	37,3 (20,4 %)	43,5 (28,6 %)*	45,3 (33,2 %)	26,0 (25,6 %)	40,6 (33,5 %)	33,1 (32,4 %)
<b>Services bénévoles</b>						
Au moins un <b>repas</b> de popote roulante ou repas communautaire	23,9 (13,0 %)	15,2 (10,0 %)	13,1 (9,6 %)	3,9 (3,8%)*	13,1 (10,8 %)	4,6 (4,5%)*
Au moins un jour de <b>répit</b>	1,7 (0,9 %)	4,8 (3,1 %)	0,1 (0,1 %)	4,9 (4,8%)**	5,2 (4,3 %)	3,8 (3,7 %)
Au moins une heure de <b>gardiennage</b>	3,8 (2,1 %)	1,7 (1,1 %)	4,6 (3,4 %)	8,3 (8,2 %)	2,8 (2,3 %)	8,5 (8,3%)**
≥1 utilisation de services <b>bénévoles</b> †	49,0 (26,8 %)	25,0 (16,4%)**	24,3 (17,8 %)	13,6 (13,4 %)	19,1 (15,7 %)	9,0 (8,8 %)
<b>Professionnels de la santé</b>						
≥1 visite à ou par un <b>omnipraticien</b>	175,9 (96,1 %)	148,0 (97,2 %)	128,8 (94,4 %)	94,9 (93,3 %)	115,4 (95,0 %)	99,3 (97,0 %)
≥1 visite à un <b>MD spécialiste</b>	125,8 (68,8 %)	114,8 (75,4 %)	82,7 (60,6 %)	52,3 (51,5 %)	63,8 (52,5 %)	60,9 (59,5 %)
≥1 visite à ou par une <b>infirmière</b>	117,1 (64,0 %)	83,5 (54,9%)*	107,3 (78,6 %)	55,5 (54,6%)**	96,3 (79,3 %)	64,1 (62,6%)**
≥1 visite à ou par un <b>autre professionnel de la santé</b>	84,4 (46,1 %)	59,5 (39,1 %)	55,4 (40,6 %)	36,3 (35,7 %)	52,9 (43,5 %)	30,8 (30,1 %)**

‡ Moyenne [médiane] pour variables continues ; n<sub>personnes-années</sub> (%) pour variables catégoriques ;

\*p<0,10 ; \*\*p<0,05 ; \*\*\*p<0,01

† Unités de courte durée gériatrique ou de réadaptation fonctionnelle intensive, services à domicile pour soins personnels ou aide ménagère, hôpital ou centre de jour

‡ Repas livrés à domicile, repas communautaire, accompagnement, transport communautaire



# Chapitre 12

## Les impacts du réseau intégré de services sur les personnes âgées et leurs aidants dans l'étude PRISMA-Estrie

---

Réjean Hébert, Michel Raïche, Marie-France Dubois, Nicole Dubuc, Michel Tousignant, N'Deye Rokhaya Gueye et le groupe PRISMA-Estrie

---

### **Points saillants**

- Le prolongement de l'étude d'impact est présenté.
- Les résultats pour les quatre années de l'étude sont présentés pour les variables mesurées chez les personnes âgées et leur aidant, soit le déclin fonctionnel, le décès, l'autonomie, les handicaps, l'institutionnalisation, la satisfaction envers les services et l'autonomisation des personnes âgées de même que le fardeau et le désir d'institutionnaliser des aidants.
- Des résultats sommaires par MRC sont présentés lorsque des différences sont observées.

### **Introduction**

L'intégration est une intervention sur l'organisation des services, au bénéfice des personnes âgées et de leurs aidants. Ce chapitre rassemble les impacts des réseaux intégrés de services implantés, sur les personnes âgées et leurs aidants. Dans le chapitre 11, la méthodologie de l'étude et les données de base de la première année ont été présentées. Ces données ont permis de décrire la situation de départ dans les deux zones expérimentale et de comparaison, en fonction desquelles l'évolution doit être considérée. Le présent chapitre rassemble quant à lui les impacts sur les personnes âgées et leurs proches pendant les quatre années de l'étude.

Rappelons que nous mesurons les impacts populationnels. Nous ne pouvons donc pas déterminer si telle composante du réseau intégré de services aux personnes âgées (RISPA) a produit tel impact chez telle personne en Estrie. Nous pouvons plutôt déterminer quels sont les impacts populationnels du RISPA implanté dans son ensemble, selon le degré de mise en œuvre mesuré au

cours de l'étude (chapitre 2). Ainsi, le groupe expérimental de l'Estrie a été exposé à une dose d'intégration comprise entre 69 et 85 %, à partir de la troisième année de l'étude.

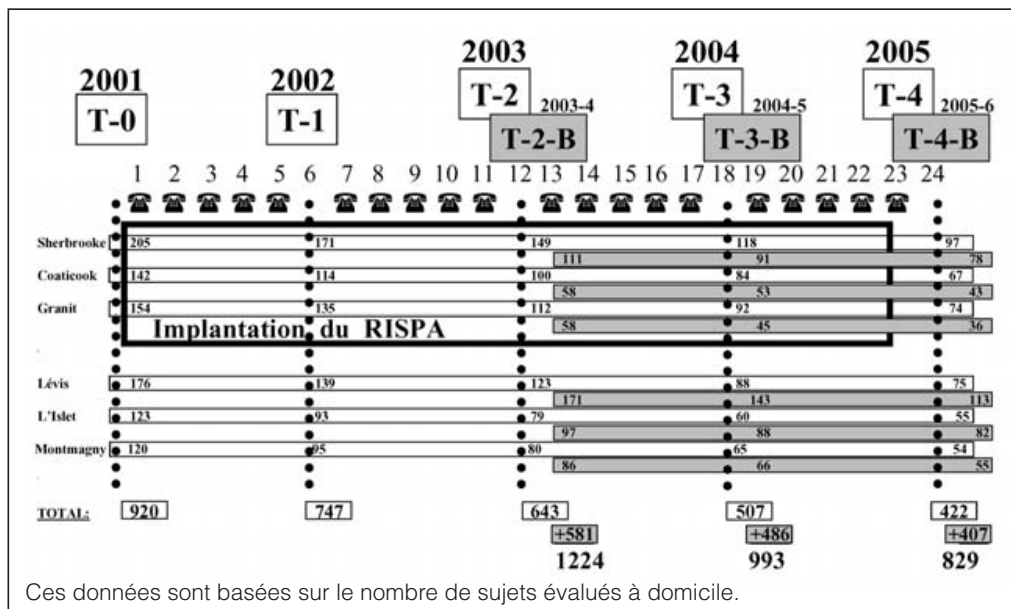
## Méthodologie

### Prolongement de l'étude

Le devis initial prévoyait une implantation quasi-complétée du RISPA durant les deux premières années de l'étude. Le calcul du degré de mise en œuvre de l'étude d'implantation a toutefois permis de faire le constat rapidement, après une année d'étude, qu'à son terme de 2 ans, la cible ne serait pas atteinte. Il devenait donc impérieux de prolonger l'étude d'impact afin d'être en mesure de capter les effets d'un RISPA plus implanté. Sinon, le danger aurait été de tirer les conclusions de l'étude à partir d'une implantation partielle, en deçà de 50 %.

Vue l'implantation plus tardive que prévue, l'équipe de recherche a décidé, à la fin de l'année 2002, de demander aux sujets de prolonger leur participation dans l'étude pendant deux autres années. Ces participants initiaux constituent ce que nous appelons les cohortes A. Toutefois, les hauts taux de mortalité et d'institutionnalisation dans les cohortes faisaient en sorte qu'il était probable que la puissance statistique ne soit pas suffisante au terme des 4 années de l'étude pour conclure sur les effets des RISPA. De nouvelles cohortes de participants (cohortes B) furent donc recrutées en 2003 (recrutement complété au début 2004) afin de terminer l'étude avec suffisamment de puissance statistique. La version finale du schéma résumé de l'étude est illustrée à la figure 12.1. On

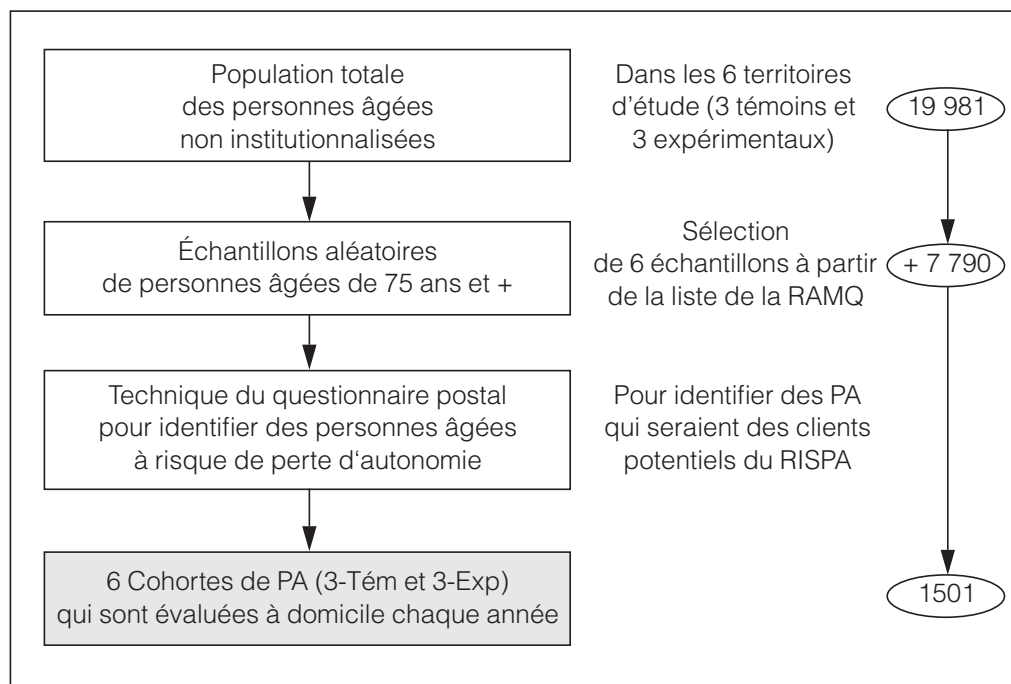
Figure 12.1  
Schéma de l'étude prolongée



peut constater que 829 participants ont complété l'étude à domicile, ce qui est suffisant pour dresser les conclusions sur les impacts des RISPA implantés.

Les nouvelles cohortes B ont été recrutées en suivant exactement le même procédé que pour les cohortes A (chapitre 11), excepté que le critère d'âge pour l'entrée dans l'étude a été augmenté de deux années (puisque recrutées deux ans plus tard). La même technique du questionnaire postal pour identifier les personnes âgées à risque de perte d'autonomie a été utilisée<sup>1</sup>. Au total des deux vagues A et B de recrutement parmi les près de 20 000 personnes âgées de 75 ans qui habitaient les six MRC de l'étude, ce sont 7 790 personnes sélectionnées au hasard qui ont reçu un questionnaire postal. Parmi les personnes identifiées à risque de perte d'autonomie, 1 501 (920 en 2001 et 581 en 2003) ont été recrutées dans l'étude (figure 12.2). À noter que pour la MRC de Coaticook, on ne parle plus d'échantillon mais bien de population, car l'ensemble des 1 018 personnes âgées non-institutionnalisées de 75 ans et plus en 2001 (ou 77 ans et plus en 2003) ont reçu un questionnaire postal.

Figure 12.2  
**Schéma de sélection de la population d'étude – 2001 et 2003**



### **Variables mesurées chez les personnes âgées et leur aidant**

Les variables qui ont été mesurées et dont les résultats sont présentés dans ce chapitre sont :

- le décès et l'institutionnalisation, définie comme l'entrée en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) public, privé conventionné ou privé non conventionné ;



- l'autonomie fonctionnelle, mesurée avec le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle – SMAF<sup>2</sup>, les incapacités et les handicaps ont été mesurés ;
- la satisfaction face aux services de santé reçus, mesurée avec le questionnaire sur la satisfaction de Gagnon et coll.<sup>3</sup> ;
- l'autonomisation des personnes âgées, mesurée au moyen du questionnaire sur l'autonomisation de Gagnon et coll.<sup>4</sup> ;
- le fardeau de l'aidant, mesuré au moyen du questionnaire d'inventaire du fardeau de Zarit<sup>5-6</sup> ;
- le désir d'institutionnaliser de l'aidant, mesuré au moyen du questionnaire sur l'intention de placer le proche<sup>7</sup> utilisé et traduit dans l'Étude canadienne sur la santé et le vieillissement<sup>8</sup>.

Ces variables ont été mesurées au cours des quatre années de l'étude, avec la même méthode (voir chapitre 11 pour tous les détails sur les instruments de mesure, leurs propriétés et leurs échelles de mesure). Nous précisons ici des éléments supplémentaires sur le SMAF, pour la mesure du handicap. Le SMAF permet de recueillir de l'information sur les ressources (les proches, les services publics, privés ou communautaires) qui offrent l'assistance, l'aide partielle ou l'aide complète et permet ainsi d'obtenir un score de handicap. Ce score indique dans quelle mesure les services requis ne sont pas fournis. Si le sujet a toutes les ressources nécessaires, le score du handicap sera égal à zéro. Le sujet doit recevoir toute l'aide nécessaire en termes de qualité et de sécurité pour obtenir un score de handicap égal à zéro. Si le sujet a seulement une partie des ressources, ou n'a aucune ressource pour combler les incapacités, le score du handicap sera le même que celui de l'incapacité.

Avec l'ensemble des variables mesurées, on peut ainsi mesurer l'évolution pour chacune des zones expérimentale et de comparaison, comparer leur évolution pendant les 4 années d'étude et les écarts entre les zones s'il y a lieu. À noter cependant que la mesure du handicap a été introduite dans l'étude à partir du T-1. Nous ne disposons pas de cette information pour le T-0, où l'entrevue initiale à domicile était relativement chargée en contenu. La comparaison de l'évolution des handicaps peut donc être faite entre le T-1 et le T-4.

## Types d'analyses statistiques

### Courbes de survie

La probabilité de survie est analysée avec des courbes de Kaplan-Meier. Les sujets perdus de vue et les sujets toujours vivants lors du dernier temps de mesure sont donc censurés à la date de la dernière information disponible. Nous utilisons le même type d'analyse pour monitorer l'entrée en CHSLD, que nous nommons la probabilité de maintien à domicile. Les sujets décédés à domicile, ceux perdus de vue et ceux résidant toujours à domicile à la fin de l'étude sont alors censurés. La proportion de sujets toujours vivants ou toujours non institutionnalisés est alors comparée et testée entre les deux zones expérimentale et de

comparaison. Dans ces analyses, nous évaluons séparément les cohortes A et B, puisqu'elles débutent à deux années d'intervalle avec 100 % de sujets vivants et à domicile. Elles perdent ensuite des sujets par décès et institutionnalisation. La comparaison des deux groupes a été analysée à l'aide d'une régression de Cox visant à estimer un *Hazard Ratio* (HR) et son intervalle de confiance à 95 % (IC).

### Proportions de déclin fonctionnel

Le déclin fonctionnel est une variable composite constituée par l'un des trois évènements suivants : 1) décès, 2) institutionnalisation ou 3) perte de cinq points et plus au SMAF en un an. Ce seuil d'une différence de cinq points ou plus au SMAF a été déterminé lors d'études précédentes comme étant la différence cliniquement et métriquement significative<sup>9</sup>. Le déclin est donc une variable dichotomique. À chaque année, on peut déterminer la proportion de sujets dans chaque groupe ayant décliné ou non. La différence entre les groupes est analysée au moyen du test du Chi carré.

### Variables continues

Dans le plan initial de l'étude d'une durée de deux ans, les variables continues (exemple, le score au SMAF) devaient être comparées entre les groupes expérimental et de comparaison par des analyses de covariance pour mesures répétées. Cependant, de telles analyses impliquent que seulement les sujets pour lesquels toutes les données de tous les temps de mesure sont disponibles, peuvent être utilisés. En prolongeant l'étude de deux années supplémentaires, ce type d'analyse devenait inadéquat en raison des grandes proportions de sujets étant décédés ou institutionnalisés en cours d'étude.

Les modèles de croissance (*growth models*), aussi appelés modèles multi-niveaux du changement, permettent l'étude de l'évolution des variables continues au cours des cinq années de l'étude PRISMA-Estrie. Les modèles tiennent compte simultanément du changement intra et interindividuel et permettent l'ajout de sujets aux différentes vagues d'évaluations (rendant possible l'analyse simultanée des cohortes A et B, même si elles ont débuté l'étude à des temps différents). Ces modèles de croissance permettent également d'utiliser toute l'information mesurée chez des sujets étant décédés ou institutionnalisés en cours d'étude. Lorsque l'on détermine la droite ou la courbe d'évolution pour une variable continue comme le SMAF, les sujets mesurés une seule fois sont ainsi inclus dans l'estimation de l'ordonnée à l'origine. Tous les sujets mesurés à plus d'une reprise participent à l'estimation de la pente. Pour déterminer la forme d'évolution du SMAF à l'aide des quatre temps de mesure échelonnés sur cinq ans, des modèles cubique, quadratique et linéaire étaient comparés. Celui s'ajustant le mieux aux données était conservé.

Rappelons que nous sommes intéressés par l'impact de l'implantation des réseaux intégrés sur les trajectoires d'évolution. L'implantation des différentes

composantes du réseau intégré ayant lieu à des dates fixes, il est plus pertinent de regarder l'évolution des sujets par rapport à ces dates plutôt que par rapport à des numéros de vagues de mesures (0, 1, 2, 3, 4) artificiels ayant lieu à des dates très différentes pour chacun des sujets. Ainsi, dans nos modèles de croissance, nous avons choisi d'utiliser le nombre de jours depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2001 comme mesure du temps.

## Résultats

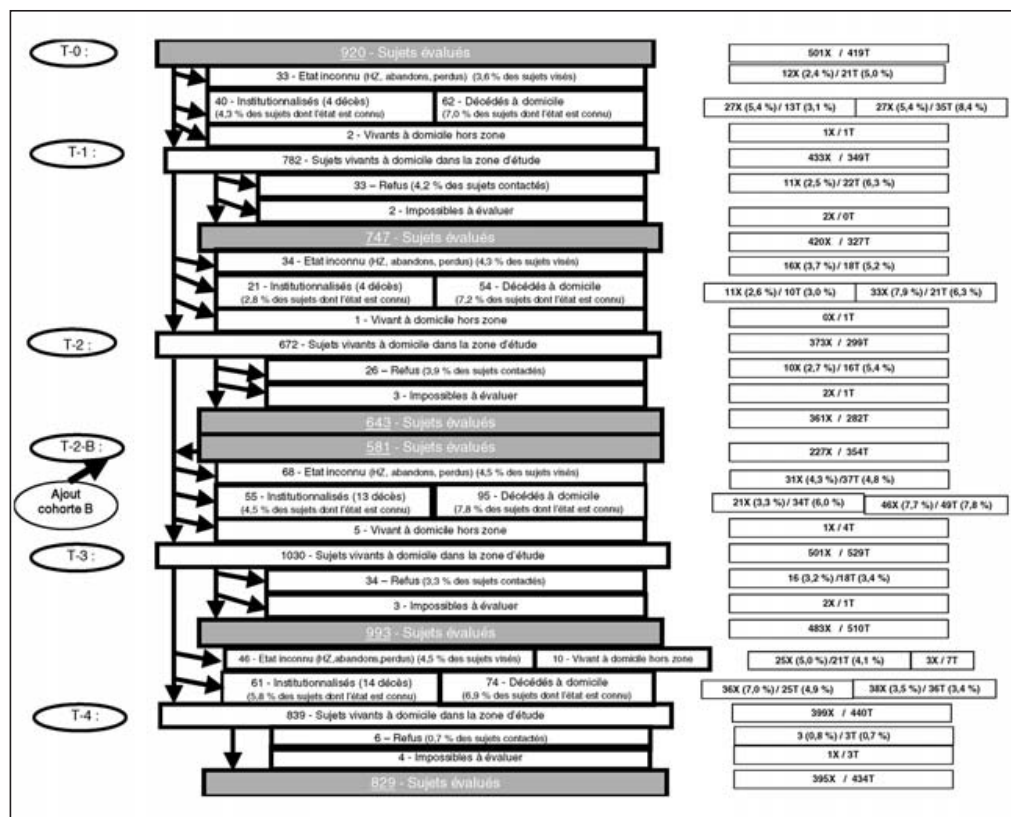
Nous présentons ici les résultats pour les quatre années de l'étude. Rappelons que certains écarts défavorables à la zone expérimentale avaient été observés durant la première année d'étude pour les variables mesurées chez les personnes âgées et leur aidant naturel. Ainsi, les sujets de la zone de comparaison étaient plus satisfaits des services de santé qu'ils recevaient que les sujets de la zone expérimentale. Le résultat est identique pour le score d'autonomisation. Certains écarts doivent être pris en compte dans l'interprétation des analyses. Davantage de personnes vivaient en domiciles collectifs en Estrie (35,1 % versus 22,2 % dans Chaudière-Appalaches,  $p < 0,001$ ) au début de l'étude. Les domiciles collectifs incluent les ressources de type familial (RTF), les pensions privées de neuf résidents et moins, les résidences privées pour personnes âgées et les ressources intermédiaires. Les participants de l'étude se retrouvent essentiellement dans les résidences privées pour personnes âgées, parmi ces domiciles collectifs. Plus de sujets vivaient avec leur aidant (plus souvent de sexe féminin) en zone de comparaison, à T-0.

Afin de faciliter la présentation des résultats, les codes X et T ont été utilisés pour les groupes expérimental (Estrie) et témoin (Chaudière-Appalaches) dans les figures. Les trois valeurs  $p$  placées près des courbes indiquent les résultats des trois tests statistiques pour l'évolution sur 4 ans. Les deux premières valeurs concernent l'évolution de chacun des groupes par rapport à lui-même (exemple, s'il y a augmentation, cette augmentation est-elle significative ?) et la troisième réfère à la comparaison de l'évolution entre les deux groupes. Une valeur  $p$  inférieure à 0,05 indique un résultat significatif. Nous avons également comparé les groupes pour chacune des années ; les résultats significatifs sont indiqués au dessus de l'abscisse.

## Évolution générale des cohortes expérimentale et de comparaison

La figure 12.3 présente l'évolution générale des cohortes expérimentale et de comparaison. Les sujets institutionnalisés, décédés, impossible à évaluer (exemple, mourant ou hospitalisé sur une longue période), dont l'état est inconnu (abandons, déménagés hors zone d'étude, perdus de vue) et les refus y sont indiqués pour chacun des temps de mesure et des groupes.

Figure 12.3  
Évolution générale des cohortes expérimentale et de comparaison



### Probabilités de décès et maintien à domicile

Les analyses n’ont révélé aucune différence significative quant à la proportion de décès entre les zones expérimentale et de comparaison. Ceci est valable autant pour les cohortes A et B (figure 12.4). Aucun effet distinctif, attribuable au RISPA, n’était d’ailleurs attendu sur la mortalité au cours des quatre années de l’étude.

L’entrée en CHSLD aurait pu être affectée par l’implantation des RISPA. Aucune différence significative n’est cependant observée entre les zones expérimentale et de comparaison, même si de petites inversions de tendances sont observées au cours des quatre années pour les cohortes A (figure 12.5). On avait observé une tendance favorable à la zone expérimentale après trois ans chez les profils Iso-SMAF<sup>10</sup> initiaux les plus lourds (profils 4 et plus), mais si l’institutionnalisation a pu être légèrement retardée après trois ans, elle n’a pu être évitée au terme des quatre années de l’étude.

### Déclin fonctionnel

Afin de bien illustrer l’effet des phases d’implantation sur ces résultats, les deux premières années de l’étude ont été comparées aux deux dernières. On peut

Figure 12.4  
Courbes de survie

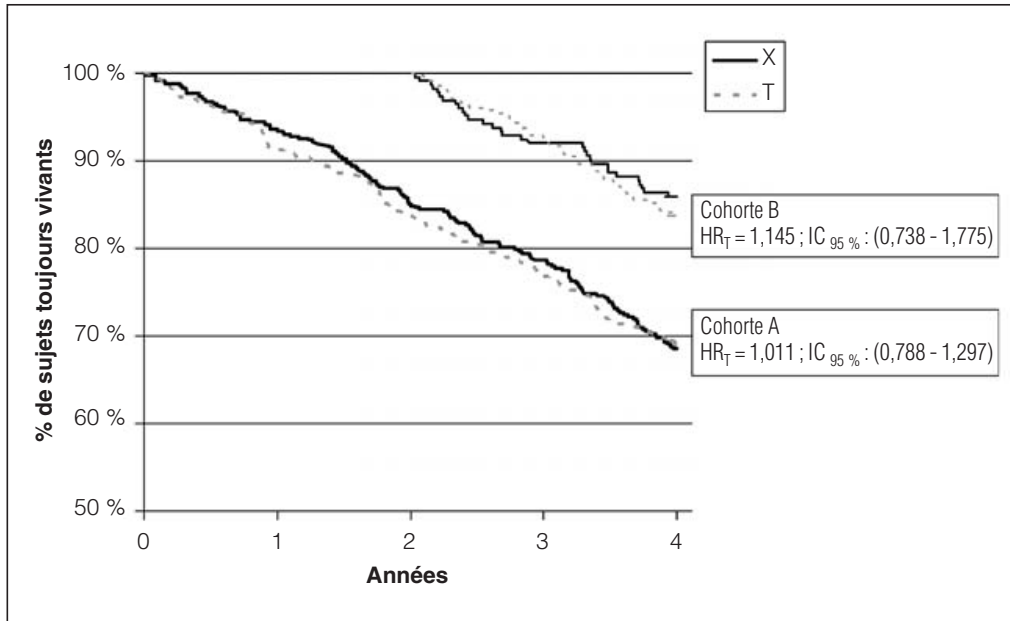
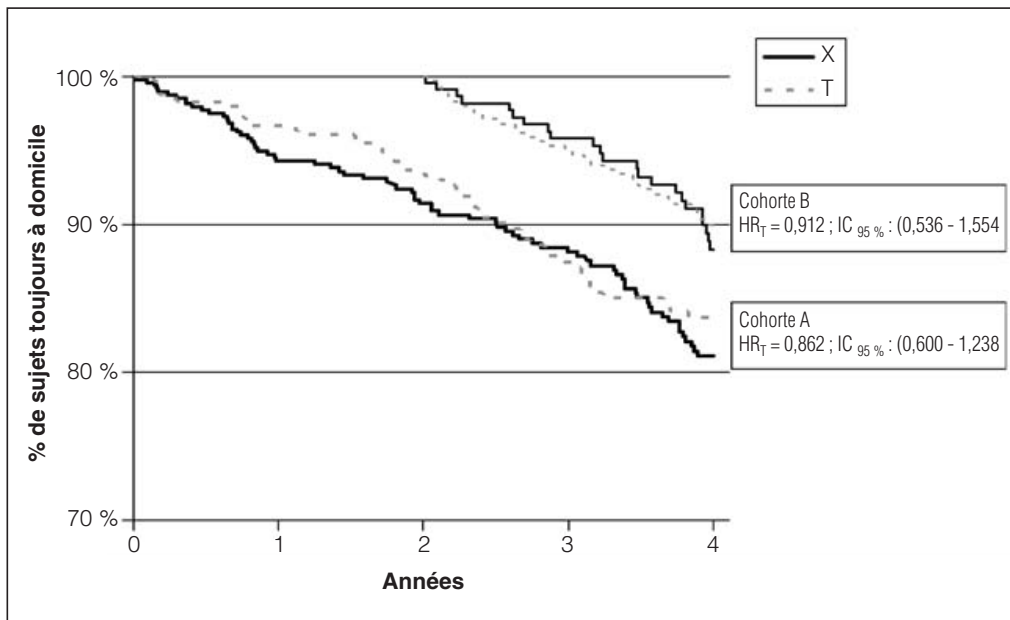


Figure 12.5  
Probabilité de maintien à domicile

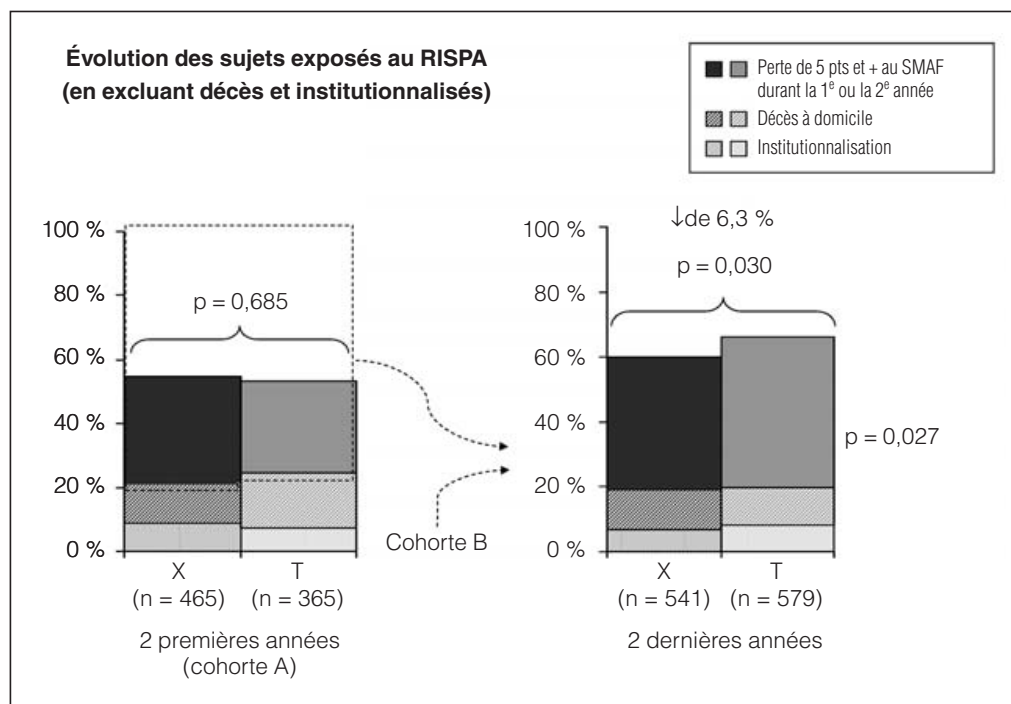


ainsi mettre en contraste la période de mise en œuvre des RISPA avec celle où on peut escompter observer des effets de l'implantation. Les sujets décédés ou institutionnalisés ne sont évidemment plus exposés au RISPA. Par contre, les sujets vivants et non-institutionnalisés, ayant perdu ou non 5 points au SMAF,

sont encore exposés au RISPA. Les résultats des deux dernières années portent donc sur ces sujets, ainsi que sur les cohortes B recrutées deux ans après le début de l'étude.

Aucune différence significative n'est observée entre les zones expérimentale et de comparaison durant les deux premières années. Toutefois, on observe un écart significatif de 6,3 % durant les deux dernières années, en faveur de la zone expérimentale. L'écart provient principalement de la différence de cinq points au SMAF ( $p = 0,027$ , figure 12.6).

Figure 12.6  
**Déclin fonctionnel : 2 premières années vs 2 dernières années**



Ces différences significatives observées durant les deux dernières années de l'étude s'observent également dans les tendances des années trois et quatre, lorsque l'on départage ces deux années de captation des effets des RISPA implantés (figure 12.7).

Autre forme d'examen des résultats, on observe ce qu'il advient des sujets non-déclinés (figure 12.8). Si on prend l'année 1 pour illustration, près de 35 % des sujets ont décliné, soit en raison d'institutionnalisation, décès ou perte de 5 points au SMAF. Environ 65 % n'ont donc pas décliné ; ils sont stables, et on observe ce qu'il advient de ces personnes l'année suivante. On répète le processus chaque année. On peut décrire cette analyse comme celle portant sur les cas incidents de déclin fonctionnel. Résultat très intéressant, même si l'analyse porte sur un nombre de plus en plus restreint de sujets, on observe dans la

Figure 12.7  
**Déclin fonctionnel au cours des 4 années de suivi**

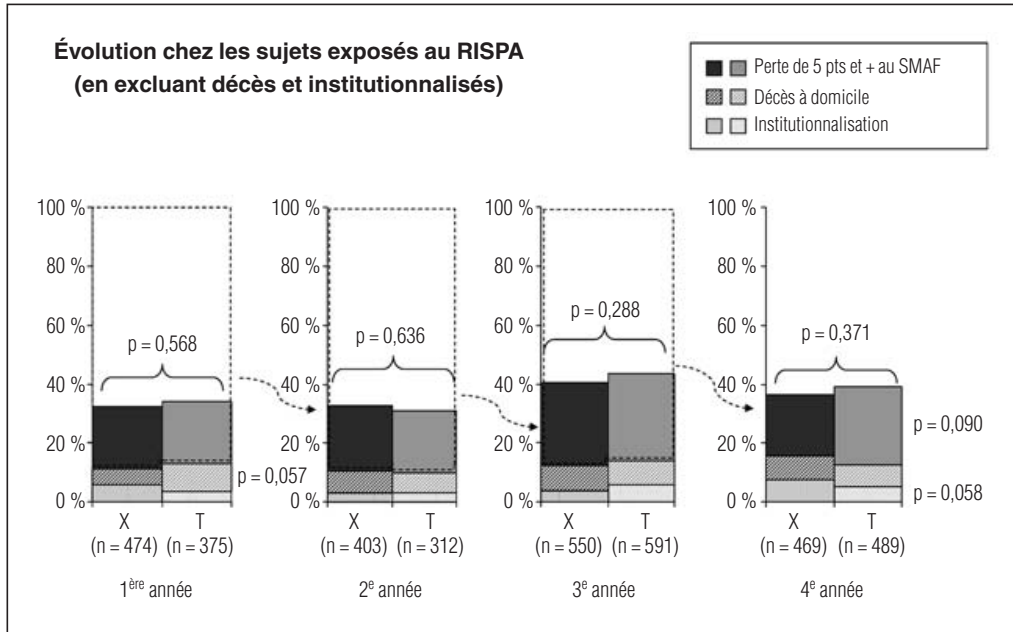
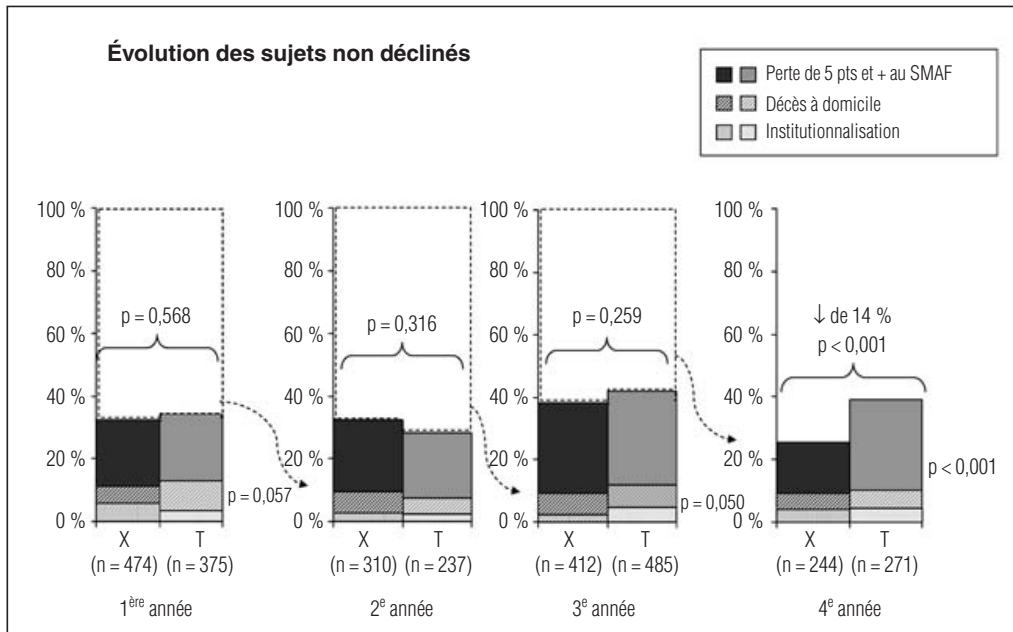


Figure 12.8  
**Déclin fonctionnel au cours des 4 années de suivi**



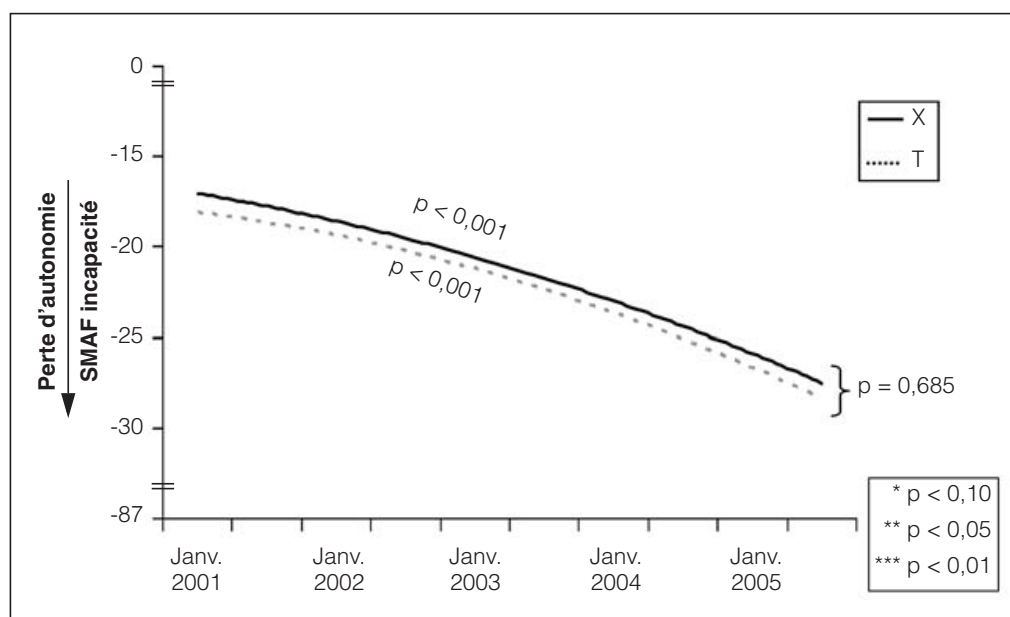
quatrième année un écart significatif de 14 % entre les zones expérimentale et de comparaison ( $p < 0,001$ ).

## Variables continues

### Autonomie fonctionnelle

Lorsqu'on examine l'évolution de l'autonomie fonctionnelle à l'aide des modèles de croissance (*growth models*), on observe que les sujets des groupes expérimental et de comparaison perdent significativement de l'autonomie (figure 12.9). Cependant, aucune différence significative n'est observée entre les deux zones quant à la diminution.

Figure 12.9  
Évolution de l'autonomie fonctionnelle (incapacités)

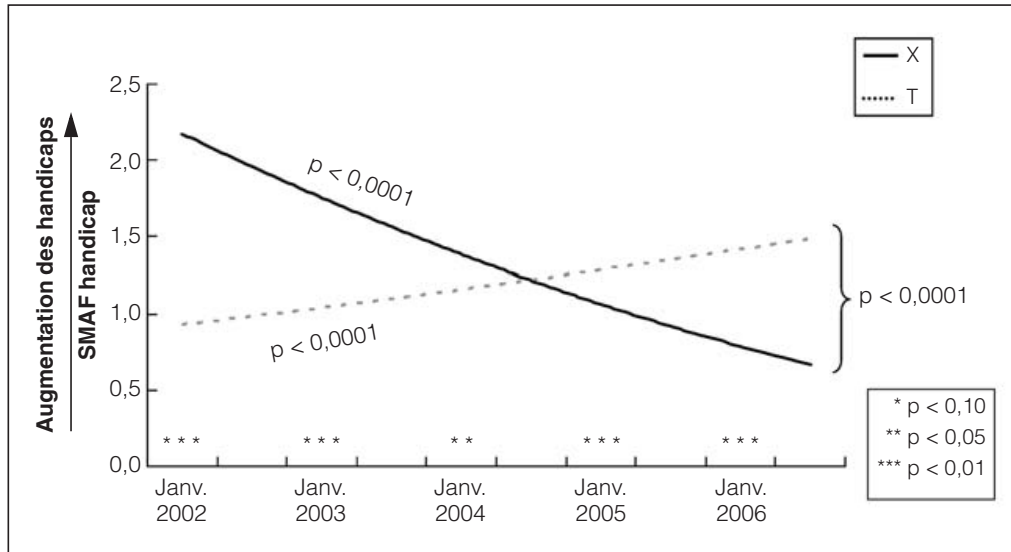


### Les handicaps

Au départ, les sujets du groupe expérimental présentaient un score de handicap significativement plus important que le groupe témoin ( $p < 0,001$ ). En ce qui concerne la comparaison de l'évolution entre les deux groupes, on observe des trajectoires significativement différentes ( $p < 0,001$ ) (figure 12.10). Le handicap du groupe expérimental a diminué de manière constante pendant l'étude ( $p < 0,001$ ), alors que celui du groupe témoin a légèrement augmenté ( $p < 0,001$ ). En fait, des analyses descriptives des données effectuées au dernier temps de mesure montrent que 35 % des sujets dans le groupe expérimental contre 67 % dans l'autre groupe avaient au moins un handicap, soit un score plus élevé que zéro. Pour les sujets des deux groupes, les items pour lesquels on



Figure 12.10  
Évolution du handicap



observe la plus grande fréquence de besoins non comblés sont : entretenir sa personne (25 %), se laver (13 %), la vision (11 %), entendre (16 %), la fonction intestinale (5 %) et marcher à l'extérieur (5 %).

### Satisfaction face aux services de santé

Le questionnaire de satisfaction peut être examiné sous l'angle de son score global, ainsi qu'avec les sous-échelles *prestation de services*, et *organisation des services* qui sont les plus étroitement liées à l'intervention expérimentale. Tel que mentionné au chapitre 11, la zone expérimentale présentait un niveau de satisfaction globale significativement inférieur à la zone de comparaison au début de l'étude. La zone de comparaison a vu le niveau de satisfaction rester à peu près constant durant les 4 années de l'étude (légère diminution non significative,  $p = 0,107$ , figure 12.11). La zone expérimentale a cependant présenté une augmentation significative ( $p < 0,001$ ) du niveau global de satisfaction face aux services, et cette évolution est également significativement différente de la zone de comparaison ( $p < 0,001$ ). L'augmentation de la satisfaction dans la zone expérimentale correspond à une proportion de 5 % quand on la convertit en pourcentage.

Quand on examine les résultats pour la sous-échelle *prestation des services*, on observe cette fois une diminution significative de la satisfaction en zone de comparaison, et une trajectoire tout à l'inverse pour la zone expérimentale, menant à une évolution significativement différente entre les deux zones (figure 12.12-A).

Quand on examine les résultats pour la sous-échelle *organisation des services*, on constate que le niveau de départ était identique dans les deux zones

Figure 12.11  
Évolution de la satisfaction globale

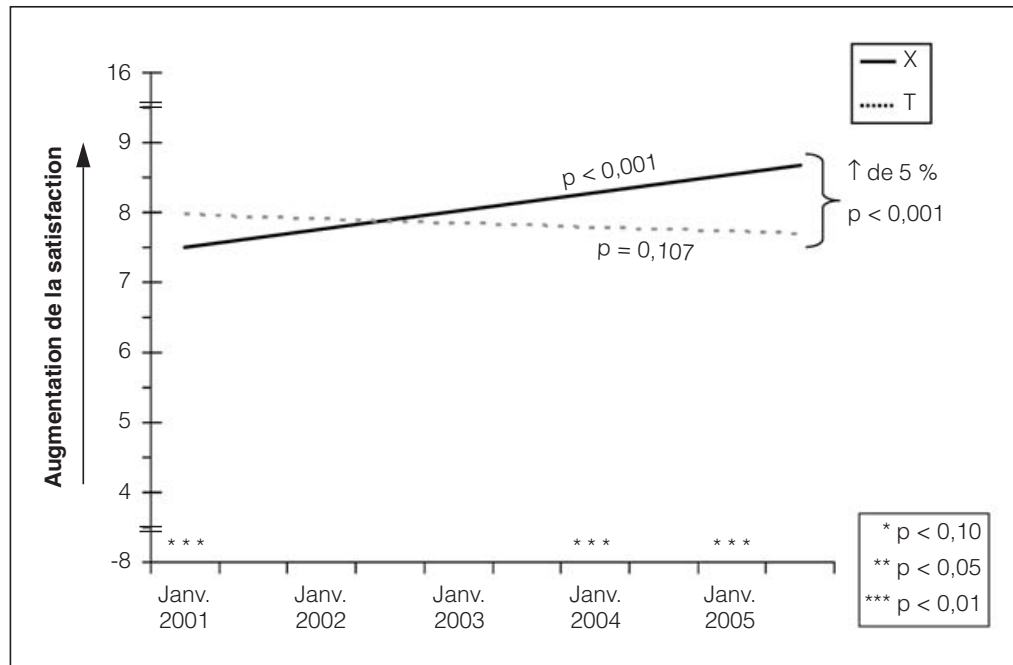


Figure 12.12a  
Évolution de la satisfaction :  
Prestation des services

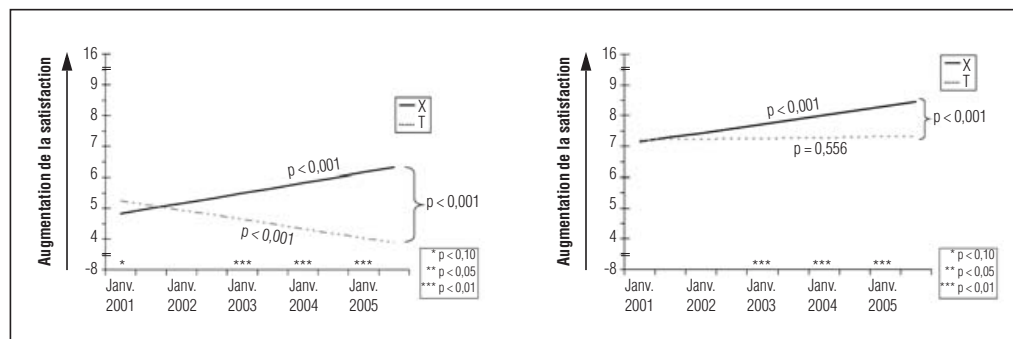
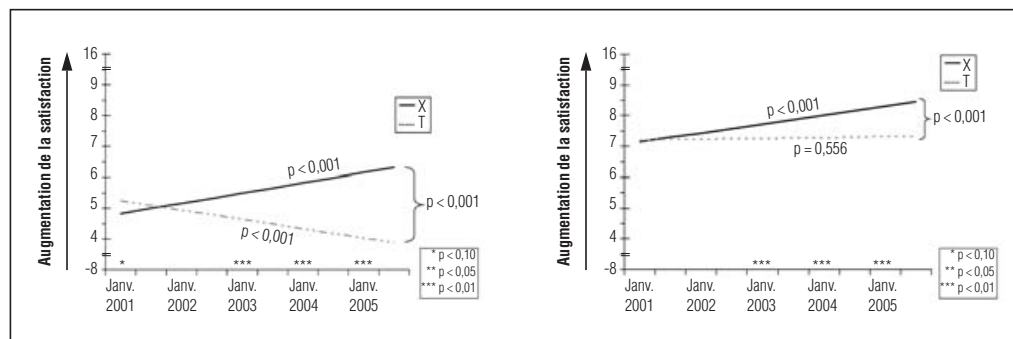


Figure 12.12b  
Évolution de la satisfaction :  
Organisation des services



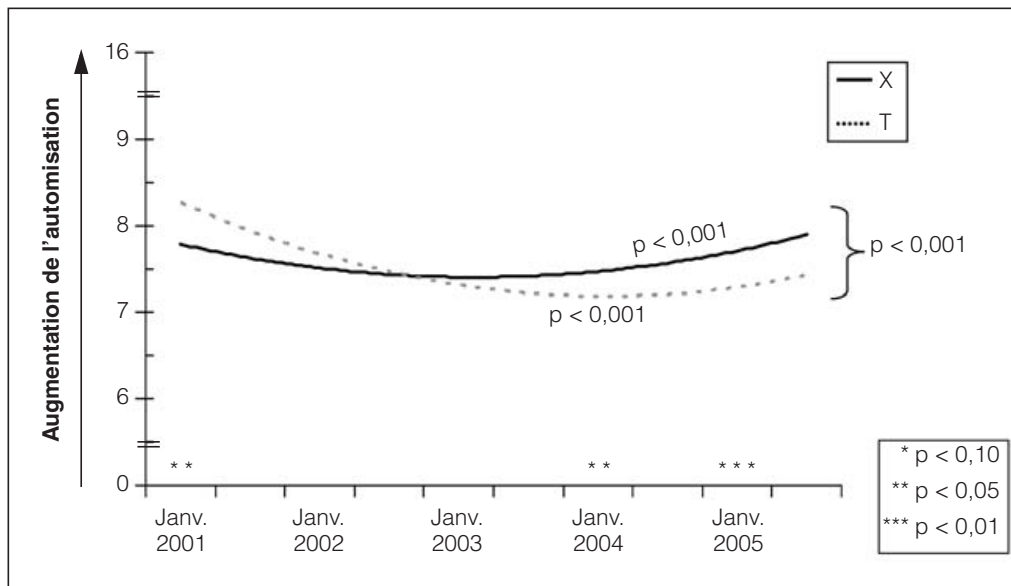
(figure 12.12-B). On observe ensuite que le niveau de satisfaction est resté constant en zone de comparaison, alors qu’il a augmenté significativement en zone expérimentale, ce qui entraîne une évolution significativement différente quand elles sont comparées.

### Autonomisation des personnes âgées

Le questionnaire d’autonomisation peut être examiné sous l’angle de son score global, ainsi qu’avec les sous-échelles *niveau de contrôle*, et *implication dans la décision* qui sont les plus liées à l’intervention expérimentale. Au départ, une différence significative avait été observée pour l’autonomisation globale entre

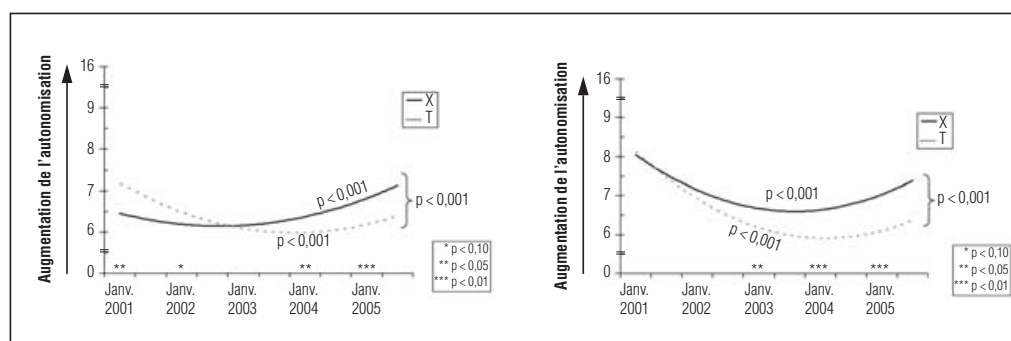
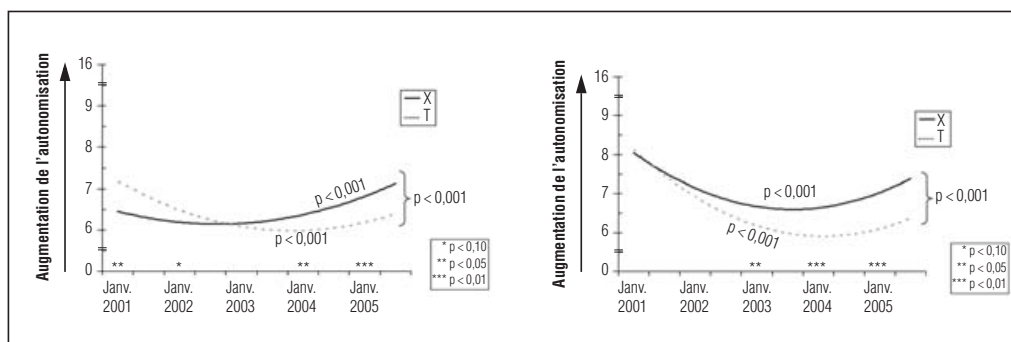
les deux zones (figure 12.13). On observe ensuite une diminution de l'autonomisation dans les deux zones, mais un redressement se produit, surtout dans la zone expérimentale. La comparaison de l'évolution dénote des trajectoires significativement différentes ( $p < 0,001$ ), la zone expérimentale freinant sa diminution de manière plus marquée et produisant une remontée pour atteindre un score plus élevé à la fin de l'étude. L'autonomisation est significativement plus élevée en zone expérimentale qu'en zone de comparaison à la fin de l'étude ( $p = 0,003$ ).

Figure 12.13  
Évolution de l'autonomisation globale



Quand on examine les résultats pour la sous-échelle *niveau de contrôle*, on constate que le niveau de départ était significativement inférieur dans la zone expérimentale (figure 12.14-A). La zone de comparaison présente ensuite une diminution marquée, puis une stabilisation et une légère remontée. La zone expérimentale descend peu mais remonte ensuite significativement, ce qui entraîne une évolution significativement différente entre les deux zones ( $p < 0,001$ ). Le niveau d'autonomisation sur cette sous-échelle est significativement plus élevé en zone expérimentale à la fin de l'étude ( $p < 0,001$ ).

Quand on examine les résultats pour la sous-échelle *implication dans la décision*, on constate qu'il n'y a aucune différence significative entre les deux zones au début (figure 12.14-B). On observe ensuite une diminution de l'autonomisation pour cette sous-échelle dans les deux zones, mais un redressement se produit, surtout dans la zone expérimentale. La comparaison de l'évolution dénote des trajectoires significativement différentes ( $p < 0,001$ ), la zone expérimentale freinant sa diminution de manière plus marquée et produisant une légère remontée vers la fin de l'étude. Le niveau d'autonomisation sur cette

Figure 12.14a  
**Évolution de l'autonomisation :  
Niveau de contrôle**

 Figure 12.14b  
**Évolution de l'autonomisation :  
Implication dans la décision**


sous-échelle est significativement plus élevé en zone expérimentale à la fin de l'étude ( $p = 0,001$ ).

### Fardeau de l'aide et désir d'institutionnaliser

Le nombre d'aidants ayant répondu aux questionnaires de fardeau et de désir d'hébergement à chaque temps de mesure est présenté au tableau 12.1.

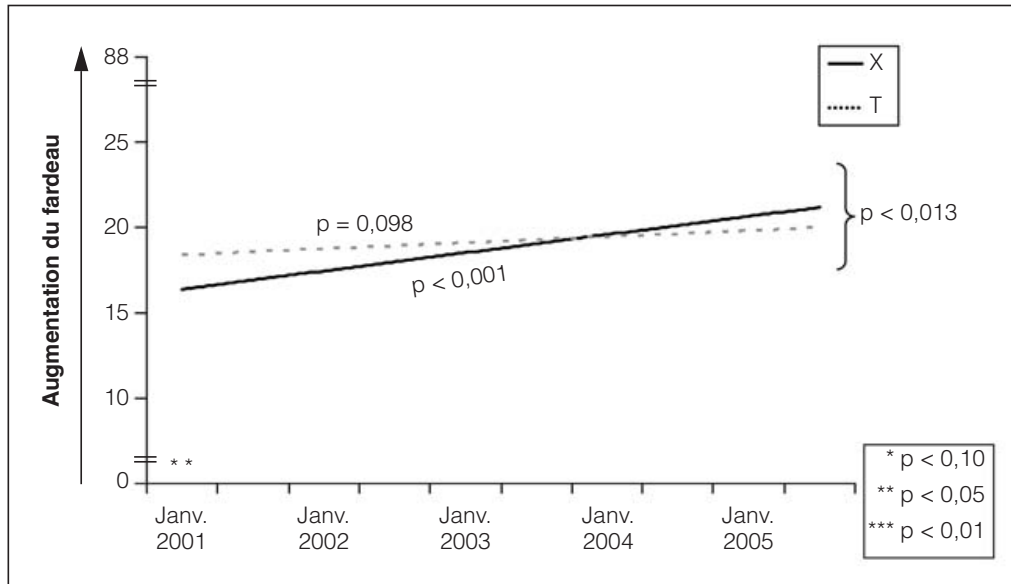
Tableau 12.1

#### Nombre d'aidants ayant répondu aux questionnaires à chaque temps de mesure

	T-0	T-1	T-2	T-3	T-4
<b>Groupe expérimental</b>					
Nombre de sujets	501	420	588	483	395
Nombre d'aidants	405	351	509	415	333
%	80,8 %	83,6 %	86,6 %	85,9 %	84,3 %
<b>Groupe de comparaison</b>					
Nombre de sujets	419	327	636	510	432
Nombre d'aidants	305	263	482	359	308
%	72,8 %	80,4 %	75,8 %	70,4 %	71,3 %

Le fardeau de l'aidant était significativement inférieur dans la zone expérimentale au début de l'étude. L'examen plus approfondi de ce résultat a révélé que cet écart provenait des sujets expérimentaux vivant en milieu individuel (maison, appartement, pensionnaire unique), leur score de fardeau étant de 15,1 comparé à 18,7 pour les sujets expérimentaux vivant en milieux collectifs (essentiellement en résidences privées pour personnes âgées). Ces derniers ont obtenu un fardeau comparable à la zone de comparaison, soit 18,6. Des analyses complémentaires n'ont pas révélé de facteurs qui auraient pu être associés (ex. incapacités). Durant les quatre années suivantes, la zone de comparaison a présenté une tendance à une légère augmentation du fardeau, mais non significative ( $p = 0,098$ ). Pendant la même période, la zone expérimentale présentait

Figure 12.15  
Évolution du fardeau de l'aidant



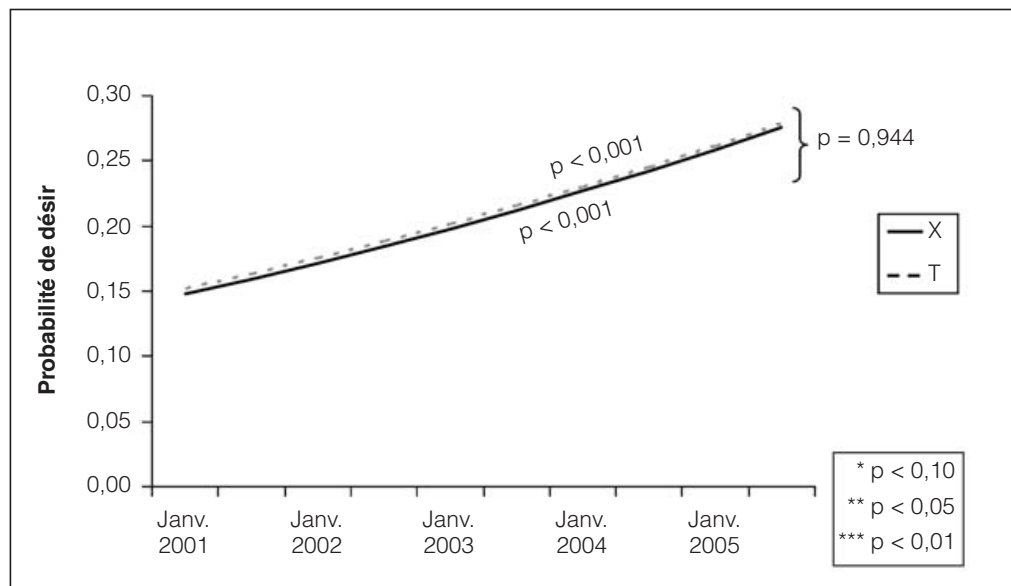
une augmentation significative du fardeau ( $p < 0,001$ ), son score rejoignant celui de la zone de comparaison (figure 12.15).

Les résultats sur le fardeau doivent être examinés de pair avec ceux du désir d'institutionnaliser de l'aidant (l'aidant en a parlé à quelqu'un, a visité un centre d'accueil ou une institution, a fait une demande de placement ou a placé son proche). En effet, un aidant ayant connu une augmentation de son fardeau resenti aurait peut-être dû présenter également une augmentation de son désir d'institutionnaliser. Or ce ne fut pas le cas. Le désir d'institutionnaliser n'était pas différent entre les deux zones au début, il a augmenté de manière identique dans les deux zones par la suite (figure 12.16), aucune différence significative n'étant observée tout au long de l'étude entre les deux zones expérimentale et de comparaison.

### Résultats par MRC

Nous avons examiné les résultats par sous-territoires, donc en comparant les MRC jumelles Sherbrooke-Lévis (milieu urbain), Coaticook-L'Islet (milieu rural sans hôpital local), ainsi que Granit-Montmagny (milieu rural avec hôpital local). Il faut cependant tenir compte également du fait que les comparaisons portent sur de plus petits sous-groupes, diminuant ainsi la puissance statistique à détecter des écarts significatifs. Globalement, la majorité des comparaisons par jumelles sont le reflet des résultats obtenus en comparant globalement les zones expérimentale et de comparaison. Nous présentons ici seulement les résultats particuliers pour des jumelles où des écarts significatifs et distincts ont été observés.

Figure 12.16  
Évolution du désir d'institutionnaliser de l'aidant



Le découpage de l'effet sur le déclin fonctionnel nous indique des résultats différents selon les MRC (figures 12.17 et 12.18). La réduction du taux de déclin fonctionnel observé globalement est visible surtout à Sherbrooke-Lévis, les autres régions ne présentant pas ces différences.

La sous-échelle *organisation des services*, dans l'instrument de satisfaction, présente des effets particuliers selon les MRC (figure 12.19). Toutes les MRC expérimentales ont connu une augmentation significative de ce niveau de satisfaction. Les niveaux de départ n'étaient cependant pas comparables pour deux jumelles, étant significativement plus élevés dans Lévis et plus faibles dans L'Islet. On constate un effet positif et significatif des RISPA dans Sherbrooke et Granit, mais pas de différence significative dans Coaticook comparée à sa jumelle L'Islet.

## Discussion

### Discussion sur les variables mesurées

Deux études québécoises récentes sur l'intégration des services sont complétées et permettent de comparer les résultats observés dans notre étude sur les personnes âgées et leurs proches. Selon la classification des trois niveaux d'intégration de Leutz<sup>11</sup> (liaison, coordination, intégration complète) l'étude PRISMA-Estrie portait sur un modèle de type coordination tout comme l'étude Bois-Francis<sup>12-13</sup>, alors que l'étude SIPA (système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie)<sup>14</sup> portait sur un modèle de type intégration complète. Il n'y a pas, à notre connaissance, d'étude ailleurs dans le monde qui

Figure 12.17  
**Évolution de la perte d'autonomie chez les sujets exposés au RISPA par sous-région**

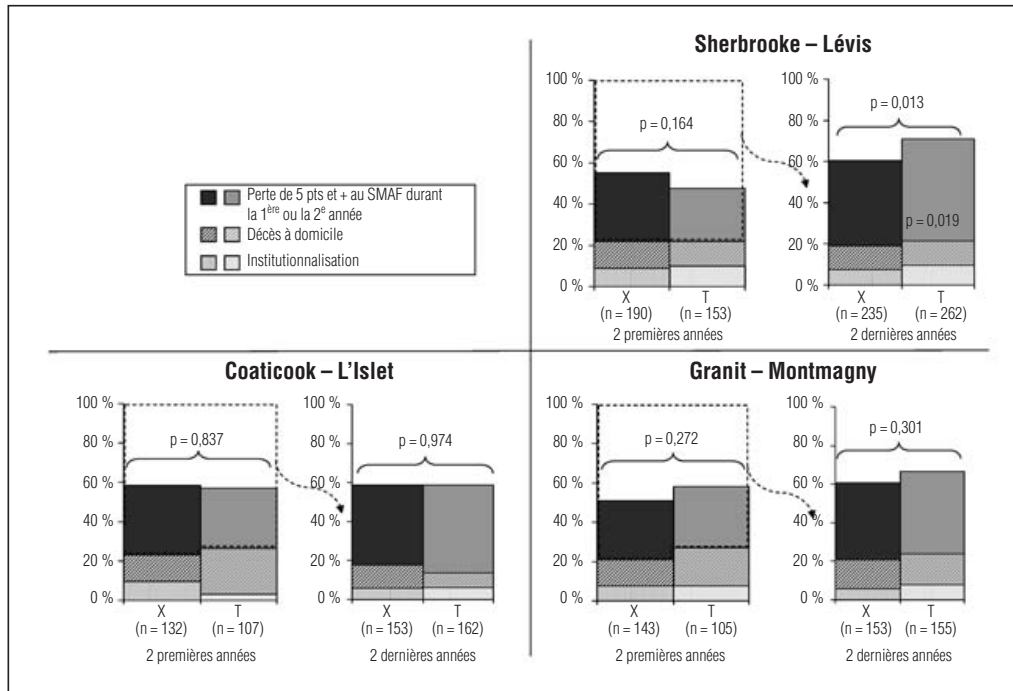


Figure 12.18  
**Évolution de la perte d'autonomie chez les sujets exposés au RISPA à chaque année, par sous-région**

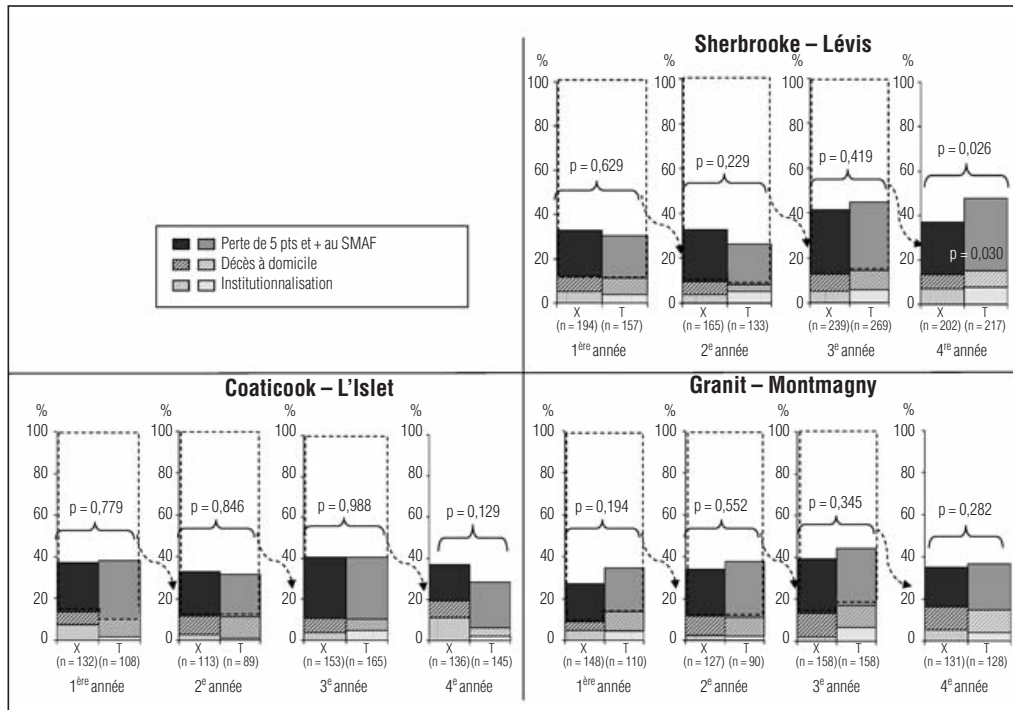
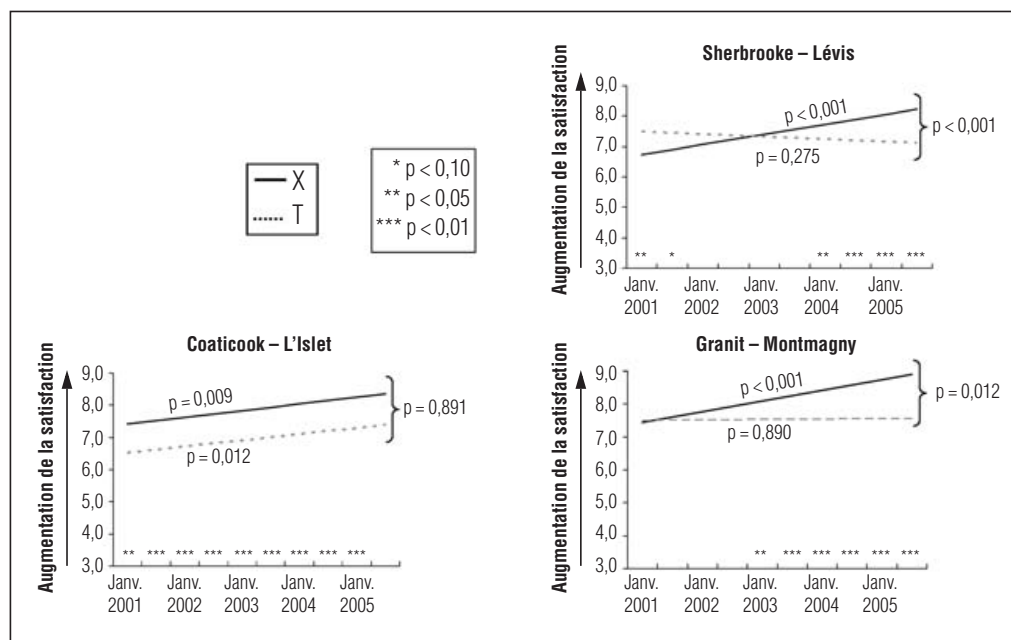


Figure 12.19  
**Évolution de la satisfaction par sous région :  
 Organisation des services**



aurait publié des résultats sur un modèle de type coordination. Cependant, des études des deux autres types d'intégration sont disponibles. Elles se sont déroulées dans divers pays et différents environnements initiaux quant au degré d'intégration. Il faut garder à l'esprit que le Québec, avec un seul ministère de la Santé et des Services sociaux, est déjà intégré dans sa structure pour plusieurs composantes. Ce n'est pas le cas ailleurs dans le monde.

Les soins aux personnes âgées s'étant grandement transformés au cours des dernières décennies, et les nouvelles cohortes de personnes âgées ayant également des caractéristiques différentes de leurs prédécesseurs, nous concentrons notre discussion sur les études d'intégration des quinze dernières années. Les études antérieures On Lok du quartier chinois à San Francisco (en cantonnais, On Lok signifie domicile heureux, paisible)<sup>15</sup>, les *Social HMO* (ou *S/HMO, Social Health Maintenance Organisation*) aux États-Unis<sup>16-17</sup> ainsi que l'étude Darlington<sup>18</sup> en Angleterre ont d'ailleurs inspiré les projets d'intégration qui ont suivi. Aux États-Unis, les projets PACE (*Program of All inclusive Care for the Elderly*) ont fourni une abondante littérature dans les dernières années, souvent contradictoire et controversée<sup>19-23</sup>. Deux projets qui se sont déroulés en Italie<sup>24-25</sup> ont fourni des résultats intéressants dans un réseau au départ, très fragmenté.

Dans la présente étude, nous avons observé des différences significatives sur le déclin fonctionnel durant les deux dernières années pour tous les sujets exposés au RISPA. Des analyses supplémentaires révèlent une tendance après trois années sur les sujets les moins autonomes (profils Iso-SMAF de 4 et plus),



mais le manque de puissance statistique n'a permis de déceler qu'une tendance la quatrième année également. Dans l'étude Bois-Francis<sup>12-13</sup>, un écart significatif ( $p = 0,04$ ) a été observé sur le déclin fonctionnel (défini comme dans la présente étude) après 1 an pour la zone expérimentale, mais cet écart n'est pas demeuré significatif après deux et trois ans. Cet effet y a été surtout observé chez les participants les moins autonomes ( $SMAF > 15,5$ ). Nous avons observé un effet positif et significatif du RISPA sur les cas incidents de déclin fonctionnel durant la quatrième année. L'explication la plus plausible à ce résultat inattendu est l'introduction du processus de repérage de la perte d'autonomie avec le questionnaire PRISMA-7 dans la zone expérimentale<sup>26</sup> pendant l'étude. Aucune autre étude à notre connaissance, ne présente des données pour fins de comparaison sur le déclin fonctionnel.

Nous n'avons pas observé de différence significative sur la mortalité entre les groupes expérimental et de comparaison. L'étude Bois-Francis<sup>12-13</sup> et l'étude SIPA<sup>14</sup> n'ont pas rapporté de différences significatives sur la mortalité non plus, tout comme les études sur PACE<sup>19-20</sup> et l'étude italienne ayant un groupe témoin<sup>24</sup>. Des effets sur la mortalité n'étaient d'ailleurs attendus dans aucune de ces études.

Nous n'avons pas observé de différences significatives sur l'institutionnalisation. L'étude Bois-Francis<sup>12-13</sup> a présenté une tendance à la baisse de l'hébergement en zone expérimentale ( $p = 0,06$ ), après trois ans. L'étude SIPA<sup>14</sup> n'a pas rapporté de différences significatives sur l'institutionnalisation après 22 mois de suivi des cohortes expérimentale et témoin. L'étude italienne avec groupe témoin<sup>24</sup> n'a pas observé de différence significative sur l'institutionnalisation. Les études sur PACE ont parfois rapporté des effets positifs (réduction), mais la comparabilité du groupe témoin soulève des questionnements<sup>19-20</sup>. Un retard de l'entrée en hébergement (CHSLD) pourrait être souhaitable dans la mesure où le maintien à domicile est significatif et permet de soutenir les proches. Or, comme cela sera présenté au chapitre 13, nous n'avons pas observé dans notre étude d'augmentation différente de la zone de comparaison, pour l'utilisation des services à domicile. Dans un tel contexte, si l'hébergement peut être retardé, il ne peut à court terme être évité. Bien évidemment, l'entrée en CHSLD peut être influencée par la disponibilité de lits d'hébergement. Les données disponibles sur les taux d'hébergement (provenant du MSSS) sont pour l'ensemble des zones Estrie et Chaudière-Appalaches, et non seulement pour les MRC de l'étude. En raison des fusions d'établissements de 2005-2006 et des fusions municipales de 2002, les données par MRC d'étude ne sont plus disponibles et comparables pendant toute la durée de l'étude. L'examen de l'évolution de ces taux d'hébergement entre les zones expérimentale et de comparaison n'a pas révélé de trajectoires de taux d'hébergement qui ont pu entraîner des effets différentiels significatifs entre elles.

Nous n'avons pas observé de différence significative entre les groupes expérimental et de comparaison sur l'évolution de l'autonomie fonctionnelle.

Ce fut la même situation dans les études Bois-Francis<sup>12-13</sup> et SIPA<sup>14</sup>. L'étude PACE a rapporté des données contradictoires<sup>19-20</sup>, alors que l'étude italienne a observé une différence significative en faveur du groupe expérimental, pour 6 activités de la vie quotidienne et 7 activités de la vie domestique, mesurées avec un autre instrument et les catégories de réponse dépendant / indépendant<sup>24</sup>. Les résultats observés sur le déclin fonctionnel (décès ou institutionnalisation ou perte de 5 points au SMAF) dans notre étude semblent indiquer qu'il s'agit de l'addition de petites différences non significatives lorsque prises isolément, mais qui le deviennent lorsque regroupées. Cette variable déclin fonctionnel a été utilisée dans des études antérieures<sup>27,12,13</sup> et permet de tenir compte des décès et institutionnalisations, lorsque l'on examine l'évolution de l'autonomie. Les institutionnalisations et décès étant reliés à l'autonomie, on évite ainsi de perdre de l'information sensible et d'avoir une vue plus générale de l'évolution fonctionnelle. Il demeure toutefois qu'aucun effet significatif n'a été observé sur l'autonomie fonctionnelle lorsqu'on l'examine isolément.

Il n'existe pas à notre connaissance d'autre étude sur l'intégration des services qui aurait présenté des résultats sur l'évolution des handicaps ou la réduction des handicaps. Les résultats observés dans notre étude et montrant une réduction significative des handicaps en zone expérimentale sont donc très intéressants et originaux.

La décision de développer un nouveau questionnaire mesurant la satisfaction a été prise après une recension des instruments existants. Cette recension avait mis en évidence que peu d'instruments s'adressaient aux personnes âgées, et que les instruments existant présentaient des problèmes d'effet plafond (saturation des échelles : les personnes mesurées sont toutes très satisfaites). Un effet plafond rend impossible la mesure d'une amélioration d'une situation. Nous ne disposons donc pas de données comparatives provenant d'autres études qui auraient utilisé notre questionnaire, vu son développement récent. Avec d'autres instruments de mesure, les études Bois-Francis<sup>12-13</sup> et SIPA<sup>14</sup> n'ont pas rapporté de différences significatives sur la satisfaction des personnes âgées attribuables au RISPA, au terme de l'étude. Les études italiennes n'ont pas rapporté de résultats de satisfaction. Les études PACE ont quant à elles rapporté des effets significatifs et positifs dans le groupe expérimental<sup>19-20</sup> sur la satisfaction des usagers, avec un autre instrument de mesure. L'offre de services de santé en CLSC n'a pas été augmentée significativement durant notre étude, ni de manière différente de la zone de comparaison. Des problèmes d'accessibilité ont été rapportés et sont toujours présents dans les zones expérimentale et de comparaison. L'effet positif et significatif sur la satisfaction face aux services dans la zone expérimentale, dans ce contexte, signifie que les services de santé, malgré les difficultés d'accès, sont utilisés de manière plus satisfaisante par les personnes âgées. L'une des raisons est l'organisation des services, comme en témoignent les résultats sur cette sous-échelle.

Un des objectifs des RISPA est de remettre le plus possible le pouvoir de décision entre les mains des clients. Le RISPA vise à accroître la capacité des clients à gérer eux-mêmes l'organisation de leurs services de santé. Le questionnaire d'autonomisation a été développé en raison d'absence d'instrument existant pour atteindre les objectifs spécifiques de notre étude, et visait à mesurer l'évolution de cette valeur qui est véhiculée par l'intégration des services. Peu de données sont disponibles pour fins de comparaison des résultats d'autonomisation, vu le caractère récent du questionnaire. L'étude Bois-Francis<sup>12-13</sup> avait mesuré certaines perceptions du niveau de contrôle sur les services, une composante de l'autonomisation. Certains écarts significatifs en faveur de la zone expérimentale avaient été observés après un an, mais aucun écart ou effet significatif n'était observé au terme des trois années de l'étude. Les études PACE ont observé que les sujets expérimentaux exprimaient une plus grande confiance dans leur habileté à avoir le contrôle de leur vie et à faire face aux problèmes quotidiens. Les résultats observés dans ces études plaident en faveur d'une certaine implantation de la valeur de l'autonomisation des personnes âgées dans le cadre d'un RISPA, et particulièrement en Estrie.

L'étude Bois-Francis<sup>12-13</sup> a présenté un effet positif de l'expérimentation sur le fardeau de l'aidant ( $p=0,05$ ) après 3 ans. Les scores de fardeau étaient comparables au départ entre les groupes expérimentaux et témoin. Aucune différence significative n'a été observée dans l'étude SIPA<sup>14</sup>, alors qu'aucun résultat n'est rapporté sur cette variable dans les autres études. La plupart des études ayant intervenu directement sur le fardeau de l'aidant ne sont pas parvenues à démontrer de changement dû à l'intervention. Rappelons que la présente étude ne comportait pas d'intervention spécifique sur le fardeau. Le résultat observé, à prime abord négatif, entre en contradiction avec le résultat sur le désir d'institutionnaliser, où aucune différence significative ni tendance n'est observée. Dans l'étude Bois-Francis<sup>12-13</sup>, on a observé une tendance ( $p = 0,08$ ) à un effet positif sur 3 ans sur le désir d'hébergement. Le résultat a été significatif après la première ( $p = 0,02$ ) et la deuxième année ( $p = 0,04$ ), résultat concordant avec l'effet sur le fardeau pour ces deux mêmes années ( $p = 0,05$  et  $p = 0,04$ ). L'apparente incohérence entre nos résultats du fardeau et du désir d'institutionnaliser de l'aidant doit donc être examinée sous un autre angle. Deux explications sont possibles face à ce résultat.

La première est que la différence de départ entre les zones expérimentale et de comparaison ait simplement été suivie par une régression vers la moyenne, c'est-à-dire une tendance pour un résultat s'écartant de la moyenne au départ, de s'en rapprocher par la suite. Ainsi, les sujets expérimentaux ayant commencé l'étude avec un niveau inférieur de fardeau, ont simplement vu leur score rejoindre ceux du groupe de comparaison. Les sujets expérimentaux vivant en domicile individuel, qui avaient le score de fardeau le plus bas au début de l'étude, sont d'ailleurs ceux ayant connu la plus forte augmentation de fardeau. Leur score a rejoint celui des sujets expérimentaux vivant en milieux collectifs, à la fin de l'étude.

La deuxième explication possible à l'augmentation du fardeau en zone expérimentale provient de l'examen d'autres résultats de l'étude. Un effet significatif a été observé sur la réduction du handicap en zone expérimentale. Les analyses préliminaires indiquent que cette diminution du handicap va de pair avec une augmentation du nombre d'heures d'aide fournies par les proches pour pallier les incapacités. Ainsi, les proches seraient davantage impliqués pour pallier les incapacités du sujet ; cette implication plus grande se traduirait par une augmentation du fardeau ressenti mais sans augmentation du désir d'institutionnaliser. La triangulation de ces résultats nous indique que la potentialisation des familles est réelle et effective en zone expérimentale. Les handicaps diminuent, les aidants ressentent une lourdeur associée mais ne désirent pas davantage institutionnaliser leur proche. Il est compréhensible qu'une implication plus grande soit accompagnée d'un fardeau ressenti plus grand. Mais l'absence de différence sur le désir d'institutionnaliser tend à indiquer que les aidants ne vivent pas cela de manière trop négative.

### **Discussion générale**

Les analyses de l'étude ont été réalisées en « intention de traiter », c'est-à-dire qu'on présume que tous les participants ont bénéficié du « traitement », soit le RISPA. Bien évidemment, ce ne sont pas tous les participants qui ont, par exemple, eu un gestionnaire de cas ou utilisé le guichet unique. Puisqu'il s'agit d'une étude d'efficacité populationnelle, les sujets n'ont pas tous reçu l'intervention (et chacune de ces composantes), ce qui a pour effet de diluer l'impact observable. C'est à la fois une limite de notre étude et un incontournable dans une étude populationnelle. Ce ne sont pas tous les participants qui avaient besoin d'un gestionnaire de cas non plus. Un RISPA efficace doit identifier les personnes le requérant, et les y diriger. Les difficultés d'accès aux services sont présentes dans les deux zones expérimentales et témoin, diminuant la marge de manœuvre dans la distribution des services, ce qui pose un défi de plus à l'intégration (et à la mesure de ses impacts).

Autre donnée à considérer, l'implantation n'a pas atteint 100 %. Le degré de mise en œuvre a plutôt atteint près de 80 % dans la troisième année d'étude. De plus, il faut prendre en compte qu'il y a un délai entre l'intervention et un effet observable. Ainsi, un gestionnaire de cas qui entre en fonction ne produira pas d'effet observable au niveau populationnel dès le lendemain. Le prolongement de l'étude après les deux premières années a permis de capter les effets du RISPA davantage implanté. Le temps requis pour implanter un RISPA ne doit pas être sous-estimé. Ce fait a été discuté dans d'autres chapitres de ce livre, mais nous ne pouvons qu'en témoigner également avec les résultats d'impacts observés sur les personnes âgées et leurs proches.

L'implantation n'était pas égale dans les trois MRC expérimentales et selon les six composantes d'intégration, ce qui a pu produire des effets différents. Du côté de la zone de comparaison, l'intégration n'était pas nulle,

notamment pour l'utilisation d'outils communs comme l'outil d'évaluation multiclientèle, implanté dans tout le Québec à partir de 2002. La zone de comparaison a donc reçu une petite dose d'intégration également.

Il nous est impossible de déterminer une dose d'exposition individuelle au RISPA pour chacun des participants. Par exemple, il n'est pas possible de déterminer pour chacun s'il a utilisé le guichet unique ou s'il a bénéficié de tel aspect de la concertation. Nous avons pu déterminer la proportion de participants de l'étude qui a été en gestion de cas au moins 1 journée pendant la durée de l'étude, soit 17,8 % des 751 sujets expérimentaux (14,7 % à Sherbrooke, 16,5 % à Coaticook, 23,9 % au Granit). Des analyses complémentaires seront effectuées sur ces sujets pour déterminer la durée d'exposition à la gestion de cas (exemple, entrée en gestion de cas durant la première ou la troisième année) et l'effet sur les autres variables (autonomie, décès, institutionnalisation, etc.). On sait par exemple que les sujets entrés en gestion de cas à Coaticook l'ont surtout été vers la fin de l'étude, mais peut-on observer des effets particuliers chez ces sujets comparés à des sujets non exposés qui leur seront appariés ? Les analyses complémentaires à venir devraient permettre de répondre à ces questions.

Malgré tous ces obstacles à capter des impacts populationnels, quelques effets positifs et significatifs ont été observés chez les personnes âgées. La force d'une étude populationnelle réside justement dans sa capacité à identifier des impacts non pas seulement chez les usagers actifs du réseau, mais chez ceux qui devraient en être. L'identification de sujets à risque de perte d'autonomie pour cette étude permettait de cibler les personnes âgées qui requerraient des services. Les résultats observés dans les cohortes expérimentales signifient que le RISPA implanté a produit des effets populationnels observables, significatifs et positifs dans l'ensemble.

## Conclusion

Les grandes conclusions sur les effets des RISPA sur les personnes âgées et leurs proches sont les suivants :

- Pas d'effet sur quatre ans sur les décès, l'institutionnalisation et l'autonomie
- Réduction significative des handicaps
- Déclin fonctionnel de 6,3 % moins élevé en zone expérimentale dans les 2 dernières années
- Incidence de la perte d'autonomie 14 % moins élevée en zone expérimentale dans la 4<sup>e</sup> année
- Effet positif et significatif sur la satisfaction
- Effet positif et significatif sur l'autonomisation
- Augmentation du fardeau ressenti de l'aidant allant de pair avec l'augmentation du nombre d'heures d'aide à son proche, mais sans effet sur son désir d'institutionnaliser

On peut conclure que le RISPA implanté a permis d'identifier les personnes âgées en perte d'autonomie et de les diriger optimalement vers les services requis. L'offre de services de santé en CLSC n'a pas été augmentée significativement durant l'étude dans les deux zones expérimentale et de comparaison. On peut cependant observer et conclure qu'ils ont été utilisés de manière plus efficace dans la zone expérimentale, comme en témoignent les effets positifs sur le déclin fonctionnel et les handicaps. De plus, les personnes âgées en sont davantage satisfaites que dans la zone de comparaison et sont plus autonomisées, impliquées dans les décisions de santé qui les concernent. En zone expérimentale, l'entourage augmente significativement l'aide à son proche ; l'aidant principal ressent un plus grand fardeau mais ne désire pas davantage institutionnaliser son proche. Des analyses supplémentaires permettront de mieux comprendre ces derniers résultats.

Le chapitre 13 présente les résultats des impacts des RISPA sur les services de santé et leurs coûts, ainsi qu'une conclusion générale sur la performance des RISPA. L'ensemble des résultats d'impacts y seront discutés sous l'angle de l'efficacité, où les coûts sont mis en relation avec les impacts observés.

## Références

1. Hébert, R., Bravo, G., Korner-Bitensky, N. et Voyer, L. Predictive validity of a postal questionnaire for screening community dwelling elderly individuals at risk for functional decline. *Age and Ageing*, 25 :159-67, 1996.
2. 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*, 28 : 323-336, 2003.
3. Gagnon, M., Hébert, R., Dubé, M. et Dubois, M.-F. Development and Validation of the Health Care Satisfaction Questionnaire (HCSQ) in *Elders*. *Journal Nursing Measurement*, 14(3) :190-204, 2006.
4. Gagnon, M., Hébert, R., Dubé, M. et Dubois, M.-F. Development and validation of an instrument measuring individual empowerment in relation to personal health care: the Health Care Empowerment Questionnaire (HCEQ). *Am J Health Promot*, 20(6) :429-35, 2006.
5. Zarit, S.H., Orr, N.K. et Zarit, J.M. *The hidden victims of Alzheimer's disease : families under stress*. New York, New York University Press, 1985.
6. Hébert, R., Bravo, G. et Préville, M. Reliability, validity and reference values of the Zarit burden interview for assessing informal caregivers of community-dwelling older persons with dementia. *Can J Aging*, 19(4) : 494-507, 2000.
7. Morycz, R.K. Caregiving strain and the desire to institutionalize family members with Alzheimer's disease. *Research on Aging*, 7(3), 329-61, 1985.

8. Canadian study on health and aging working group. Canadian study on health and aging : Study methods and prevalence of dementia. *Can Med Assoc J*, 150 : 899-913, 1994.
9. Hébert, R., Spiegelhalter, D.J. et Brayne, C. Setting the minimal metrically detectable change on disability rating scales. *Arch Phys Med Rehabil*, 78 :1305-8, 1997.
10. Dubuc, N., Hébert, R., Desrosiers, J., Buteau, M. et Trottier, L. Disability-based classification system for older people in integrated long-term care services : the Iso-SMAF profiles. *Arch Gerontol Geriat*, 42, 191-206, 2006.
11. Leutz, W.N. Five laws for integrating medical and social services : Lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Quarterly*, 77 (1) :77-110, 1999.
12. Tourigny, A., Durand, P., Bonin, L., Hébert, R., et Rochette, L. Quasi-experimental Study of the Effectiveness of an Integrated Service Delivery Network for the Frail Elderly. *Canadian Journal on Aging*, 23(3) :231-46, 2004.
13. Durand, P., Tourigny, A., Bonin, L., Paradis, M., Lemay, A. et Bergeron, P. Mécanisme de coordination des services géronto-gériatriques des Bois-Francs. Rapport final sur les résultats #QC403 remis au Fonds d'adaptation des services de santé, 2001.
14. Béland, F., Bergman, H., Lebel, P., Clarfield, A.M., Tousignant, P., Contandriopoulos, A.P. et Dallaire L. A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada : results from a *randomized controlled trial*. *Journal of Gerontology : Series A- Biological Sciences and Medical Sciences*, 61(4) :367-73, 2006.
15. Yordi, C.L. et Waldman, J. A consolidated model of long-term care : service utilization and cost impacts. *Gerontologist*, 25(4) :389-97, 1985.
16. Newcomer, R., Harrington, C. et Friedlob, A. Social Health Maintenance Organizations : assessing their initial experience. *Health Services Research*, 25(3) :425-54, 1990.
17. Manton, K.G., Newcomer, R., Lowrimore, G.R., Vertrees, J.C. et Harrington, C. Social/health maintenance organization and fee-for-service health outcomes over time. *Health Care Financ Rev*, 15(2) :173-202, 1993.
18. 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 Ageing*, 20(4) :245-54, 1991.
19. Kodner, D.L. et Kyriacou, C.K. Fully integrated care for frail elderly : Two American models. *International Journal of Integrated Care*, (www.ijic.org) novembre :1-24, 2000.

20. Johri, M., Beland, F. et Bergman, H. International experiments in integrated care for the elderly : a synthesis of the evidence. *Int J Geriatr Psychiatry*, 18 :222-235, 2003.
21. Branch, L.G., Coulam, R.F. et Zimmerman, Y.A. The PACE evaluation : Initial findings. *Gerontologist*, 35(3) :349-59, 1995.
22. Branch, L.G. Evidence-based evaluations of PACE. [Letter, Comment.] *J Am Geriatr Soc*, 46(1) :115-6, 1998.
23. Gross, D.L., Temkin-Greener, H., Kunitz, S. et Mukamel, D.B. The growing pains of integrated health care for the elderly : lessons from the expansion of PACE. *Milbank Quarterly*, 82(2) :257-82, 2004.
24. 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*, 316(7141) :1348-51, 1998.
25. Landi, F., Onder, G., Russo, A., Tabaccanti, S., Rollo, R., Federici, S., Tua, E., Cesari, M. et Bernabei, R. A new model of integrated home care for the elderly : impact on hospital use. *J Clin Epidemiol*, 54(9) :968-70, 2001.
26. Raïche, M., Hébert, R., Dubois, M.-F., Grégoire, M., Bolduc, J., Bureau, C. et Veil, A. Le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave avec le questionnaire PRISMA-7 : présentation, implantation et utilisation. *La Revue de Gériatrie*, 32(3) : 209-218, 2007. Texte reproduit au chapitre 22 du présent livre.
27. Hébert, R., Robichaud, L., Roy, P.M., Bravo, G. et Voyer, L. Efficacy of a nurse-led multidimensional preventive programme for older people at risk of functional decline. A randomized controlled trial. *Age Ageing*, 30 : 147-53, 2001.

## Remerciements

Nous tenons à remercier chaleureusement tous les participants à l'étude et leurs aidants. Un grand merci également à toutes les personnes qui ont travaillé sur le projet au fil des nombreuses années.

## Financement

Ce projet a été financé par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, et l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie.





# Chapitre 13

## La performance globale des RISPA : impacts sur l'utilisation des services de santé, leurs coûts et l'efficacité dans l'étude PRISMA-Estrie

---

Michel Raïche, Réjean Hébert, Danièle Blanchette, Suzanne Durand, Marie-France Dubois, N'Deye Rokhaya Gueye et le groupe PRISMA-Estrie

---

### Points saillants

- L'intégration entraîne une utilisation différente des services par les personnes âgées, les résultats détaillés sont présentés ici.
- Les impacts sur les coûts sont examinés ; on y observe qu'il n'y a pas de différence sur les coûts globaux.
- Les effets du RISPA étant globalement positifs, ce modèle de coordination démontre ainsi son efficacité.
- La performance des RISPA est discutée.

### Introduction

L'intégration est une intervention sur l'organisation des services au profit des utilisateurs du réseau, mais aussi de la population dans un territoire donné. Dans l'étude PRISMA-Estrie, l'utilisation des services par la population âgée et les coûts en découlant peuvent donc être modifiés par l'implantation de réseaux intégrés de services aux personnes âgées (RISPA). Ce chapitre décrit les effets du RISPA progressivement implanté sur l'utilisation des services et sur les coûts dans la zone expérimentale, comparée à une zone témoin. L'évolution pendant les quatre années de l'étude y est présentée.

L'étude des impacts sur l'utilisation des services et des impacts économiques répond à plusieurs objectifs. Elle met en lumière la transformation de l'offre de services découlant de leur intégration. L'analyse des aspects économiques permet de mesurer cette transformation de manière agrégée, en privilégiant une perspective sociétale<sup>1</sup>. Par exemple, il est difficile d'additionner des consultations de professionnels avec des jours d'hébergement en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Toutefois, le coût total de ces deux composantes, tout comme celui de l'ensemble des services utilisés, fournit un point de vue global des effets du RISPA.

De plus, en mettant en relation les impacts économiques avec l'ensemble des effets produits par le RISPA pour les personnes âgées et leurs aidants, nous pouvons dresser des conclusions sur l'efficacité. L'efficacité d'un RISPA réfère à la production des meilleurs résultats possibles à partir des ressources disponibles. L'efficacité peut aussi être décrite comme une utilisation optimale des ressources. Elle est donc une priorité dans un contexte de ressources limitées. On peut alors conclure sur l'ensemble des effets observés en regard des investissements effectués et des ressources réaffectées au réseau intégré de services. Ainsi, l'efficacité est une mesure de la performance globale du RISPA.

Le chapitre 11 a décrit la méthodologie globale de l'étude PRISMA-Estrie. Nous précisons plus en détails au début du présent chapitre, certains points méthodologiques concernant la collecte des données sur l'utilisation des services de santé et la détermination de leur coût. Nous présentons ensuite les résultats des impacts des RISPA sur l'utilisation des services et des impacts économiques, suivis d'une discussion. La section suivante réunit l'ensemble des impacts du RISPA sous l'angle des premiers constats quant à son efficacité. Enfin, nous terminons avec une conclusion sur la performance globale du RISPA dans l'étude PRISMA-Estrie.

## Méthodologie

### Utilisation des services

Puisqu'il s'agit d'une étude populationnelle, le souci de capter les impacts des RISPA sur l'ensemble des services de santé et d'aide à l'autonomie (et leurs coûts) a été présent dès la conception de l'étude. Cela représentait cependant un défi de taille. La perte d'autonomie étant multifactorielle, les services nécessaires pour que les personnes âgées ne se retrouvent pas en situation de handicap sont très diversifiés. En plus des services publics, les services privés (par exemple, provenant des résidences privées) et les services provenant d'organismes bénévoles (par exemple, la Popote roulante) sont très fréquemment utilisés. Les sources d'information soulevaient plusieurs questions dès le début.

On pense à tort que les services publics sont tous compilés quelque part dans une banque de données exhaustive et fiable. Ce n'est le cas ni pour l'exhaustivité ni pour la fiabilité. Les hospitalisations sont compilées dans les banques MED-ÉCHO de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Les actes médicaux des médecins facturant à l'acte sont dans une autre banque de données de la RAMQ. Les médecins omnipraticiens travaillant à salaire en Centres locaux de services communautaires (CLSC) ne se retrouvent pas dans ces banques de données. Les interventions des professionnels et auxiliaires familiaux sont compilées dans les banques de données *Système d'information clientèle* (SIC) des CLSC.

Comme l'étude couvrait sept territoires de CLSC au début, ce sont autant de banques de données qu'il aurait fallu interroger. Et ce, sans parler des démarches multipliées par 7 pour obtenir les autorisations requises. Les méthodes d'interrogation et la fiabilité des informations requises dans les banques SIC posaient des problèmes. L'expérience de l'étude en Montérégie (voir chapitre 19 du présent livre, et chapitre 12 du premier livre PRISMA<sup>2</sup>) démontre sans équivoque qu'il faut utiliser ces informations seulement après un processus rigoureux de nettoyage, dans une démarche continue sur plusieurs années. Nous ne disposions pas au début de l'étude de la connaissance complète de ce processus comme nous l'avons maintenant, mais la démarche était amorcée et nous en savions suffisamment pour prendre des décisions éclairées à ce sujet. Les banques de données de la RAMQ ne sont évidemment pas exemptes d'erreur non plus.

Quant aux données sur les services rendus pour l'aide aux activités de la vie domestique (AVD) et activités de la vie quotidienne (AVQ) dans les résidences privées, il n'y a évidemment aucune banque de données municipale ou encore moins régionale. Il en est de même pour les services fournis par des organismes bénévoles, que ce soit la popote roulante ou les groupes de soutien.

Rapidement, le constat a été fait que pour obtenir l'ensemble de ces informations, la meilleure et, en fait, la seule source de données était la personne âgée elle-même ou son aidant. C'est pourquoi nous avons choisi de contacter régulièrement ces personnes par téléphone et de leur fournir un calendrier pour faciliter la collecte d'information. Par ailleurs, une étude précédente faite par l'équipe<sup>3</sup> avait démontré la faisabilité de cette méthode pour recueillir la plupart des informations requises sur l'utilisation des services. En fournissant un calendrier aux participants, en les entraînant à l'utiliser et en effectuant un suivi continu auprès d'eux, cela devenait la seule méthode possible pour recueillir l'ensemble des informations requises.

C'est ainsi que lors de la première rencontre avec les participants de l'étude, nous leur avons remis un calendrier, des consignes écrites et nous leur avons expliqué quelles informations nous recherchions et comment les noter. Ces consignes étaient rappelées de manière toute particulière lors des premiers appels téléphoniques bimestriels, mais également tout au long de l'étude et des rencontres annuelles à domicile. Les calendriers des années subséquentes leur ont été soit remis en personne lors de leur évaluation lorsque la date de remplacement concordait, soit envoyés par la poste avec une lettre signée de leur évaluatrice.

Les informations qui ont été recueillies auprès des sujets ou leur aidant couvraient notamment des données hospitalières, soit l'arrivée en ambulance, les visites à l'urgence et les hospitalisations (durée, département, chirurgies). Les rencontres d'intervenants professionnels en dehors des hospitalisations ont été notées (dates, profession, déplacement ou non du sujet). Enfin, l'utilisation des services communautaires et de santé a été monitorée. L'information couvrait

les visites à l'hôpital de jour ou au centre de jour, le nombre d'heures d'aide à domicile pour les AVD (ex. aide ménagère) ou pour les AVQ (ex. aide au bain), le nombre de repas de popote roulante, le nombre d'heures de gardiennage, et divers services bénévoles (ex. transport communautaire). Les sources de financement de tous ces services ont été recueillies (publique, privée ou bénévole).

Les appels téléphoniques étaient effectués aux deux mois, dans un souci d'efficacité et afin de minimiser le biais de mémoire. Avec les consignes, le calendrier et le rappel constant de la méthode, nous qualifions cette méthode d'auto-déclaration assistée. Une étude de fidélité test-retest et inter-évaluateurs (concordance des informations lorsque collectées respectivement à des moments différents ou par des évaluatrices différentes) de la méthode de collecte a été effectuée<sup>4</sup>.

Une concordance presque parfaite a été obtenue pour les hospitalisations, les chirurgies d'un jour, les visites au médecin, l'aide pour l'entretien de la maison (AVD), et l'utilisation des services bénévoles. La concordance était importante pour les visites à l'urgence et l'aide pour les soins personnels (AVQ). Pour les visites à/par des infirmières ou d'autres professionnels, la concordance est qualifiée de modérée à importante. Aucune variable sur l'utilisation des services n'a obtenu de niveau de concordance moindre, ce qui confère un bon degré de confiance face aux résultats obtenus.

### Évaluation économique

Le deuxième élément présenté dans ce chapitre est l'impact sur les coûts. Les types de dépenses pris en compte dans l'analyse économique sont l'hébergement, l'entretien, l'alimentation, les services de santé et les services sociaux (ex. visites à l'urgence, hospitalisations, rencontres d'intervenants professionnels, aide à domicile), la consommation médicamenteuse et le coût d'implantation et de fonctionnement du RISPA (ci-après, coût du RISPA).

La compilation du coût des services, excluant les médicaments et le coût du RISPA, est réalisée à l'aide de la quantité d'unités de chaque type de services identifiées par les participants. Ces unités d'utilisation, heure, visite ou journée, sont multipliées par le coût unitaire correspondant. La méthode de calcul des coûts unitaires de chacun des types de services est quant à elle présentée en détails dans le chapitre 21. Soulignons que les coûts unitaires considérés sont identiques dans la zone expérimentale et la zone de comparaison. Les coûts des médicaments ont été obtenus de la RAMQ par la banque de donnée « Services pharmaceutiques », pour chacun des participants et selon leur date de début et de fin de participation dans l'étude. Les coûts du RISPA ont été évalués et sont présentés au chapitre 10. Ils sont quant à eux répartis seulement dans la zone expérimentale. Il faut toutefois préciser qu'il est ici question d'un coût différentiel occasionné par l'implantation et le fonctionnement du RISPA. Ce coût du RISPA n'illustre pas ce qu'il en coûte pour faire fonctionner un réseau intégré,

mais plutôt ce qu'il en coûte de plus par rapport à une offre de services non intégrés.

Nous utilisons une approche sociétale, incluant les coûts des secteurs public, privé et bénévole. Mais la partie des coûts qui correspond à la valorisation de l'aide fournie par la famille et les bénévoles n'est pas présentée dans ce texte. Au moment de mettre le livre sous presse, ces analyses n'étaient pas terminées. Elles seront toutefois complétées et diffusées ultérieurement.

Il est important de mentionner que les coûts sont compilés **en dollars (\$) de 2002**, afin de faire ressortir les différences d'utilisation. Ainsi, les variations de coûts perceptibles dans les résultats sont attribuables à une variation d'utilisation des services (attendue dans un échantillon de participants qui prennent de l'âge) et non à l'inflation. En bref, la méthodologie développée fournit une base commune pour mesurer l'impact du RISPA sur l'utilisation des multiples services à travers plusieurs années.

### **Analyses statistiques**

L'analyse principale consiste à comparer le groupe expérimental au groupe témoin. Les profils d'évolution dans le temps sont comparés et des comparaisons annuelles effectuées. L'évolution de chacun des groupes par rapport à lui-même est également examinée. Une pondération par personne-année a été utilisée afin de ramener les périodes de suivi à une base annuelle.

L'utilisation des services est d'abord examinée avec des proportions d'au moins une utilisation par année (exemple, proportion des sujets ayant fréquenté l'urgence au moins une fois dans l'année), ce qui produit une variable dichotomique. Chez les personnes ayant utilisé au moins une fois un service, on examine ensuite diverses variables continues, par exemple le nombre moyen de visites ou la durée de séjour. Pour les variables dichotomiques, les comparaisons annuelles et les comparaisons des profils d'évolution dans le temps sont faites à l'aide du modèle statistique GEE (*generalized estimating equation*) dichotomique. L'utilisation du modèle GEE permet de tenir compte de l'interdépendance entre les sujets observés à différents moments. Pour les variables continues, des modèles multi-niveaux de changement ont été utilisés pour tenir compte simultanément du changement intra et interindividuel.

Pour les coûts, les distributions des variables étudiées sont fortement asymétriques. On note des coûts très élevés pour certains sujets, alors que d'autres qui n'ont pas utilisé le service ont des coûts égaux à zéro. Ce mode de distribution des variables ne nous permet pas de les traiter comme des variables normalement distribuées. Ainsi, une classification en 5 catégories (zéro utilisation, puis quartiles) a été effectuée pour chacune des variables étudiées. Les comparaisons annuelles et les comparaisons de l'évolution dans le temps sont faites à l'aide du modèle GEE de Poisson.

## Résultats et interprétation

Rappelons que 1501 sujets ont été recrutés et suivis dans les deux zones expérimentale ( $n = 728$ ) et de comparaison ( $n = 773$ ) dans les cohortes A et B (voir chapitres 11 et 12). Un total maximal de 3455 personnes-années sert aux présentes analyses, soit 1779 personnes-années pour le groupe expérimental, et 1676 personnes-années pour le groupe de comparaison.

### Impacts sur l'utilisation des services

Nous présentons ici les résultats pour les quatre années de l'étude. Rappelons que certains écarts, défavorables à la zone expérimentale, avaient été observés durant la première année d'étude. L'évolution de l'utilisation des services de santé doit être observée en tenant compte de ces écarts. Afin de faciliter la présentation des résultats, les mêmes codes **X** et **T** ont été utilisés pour les groupes expérimental (Estrie) et témoin (Chaudière-Appalaches, groupe de comparaison), comme au chapitre précédent. Autre similarité dans la présentation des résultats, les trois valeurs  $p$  près des courbes indiquent les résultats des trois tests statistiques pour l'évolution sur quatre ans. Les deux premières valeurs concernent l'évolution de chacun des groupes par rapport à lui-même (exemple, s'il y a augmentation, cette augmentation est-elle significative ?) et la troisième réfère à la comparaison de l'évolution entre les deux groupes. Une valeur  $p$  inférieure à 0,05 indique un résultat significatif. Nous avons également comparé les résultats pour chacune des années, les résultats significatifs sont indiqués au dessus de l'abscisse. Rappelons que les résultats pour l'entrée en CHSLD ont été présentés au chapitre précédent, puisque cette variable est l'une des composantes du déclin fonctionnel. Aucune différence significative n'a été observée entre les zones expérimentale et de comparaison pour l'entrée en CHSLD.

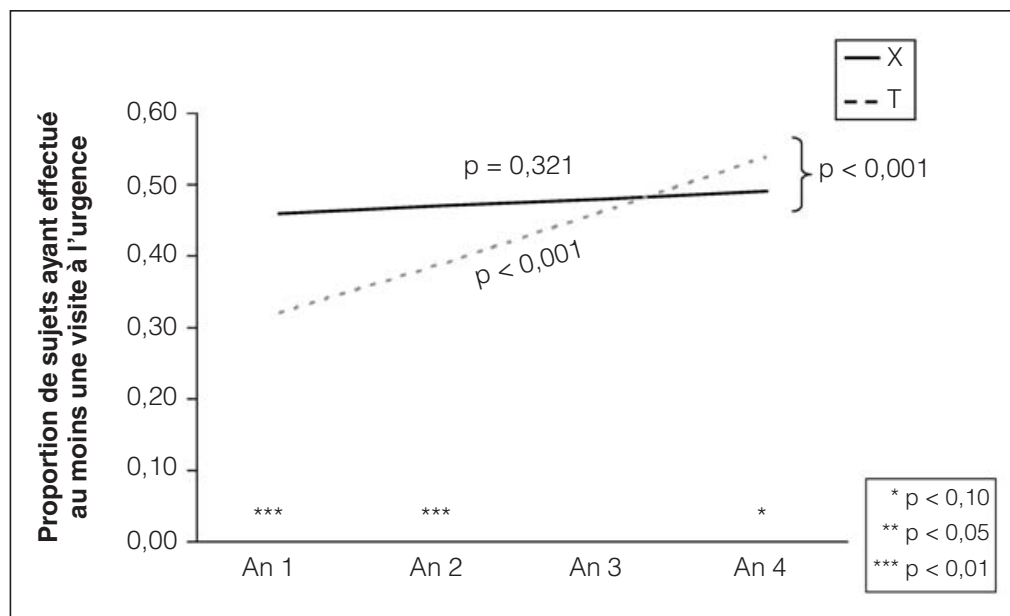
### Visites à l'urgence

#### *Au moins une visite à l'urgence*

On observe à la figure 13.1 que le groupe de comparaison se comporte tel qu'attendu, c'est-à-dire qu'il y a une augmentation graduelle de la proportion de sujets ayant recours à l'urgence, due au vieillissement des sujets et de l'augmentation des problèmes de santé qui l'accompagne. Rappelons qu'il s'agit de personnes âgées de 83 ans en moyenne lors de leur entrée dans l'étude. Au début, une proportion de 32 % se présente à l'urgence au moins une fois par année, tandis qu'à la fin la proportion est de 54 %. Cette augmentation est statistiquement significative dans le groupe de comparaison.

Dans le groupe expérimental, on observe que la proportion de départ est nettement et significativement plus élevée que pour le groupe de comparaison, avec une proportion de 46 % qui se présente à l'urgence au moins une fois par année. Après 4 ans, la proportion est de 49 %. Cette légère augmentation n'est

Figure 13.1  
Proportion de sujets ayant effectué au moins une visite à l'urgence



pas significative. Quand on compare l'évolution des deux zones, la différence est significative.

#### *Lorsqu'il y a au moins une visite à l'urgence*

Nous avons également examiné, pour les personnes étant allées au moins une fois à l'urgence, le nombre moyen de visites, le pourcentage de visites suivies d'une hospitalisation, ainsi que le pourcentage de retour à l'urgence en 10 jours. Parmi les sujets qui sont allés au moins une fois à l'urgence, le nombre moyen de visites qui était au départ de deux par année est resté à peu près inchangé, pour les deux groupes, pendant toute l'étude. Aucun écart significatif n'est observé entre les 2 groupes ( $p = 0,428$ ).

Quant au pourcentage de visites à l'urgence suivies d'une hospitalisation, il n'est pas surprenant que puisque les sujets de la zone expérimentale utilisaient davantage l'urgence comme porte d'entrée dans le réseau au début de l'étude, ces visites étaient moins souvent suivies d'une hospitalisation. L'écart est significatif durant les premières années de l'étude. Cependant, la zone expérimentale rejoint la zone de comparaison après quatre ans. Les deux zones suivent donc des trajectoires à tendance inversée ( $p = 0,043$ ), conditionnée par l'utilisation du début de l'étude et son évolution. Concernant les retours à l'urgence en deçà de 10 jours lorsqu'il n'y a pas d'hospitalisation, on observe un pourcentage de retours stable autour de 10 % dans les deux groupes et aucune différence statistique ( $p = 0,300$ ) entre ceux-ci.



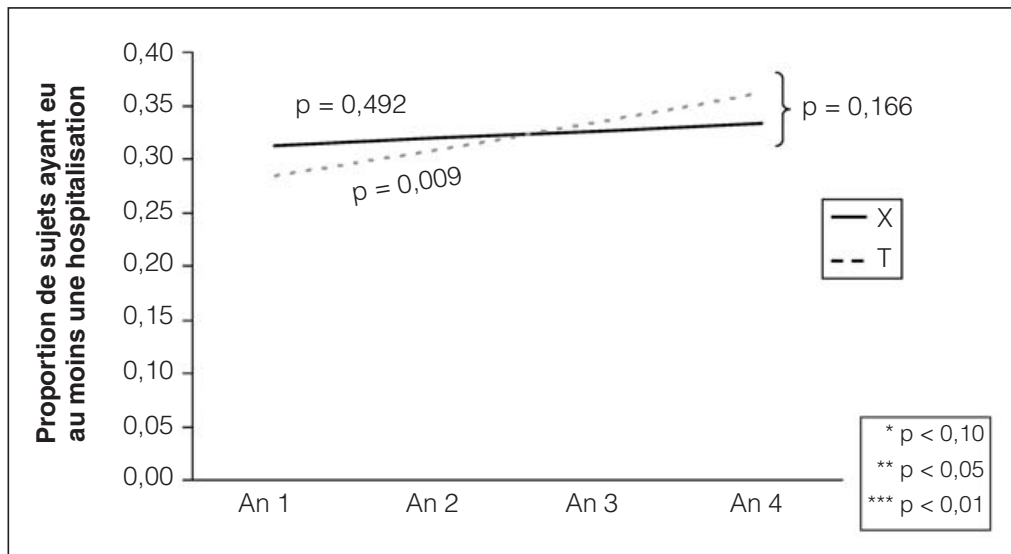
## Hospitalisations

### *Au moins une hospitalisation*

On observe à la figure 13.2 que le groupe de comparaison se comporte tel qu'attendu, c'est-à-dire qu'il y a une augmentation graduelle et statistiquement significative de la proportion de sujets ayant été hospitalisés. La proportion de sujets hospitalisés au moins une fois par année y passe de 28,4 à 36,1 % en 4 ans. Dans le groupe expérimental, on observe plutôt un plateau. La proportion de sujets hospitalisés au moins une fois par année y passe de 31,3 à 33,3 % en 4 ans, mais cette légère augmentation n'est pas significative. Quand on compare l'évolution des deux zones, la différence n'est pas statistiquement significative.

Figure 13.2

### Proportion de sujets ayant eu au moins une hospitalisation



### *Lorsqu'il y a au moins une hospitalisation*

Parmi les sujets ayant été hospitalisés au moins une fois, le nombre moyen d'hospitalisations était initialement de deux par année et est demeuré inchangé pour les deux groupes au cours de l'étude ( $p = 0,906$ ). Quant à la durée moyenne de séjour, elle est stable et statistiquement égale ( $p = 0,200$ ) entre les deux groupes, passant de 10 à 8,7 jours dans le groupe de comparaison et de 10,7 à 12 jours dans le groupe expérimental. Les résultats pour les ré-hospitalisations en 30 ou 90 jours ou les visites à l'urgence moins de 10 jours après l'hospitalisation, ne révèlent pas de différences.

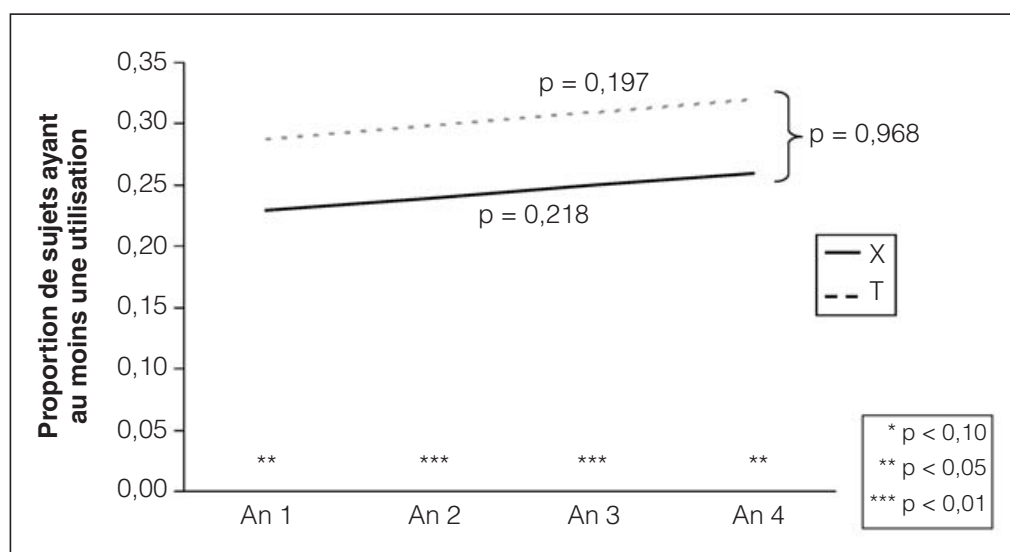
## Services publics et privés pour personne âgée en perte d'autonomie

### *Au moins une utilisation de services publics pour personne âgée en perte d'autonomie*

Quand on examine l'utilisation des services publics pour personne âgée en perte d'autonomie (services de soutien à domicile du CLSC pour AVD ou AVQ, hôpital ou centre de jour), on observe que la proportion de sujets ayant au moins une utilisation de ces services tend à augmenter de façon parallèle dans les deux groupes (figure 13.3), toutefois l'augmentation n'est pas significative sur quatre ans. Une plus grande proportion de sujets de la zone de comparaison utilisent au moins un service public, l'écart de 6 % est significatif et demeure constant tout au long des quatre années.

Figure 13.3

### Proportion de sujets ayant au moins une utilisation d'un service public pour personne âgée en perte d'autonomie

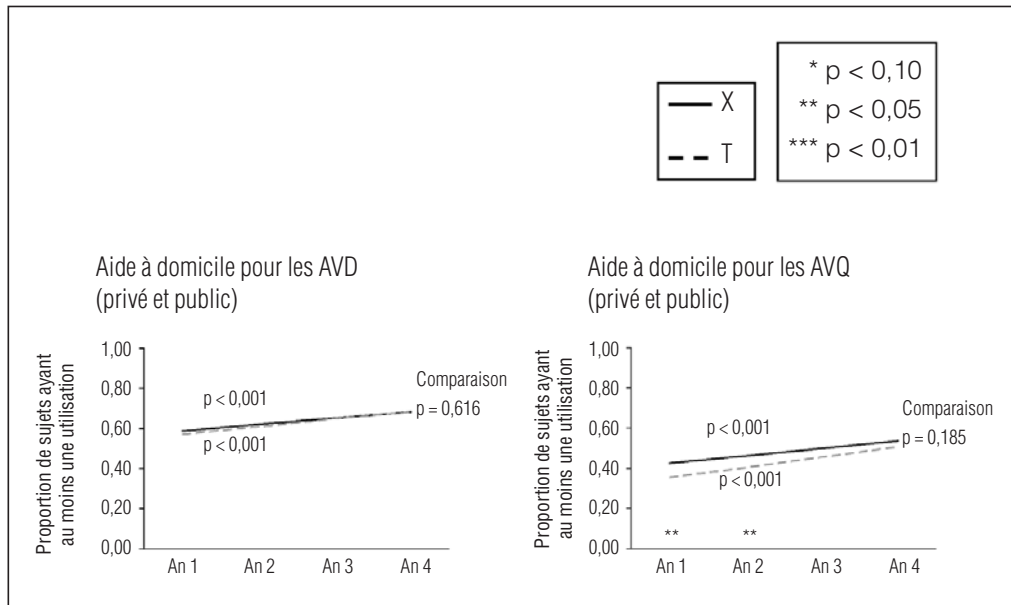


### *Au moins une utilisation d'un service d'aide à domicile pour les AVD et les AVQ*

Quand on examine de plus près l'aide à domicile pour les AVD et les AVQ de source privée et publique, on observe une augmentation significative pour chacune des zones. Il n'y a cependant aucune différence significative en comparant l'évolution de l'utilisation dans les deux zones (figure 13.4). Plus de 60 % des participants utilisent des services publics ou privés pour les AVD tout au long de l'étude, alors que la proportion varie plutôt entre 40 à 50 % pour les AVQ.

Figure 13.4

**Proportion de sujets ayant au moins une utilisation d'un service d'aide à domicile pour AVD et AVQ**



### Services bénévoles

#### *Au moins une utilisation d'un service bénévole*

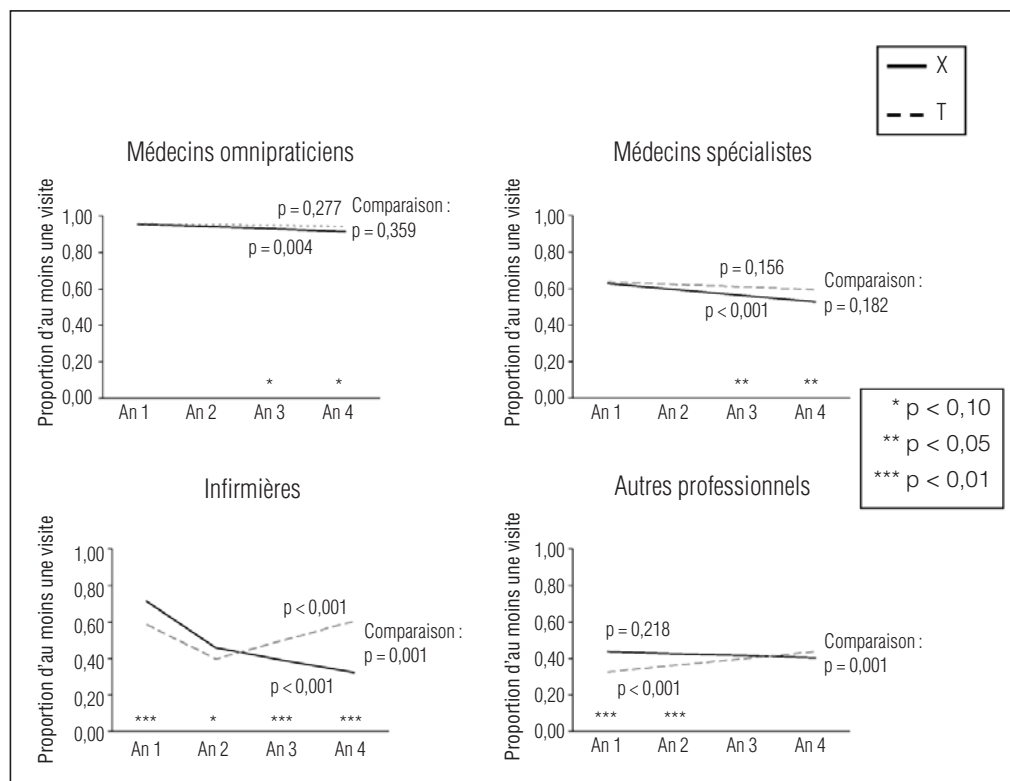
Environ 12 % des participants en zone de comparaison et 20 % en zone expérimentale ont eu recours au moins une fois à un service bénévole chaque année. Les services bénévoles incluent les repas communautaires ou à domicile (popote roulante), l'accompagnement pour des sorties (rendez-vous de santé, sorties sociales, faire les courses), et le transport communautaire. Davantage de participants en zone expérimentale ont eu recours à ces services, cependant aucune différence significative n'est observée pour l'évolution de l'utilisation, entre les deux zones ( $p = 0,316$ ).

### Rencontres d'intervenants professionnels

#### *Au moins une rencontre avec un intervenant (figure 13.5)*

Rappelons que nous considérons ici les rencontres en personne, avec des intervenants professionnels en cabinet, en clinique externe, en CLSC ou à domicile, et non les rencontres ayant lieu lors d'une hospitalisation ou une visite à l'urgence. Les consultations téléphoniques sont exclues. Globalement, presque tous les sujets des deux groupes voient un médecin omnipraticien au moins une fois par année. Pour les médecins spécialistes, cette proportion diminue de façon significative seulement dans le groupe expérimental ( $p < 0,001$ ) passant de 60 à 50 % au cours des 4 ans, alors que le groupe de comparaison reste stable autour de 60 % au cours de la même période. L'évolution des deux groupes n'est pas significativement différente entre les deux zones ( $p = 0,182$ ). L'évolu-

Figure 13.5

**Proportion de sujets ayant au moins une visite d'intervenant professionnel**

tion des rencontres avec des infirmières révèle qu'il y a tout d'abord une diminution de la première à la deuxième année, puis une augmentation dans la zone de comparaison alors que la zone expérimentale poursuit sa diminution, moins marquée toutefois. La comparaison de l'évolution est significativement différente. Pour les rencontres d'autres professionnels (physiothérapeute, ergothérapeute, travailleur social, etc.), la zone expérimentale présentait au début une proportion d'utilisation significativement plus élevée ( $p < 0,01$ ), et maintient constante cette proportion pendant que la zone de comparaison augmente significativement pour rejoindre la zone expérimentale à la fin de l'étude. Ces deux évolutions d'utilisation sont significativement différentes ( $p < 0,001$ ).

**Résultats d'utilisation des services par sous-zone (MRC)**

Nous avons examiné les résultats par sous-territoires, en comparant les Municipalités régionales de comté (MRC) jumelles Sherbrooke-Lévis, Coaticook-L'Islet, ainsi que Granit-Montmagny. Il faut cependant tenir compte du fait que les comparaisons portant sur de plus petits sous-groupes ont une puissance statistique plus faible pour détecter des écarts significatifs. Globalement, la très grande majorité des comparaisons par jumelles est le reflet des résultats obtenus en comparant globalement les zones expérimentale et témoin. Nous présentons

ici seulement les résultats particuliers pour des jumelles où des écarts significatifs et distincts ont été observés.

En ce qui a trait aux hospitalisations, les tendances observées globalement sont amplifiées lorsque l'analyse est restreinte aux MRC rurales ayant un centre hospitalier. Alors que la proportion des habitants de la région expérimentale du Granit qui ont au moins une hospitalisation annuelle est assez stable à 35 % au cours des 4 ans ( $p = 0,317$ ), elle passe de 29 % à 41 % ( $p = 0,030$ ) dans la région de comparaison de Montmagny. L'évolution au cours de 4 ans est donc différentielle entre ces 2 zones ( $p = 0,026$ ).

### Impacts économiques

Rappelons que l'ensemble des coûts présentés ci-dessous est calculé en dollars de 2002. Ainsi, toutes les variations observées sont dues aux différences d'utilisation des services et ne reflètent en rien l'effet de l'inflation. Les graphiques présentés dans la prochaine section illustrent des coûts annuels moyens par personne, pondérés en fonction du nombre de jours de participation de chaque personne âgée. Quant à elles, les analyses statistiques prennent aussi en compte les variances entre les participants (qui peuvent être très importantes pour certains services comme les hospitalisations qui s'adressent à une faible partie de l'échantillon). Il peut donc arriver parfois que graphique et test statistique semblent discordants. Toutefois, le coût moyen est un indice intéressant pour fins de prévisions budgétaires, et une analyse statistique qui démontre une différence significative doit aussi être confrontée à la réalité économique afin de juger si la différence est significative du point de vue économique.

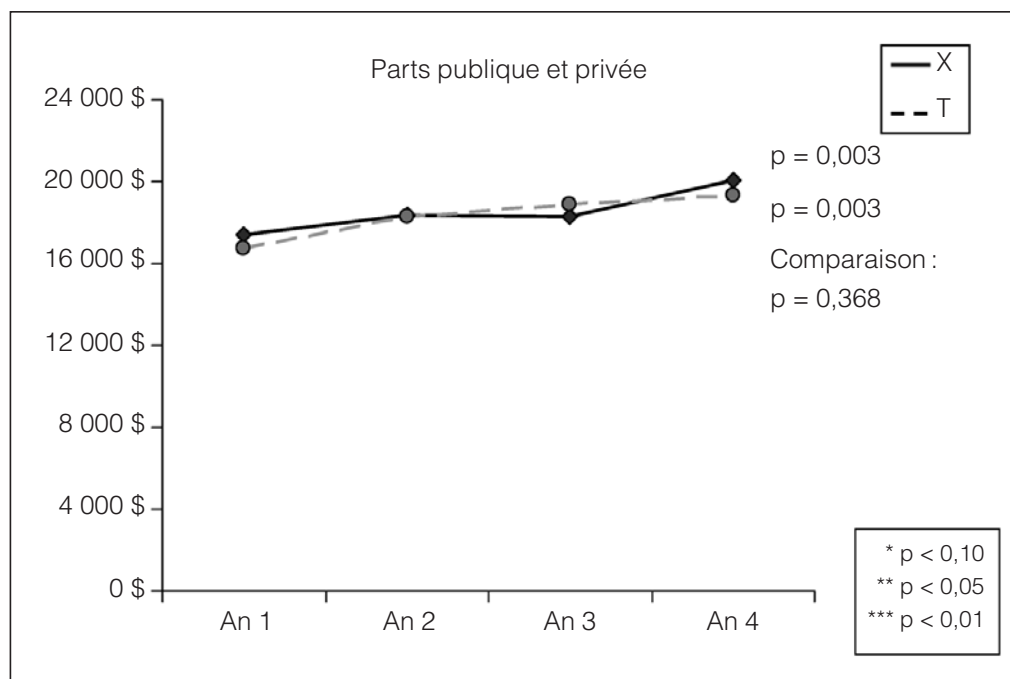
#### Coût total

Commençons d'emblée par le coût total, incluant les parts publique et privée. Rappelons que le coût total comprend l'ensemble des coûts d'hébergement, pour tous les milieux de vie, des services sociaux et de santé, des médicaments et du RISPA. Globalement, les coûts annuels augmentent significativement dans les deux zones, mais les comparaisons entre les zones ne font ressortir aucune différence significative dans l'évolution ni dans le coût de chacune des 4 années (figure 13.6). Le coût du RISPA, inclus dans les résultats de la zone expérimentale, semble avoir été compensé par des économies au niveau des services. Les coûts annuels totaux moyens passent en 4 ans d'environ 17 000\$ à 20 000\$ par personne âgée.

#### *Coût total – part publique*

Quand on examine plus spécifiquement les coûts publics totaux, on observe globalement le même phénomène que pour l'ensemble public et privé, c'est-à-dire une augmentation significative dans les 2 zones pendant les 4 ans, sans dénoter de différence significative dans les comparaisons des 2 zones (figure 13.7). L'augmentation est attribuable au vieillissement des participants qui utilisent davan-

Figure 13.6  
Coût total annuel moyen/personne



tage de services publics. Les coûts publics totaux moyens annuels passent d'environ 8 000 \$ à 10 000 \$, ce qui correspond à la moitié de l'ensemble des parts publique et privée, illustrées à la figure 13.6.

#### *Coûts totaux – part privée*

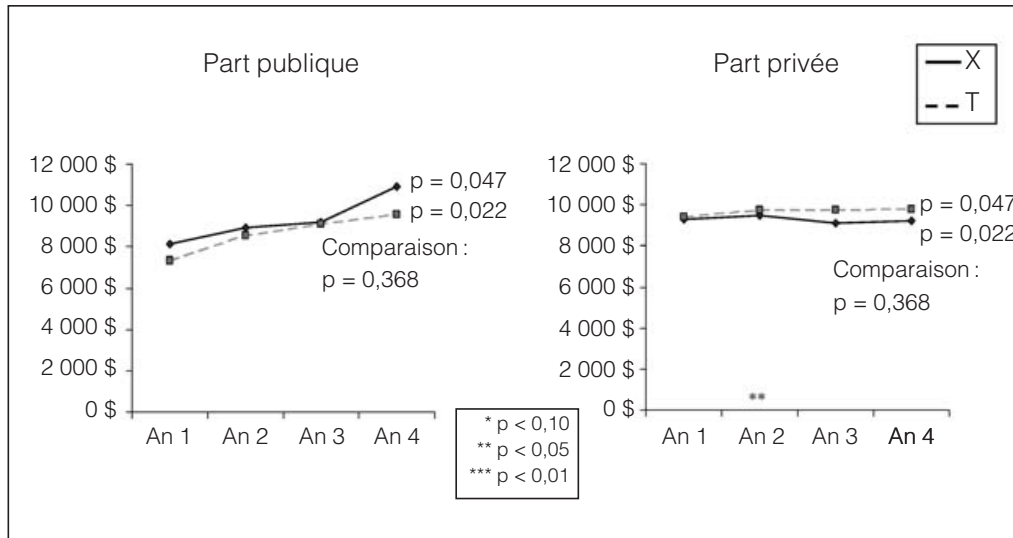
Quand on examine plus spécifiquement les coûts privés totaux dans la zone expérimentale, on observe une diminution significative du point de vue statistique, sans pour autant qu'elle le soit du point de vue économique, le coût annuel moyen passant de 9 300 \$ à 9 200 \$. Les coûts annuels semblent constants dans la zone de comparaison. La comparaison de l'évolution des coûts annuels des deux zones révèle une différence statistiquement significative (figure 13.7), qui est de l'ordre de 600\$ quant au coût moyen annuel au cours des 2 dernières années. Le RISPA semble avoir permis de ralentir les dépenses privées assumées par les personnes âgées et leur famille. Ce qui ressort clairement, c'est que le RISPA ne produit pas de transfert des coûts publics vers les coûts privés. Ceci aurait signifié des économies pour le réseau public au détriment de la contribution privée des personnes âgées.

#### Coût des services hospitaliers

##### *Coût – visites à l'urgence*

Dans la sous-section précédente, la figure 13.1 illustre la proportion de participants ayant visité l'urgence au moins une fois dans l'année concernée, tandis

Figure 13.7  
Coût total annuel moyen/personne



que la figure 13.8 permet ici de comparer le coût annuel de la moyenne des visites faites par l'ensemble des participants (ayant visité ou non l'urgence). Soulignons que le coût normalisé d'une visite à l'urgence (voir chapitre 21) est de 265\$. Les courbes d'évolution des coûts pour les visites à l'urgence suivent globalement les courbes de la variable « au moins une utilisation de l'urgence ».

#### Coût – hospitalisations

Les coûts pour les hospitalisations présentés ci-dessous comprennent les coûts pour toutes les hospitalisations et les chirurgies, mais n'incluent pas les coûts des visites à l'urgence. On n'observe pas de différence significative dans la comparaison de l'évolution des coûts des deux zones (figure 13.9). Rappelons que les graphiques sont bâtis à partir des coûts moyens. Dans le cas des hospitalisations, plus de la moitié des sujets ont des coûts nuls et les facteurs comme les chirurgies et les durées d'hospitalisation influencent beaucoup la variabilité des résultats.

#### Coût des services de maintien à domicile

Les coûts pour l'ensemble des services de maintien à domicile incluent l'aide pour les AVQ et les AVD, les visites à l'hôpital de jour et au centre de jour, ainsi que les consultations et traitements prodigués au domicile de la personne âgée. L'examen de l'ensemble des coûts publics et privés démontre qu'ils ont évolué de façon significative dans les deux zones. Dans la zone de comparaison, les coûts annuels moyens par personne ont été en hausse constante, passant de 3 800 \$ à 5 300 \$ sur les 4 années. Alors que dans la zone expérimentale ces coûts ont oscillé entre 3 500 \$ et 4 000 \$. Ces différences d'évolution entre les deux zones ne sont toutefois pas statistiquement significatives.

Figure 13.8  
**Coût total annuel moyen/personne : visites à l'urgence**

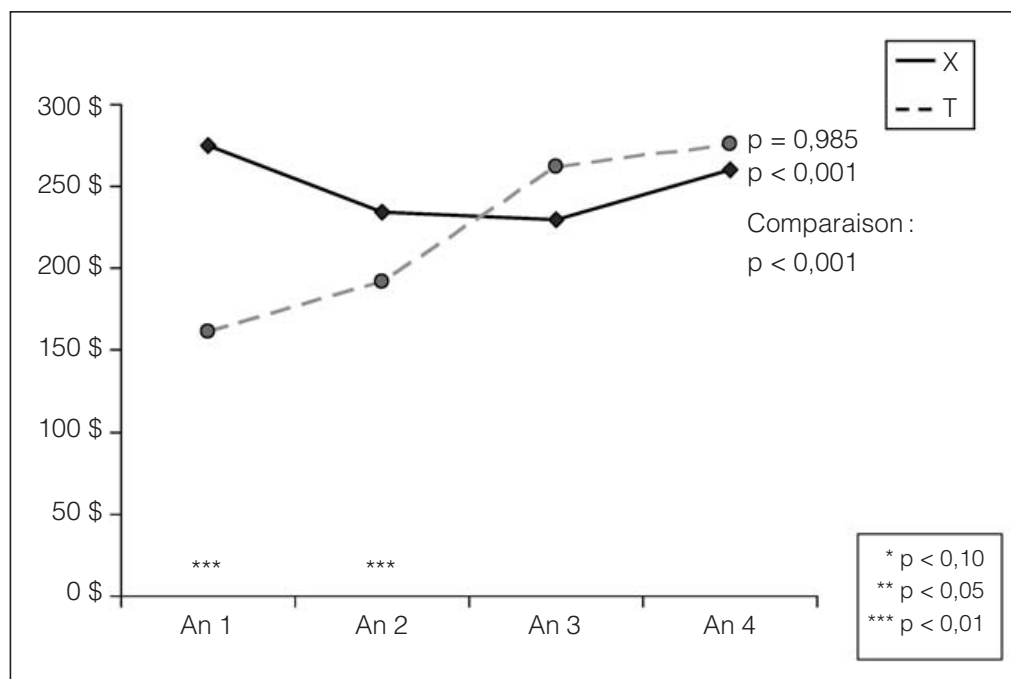
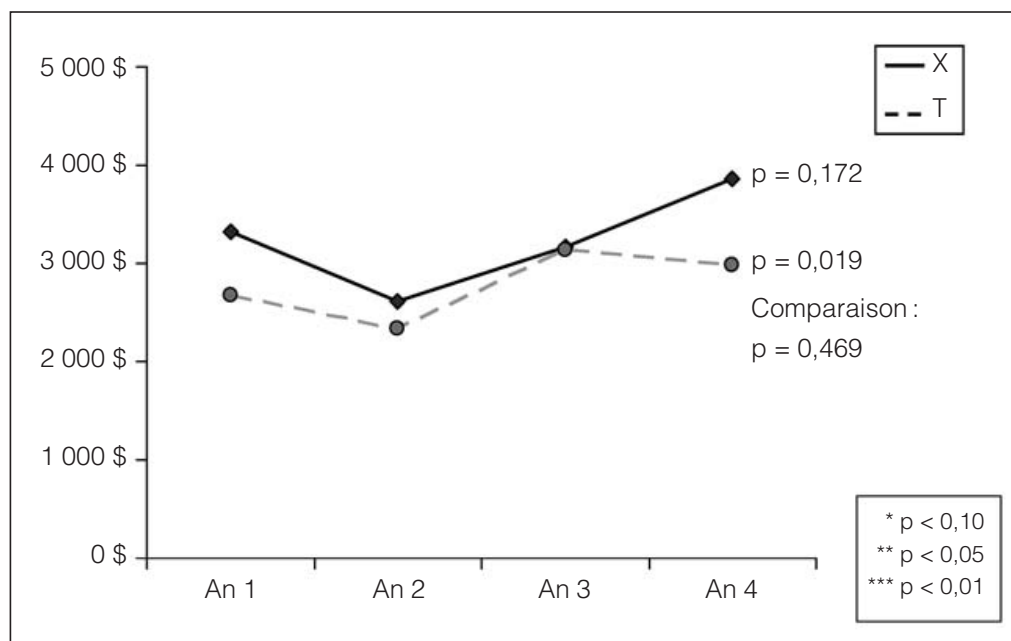


Figure 13.9  
**Coût total annuel moyen/personne : hospitalisations**

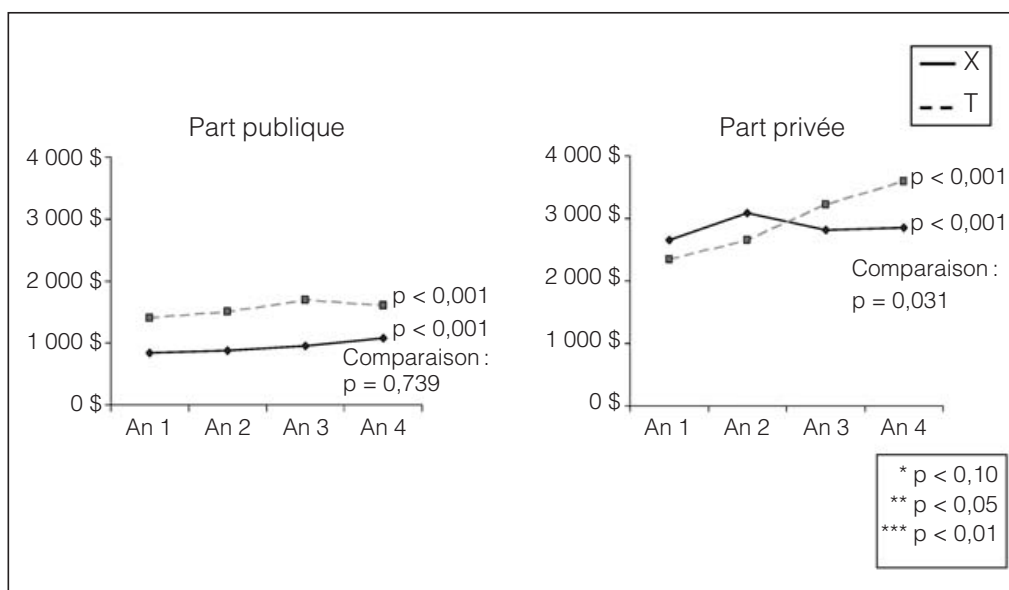




EN ISOLANT LES COÛTS PUBLICS de services de maintien à domicile, on observe que les zones expérimentale et de comparaison présentent toutes deux des augmentations significatives sur quatre années. Aucune différence significative n'est observée quant à la comparaison des évolutions cependant (figure 13.10). Ces résultats sont cohérents avec le fait que la zone expérimentale n'a pas investi de manière différentielle par rapport à la zone de comparaison dans l'augmentation de la quantité de services à domicile durant l'étude.

Figure 13.10

### Coût annuel moyen/personne : services de maintien à domicile



QUANT À L'EXAMEN DES COÛTS PRIVÉS DE MAINTIEN À DOMICILE, il fait ressortir une différence significative dans l'évolution des coûts des deux zones (figure 13.10). En effet, la zone de comparaison présente des coûts annuels moyens en croissance, passant de 2 300 \$ à 3 600 \$ en 4 ans. Dans la zone expérimentale, qui présentait des coûts annuels moyens légèrement plus élevés que ceux de la zone de comparaison au départ, le RISPA semble avoir eu un effet de stabilisation pour les deux dernières années avec un coût annuel moyen de 2 900 \$. Ceci explique la différence significative observée dans la comparaison des évolutions des deux zones.

### Coût des consultations d'intervenants professionnels

Lorsque nous analysons le coût annuel de l'ensemble des consultations auprès de différents intervenants professionnels (médecins, infirmières, travailleurs sociaux et autres) du secteur public ou privé, qu'elles aient eu lieu à domicile ou non, nous retrouvons sensiblement les mêmes tendances que pour les services de maintien à domicile. Il s'agit d'une relative stabilisation dans la zone expéri-

mentale et d'une augmentation constante des coûts dans la zone de comparaison. Nous observons aussi une différence significative dans la comparaison des évolutions des coûts annuels moyens des 4 années entre les deux zones. Les coûts annuels moyens de la zone expérimentale passent d'environ 850 \$ à 700 \$ tandis que ceux de la zone de comparaison débutent à 900 \$ et montent jusqu'à 1 300 \$ ( $p < 0,001$ ). Prises isolément, les rencontres avec des infirmières présentent aussi des différences significatives sur le plan de l'évolution des coûts. Les coûts annuels moyens de la zone expérimentale oscillent entre 320 \$ et 360 \$ et ceux de la zone de comparaison montent graduellement de 360 \$ à 760 \$ ( $p < 0,001$ ).

Cependant, les coûts des consultations avec des médecins de famille se comportent un peu différemment. Les évolutions dans les deux zones sont encore statistiquement significatives, mais les coûts annuels moyens ont tendance à diminuer dans les deux zones. Ce coût est au départ de 220 \$ (soit l'équivalent d'un peu plus de 5 visites) pour les deux zones, puis à la quatrième année il est de 200 \$ dans la zone de comparaison et de 160 \$ dans la zone expérimentale. Il s'agit d'un écart équivalent à approximativement une rencontre annuelle de moins ( $p = 0,006$ ).

### Résultats d'analyse économique par sous-zone (MRC)

Il n'y a aucune différence statistiquement significative entre les MRC jumelles pour les coûts annuels totaux. Évidemment, pour l'examen des résultats par type de service, les tailles d'échantillon diminuant, on perd de la puissance pour détecter des différences significatives. Aucun résultat par service de l'analyse économique par MRC n'a apporté d'éclairage nouveau par rapport aux résultats globaux en comparant la zone expérimentale et la zone témoin.

## Discussion sur l'utilisation des services et les coûts

### Impact sur l'utilisation des services de santé

Aucune hypothèse dans l'étude ne spécifiait que tel ou tel service verrait une augmentation ou une diminution de son utilisation. L'hypothèse sur les services était plutôt qu'ils seraient globalement utilisés *différemment* par les sujets de la zone expérimentale et par les sujets de la zone témoin, au fur et à mesure que le RISPA s'implanterait, cette utilisation différenciée se traduisant par une plus grande efficacité.

Des différences dans l'évolution de l'utilisation des services ont effectivement été observées. L'intégration des services entraîne donc quelques réaménagements de l'utilisation des services. L'objectif «le bon service, au bon moment, par l'organisation appropriée et au meilleur coût» est-il atteint? Il reste certes du chemin à faire notamment pour l'accessibilité des services de soutien à domicile, mais vu les effets désirés observés pour l'utilisation de l'urgence et les rencontres d'intervenants, la tendance à un effet positif sur les

hospitalisations (stabilisation), combinés aux effets observés sur la satisfaction face à l'ensemble des services reçus (et autres impacts vus au chapitre 12), il s'agit d'un pas dans la bonne direction. Les personnes âgées de la zone expérimentale utilisent différemment les services, en sont plus satisfaites, et en retirent des effets positifs dans l'ensemble.

La discussion des résultats de notre étude requiert quelques précisions. Peu de comparaisons directes peuvent être effectuées avec d'autres études sur les mêmes regroupements d'utilisation. De plus, non seulement la structure du système de santé diffère passablement selon les pays, mais les sources de données diffèrent. En effet, les études québécoises des Bois-Francs<sup>5-6</sup> et SIPA (système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie)<sup>7-8</sup> ont plutôt utilisé des banques de données administratives, comme ce fut le cas des études étatsuniennes PACE (*Program of All inclusive Care for the Elderly*)<sup>9-11</sup> et italiennes<sup>12-13</sup>. Rappelons que notre cueillette de données auprès des participants nous a permis de recueillir des informations également sur les services privés et bénévoles, en plus des services publics.

L'effet positif sur l'utilisation de l'urgence constitue un résultat très intéressant. Une proportion plus élevée de sujets en zone expérimentale utilisaient l'urgence comme une porte d'entrée dans le réseau, au début de l'étude. Cette lecture de la situation est confirmée par le fait que cette proportion plus élevée de visite à l'urgence était suivie par une proportion plus faible d'hospitalisations, comparativement à la zone témoin. La stabilisation de l'utilisation de l'urgence en Estrie (aucune augmentation significative), et la proportion de visites suivies d'hospitalisation qui rejoint celui de la zone de comparaison à la fin de l'étude, confirment une utilisation plus appropriée de l'urgence. L'étude SIPA n'a observé aucun effet significatif sur l'utilisation des urgences<sup>7-8</sup>, alors que l'étude Bois-Francs<sup>5-6</sup> a présenté quelques résultats négatifs sur divers indicateurs (taux de visites, au moins une visite dans l'année). Il faut cependant prendre en compte que le niveau d'utilisation était significativement inférieur dans la zone expérimentale avant l'implantation du RISPA, et qu'il n'est pas supérieur à la zone de comparaison à la fin de l'étude. L'étude menée en Italie par Bernabei et collaborateurs<sup>12</sup> a observé une diminution des visites à l'urgence dans le groupe expérimental. L'explication ne peut pas être un niveau de départ élevé de consultations à l'urgence dans cette étude, puisque seulement 6 % des sujets du groupe expérimental ont utilisé l'urgence durant l'année d'étude, comparé à 17 % dans le groupe témoin. Dans la zone expérimentale de notre étude, un niveau de départ élevé de consultations à l'urgence (46 % des sujets dans l'année) peut rendre observable des effets du RISPA, et confirmer son potentiel d'action. Les personnes âgées de l'Estrie utilisent dorénavant l'urgence davantage pour de « bonnes » raisons, pour des situations qui le requièrent, et non comme un premier recours aux services du réseau. Le guichet unique instauré dans le cadre du RISPA semble avoir porté fruits. On peut donc attribuer au RISPA une utilisation plus pertinente de l'urgence dans notre étude.

Nous avons observé une tendance à la stabilisation des hospitalisations dans notre zone expérimentale. En effet, la proportion de sujets ayant au moins une hospitalisation par année augmente de façon non significative en zone expérimentale, pendant qu'elle augmente significativement en zone de comparaison. La comparaison n'est toutefois pas significative ( $p = 0,166$ ), tout comme cela avait été le cas pour cet indicateur dans l'étude des Bois-Francis ( $p = 0,11$ )<sup>5-6</sup>. Il faut toutefois noter que la taille de notre échantillon ne permettait de détecter qu'une différence de 10 % dans le taux d'hospitalisation (erreur alpha de 5 % [bilatéral], puissance de 80 %). Aucune différence significative n'a été décelée dans les deux études sur la durée moyenne de séjour sur les ré-hospitalisations. L'étude SIPA n'a pas observé de différence significative dans l'utilisation de l'hôpital<sup>7-8</sup>. Les études PACE<sup>9-11</sup> et les études faites en Italie<sup>12-13</sup> ont montré des effets positifs et significatifs sur les hospitalisations (nombre et durée). Sans observer d'effets clairement significatifs, l'effet de stabilisation des hospitalisations en zone expérimentale dans notre étude est donc à mi-chemin entre les résultats des autres études québécoises et des études étas-uniennes et italiennes.

Les résultats d'utilisation de services publics pour personne âgée en perte d'autonomie (services de soutien à domicile du CLSC pour AVD ou AVQ, hôpital ou centre de jour) indiquent qu'il y avait un écart significatif au début de l'étude (plus d'utilisation en zone de comparaison). L'écart est demeuré constant, aucune différence significative n'a été observée dans l'évolution des deux zones expérimentale et de comparaison. Les deux zones ont présenté de légères augmentations d'utilisation, mais non significatives. Cela est surprenant à première vue, vu l'alourdissement des sujets comme en fait foi la diminution significative de leur indépendance fonctionnelle (cf. chapitre 12). Cela semble le reflet de difficultés d'accès aux services de CLSC vécues dans les deux zones, vu la disponibilité relative de ressources limitées. L'étude des Bois-Francis<sup>5-6</sup> avait de son côté observé une différence significative entre la zone expérimentale et de comparaison pour les services de CLSC, la première connaissant une baisse du taux d'intervention durant les 3 années sur 5 où les données sont disponibles. Cette diminution en zone expérimentale est particulièrement présente dans le programme « Aide à domicile » du CLSC. L'étude SIPA<sup>7-8</sup> a plutôt observé que le groupe expérimental a reçu 62 % plus d'heures de services à domicile pour les soins de santé que le groupe témoin ( $p < 0,05$ ). Le projet SIPA comportait une augmentation des services à domicile par l'octroi d'une enveloppe budgétaire spécifique.

Quand on examine l'utilisation de services d'aide à domicile pour les AVQ et les AVD, de source publique et privée, on observe une augmentation significative dans les deux zones expérimentale et de comparaison. La comparaison des deux zones ne révèle pas de différence significative. L'étude italienne ayant présenté des résultats pour l'utilisation de certains services à domicile n'a pas détecté de différence significative<sup>12</sup>, alors que les différents sites de PACE présentent une très grande hétérogénéité dans leurs résultats. Par exemple, la pro-

portion d'utilisateurs d'aide pour les activités de la vie quotidienne varie de 16 à 94 % selon les sites expérimentaux<sup>11</sup>. On rapporte toutefois une augmentation de l'utilisation des services à domicile dans l'ensemble des sites expérimentaux.

Nous n'avons pas observé de différence significative dans l'évolution du recours aux services bénévoles, entre les zones expérimentale et de comparaison. Il s'agit à notre connaissance de la première étude qui vérifie les impacts des RISPA sur plusieurs de ces services. Une seule autre étude d'intégration menée en Italie a présenté des résultats sur l'utilisation de la popote roulante, et n'a pas observé de différence significative. La popote roulante constituait le service bénévole le plus fréquemment utilisé dans notre étude. L'utilisation des services bénévoles semble conditionnée par la disponibilité dans le territoire ; l'évolution de son utilisation ne semble pas influencée par le RISPA.

Nous avons observé quelques diminutions en zone expérimentale pour les rencontres d'intervenants professionnels, médecins omnipraticiens, spécialistes et infirmières. Nous avons observé une différence significative d'évolution entre les zones expérimentale et de comparaison pour les infirmières et les autres professionnels (physiothérapeute, ergothérapeute, travailleur social, etc.), la zone de comparaison présentant des augmentations d'utilisation. Certains gestionnaires de cas et administrateurs de l'Estrie ont évoqué la possibilité que les gestionnaires de cas aient pu faire « économiser » des rencontres professionnelles. Cette explication est plausible ; toutefois on aurait alors pu s'attendre à observer une augmentation des rencontres d'autres intervenants dans lesquelles sont justement comptabilisées les rencontres avec les gestionnaires de cas eux-mêmes. Ce n'est pas le cas ; on observe au contraire une stabilité des rencontres d'autres intervenants en zone expérimentale, une augmentation en zone de comparaison, et une différence significative dans la comparaison des deux zones. De par leurs contacts téléphoniques réguliers avec leur clientèle, les gestionnaires de cas se trouvent-ils à « économiser » des rencontres d'intervenants professionnels de tout genre ? Nos données ne permettent pas de vérifier cette explication et de la confirmer avec certitude, mais il est possible qu'elle reflète la situation. Une étude italienne a présenté une réduction significative des visites aux médecins omnipraticiens<sup>12</sup>, alors que l'inverse a été observé dans l'étude SIPA<sup>7-8</sup>. Davantage de consultations de professionnels de la santé ont été mesurées dans les groupes expérimentaux de l'étude des Bois-Francis<sup>5-6</sup> et de PACE<sup>9-11</sup>.

Mises à part les visites à l'urgence et les hospitalisations, il est intéressant d'observer que des augmentations et des diminutions d'utilisation de certains services sont interprétées comme des changements positifs selon les études d'intégration. Ces lectures différentes des changements d'utilisation, sont probablement le reflet d'un changement observé par rapport à une situation de départ qui posait problème. On verra comme un effet positif une diminution du recours à des services médicaux si ceux-ci étaient submergés. L'intégration semble permettre de redistribuer les cartes, en un sens.

En résumé, l'on retient de notre étude que l'intégration a entraîné une meilleure utilisation des urgences, une stabilisation des hospitalisations en zone expérimentale, quelques diminutions pour les rencontres avec des intervenants professionnels, pas de différence pour les services de soutien à domicile du CLSC, l'aide pour les AVQ et les AVD, ni l'utilisation des services bénévoles.

### **Impact économique**

Puisque les coûts totaux de la zone expérimentale ne sont ni statistiquement ni économiquement différents de ceux de la zone de comparaison, nous pouvons conclure dans un premier temps que l'intégration des services n'engendre pas de coût différentiel lorsqu'elle est examinée dans une perspective populationnelle. Même si l'une des cinq « lois de l'intégration » de Leutz<sup>14</sup> stipule que l'intégration coûte avant de rapporter, il semble que, dans l'expérience de l'Estrie, les coûts aient été compensés relativement rapidement par des économies découlant sans doute d'une offre de services mieux adaptée.

Le RISPA ne semble pas entraîner de transfert des coûts publics vers les dépenses privées encourues par les personnes âgées. Au contraire, on observe une légère diminution, statistiquement significative, des coûts privés assumés par les personnes âgées dans la zone expérimentale.

Lorsque nous comparons les résultats de PRISMA-Estrie avec ceux des études québécoises des Bois-Francs<sup>5-6</sup> et de SIPA<sup>7-8</sup>, il faut d'abord considérer que les approches et les dépenses considérées varient. Les principales nuances sont que, dans ces deux études, on a utilisé les coûts des services identifiés à partir des dossiers des participants et les coûts des services autres que publics n'ont pu être considérés. Par contre, ce sont les coûts publics réels pour chacun des participants, incluant l'effet de l'inflation sur les coûts. Pour l'étude PRISMA-Estrie nous avons utilisé des coûts normalisés, constants de 2002. Tant pour SIPA que pour Bois-Francs, les coûts d'hébergement sont considérés spécifiquement pour les personnes institutionnalisées en CHSLD. Dans PRISMA-Estrie, nous avons considéré les coûts d'hébergement peu importe le milieu de vie, ce qui nous semble une meilleure base de comparaison.

Néanmoins, on peut retenir que ni l'étude Bois-Francs ni l'étude SIPA n'ont démontré d'augmentation significative des coûts totaux pour le groupe expérimental. La composition des coûts a été affectée par des modifications dans les types de services utilisés dans le groupe expérimental, mais sans entraîner d'effet (ni négatif, ni positif) sur le coût total.

Avec des méthodologies très différentes également, les deux études menées en Italie ont démontré des réductions de coûts. Il n'y est pas indiqué si ces diminutions sont significatives ; toutefois, en pourcentage, elles atteignent 23 %<sup>12</sup> et 27 %<sup>13</sup> en une année. Il ne s'agit que de coûts hospitaliers dans le deuxième cas, alors que dans le premier, Bernabei et collaborateurs<sup>12</sup> ont mesuré une diversité de coûts en institution et à domicile également, dans un essai clinique randomisé comprenant 200 participants. Les études PACE ont

présenté des résultats contradictoires, parfois positifs, parfois non significatifs<sup>9-11</sup>. Une réduction des coûts est a priori un résultat intéressant ; il faut toutefois mettre en relation les résultats sur les coûts avec ceux des impacts sur les personnes pour juger de l'efficacité. C'est ce que nous présentons à la section suivante.

## Premiers constats sur l'efficacité du RISPA

Un angle intéressant pour examiner les résultats présentés dans ce chapitre et ceux du chapitre des impacts sur les personnes âgées et leurs aidants (n° 12) consiste à les situer dans un tableau d'efficacité<sup>15</sup>. Un tel tableau met en relation les coûts et les effets. Les deux peuvent être égaux, supérieurs ou inférieurs (tableau 13.1). Nous pouvons conclure à l'efficacité dans les situations où les effets produits dans la zone expérimentale sont supérieurs à ceux produits dans la zone de comparaison et que les coûts de la zone expérimentale sont égaux ou inférieurs. On pourrait aussi parler d'efficacité si les effets produits étaient équivalents et les coûts inférieurs (zone ombragée).

Tableau 13.1  
Tableau d'efficacité : zone expérimentale comparée à la zone témoin

		EFFET		
		Inférieur	Égal	Supérieur
COÛT	Supérieur	moins efficace	moins efficace	à évaluer
	Égal	moins efficace	efficacité égale	plus efficace
	Inférieur	non efficace	plus efficace	plus efficace

L'étude d'impact économique fait ressortir des coûts équivalents pour les deux zones. Nous avons positionné chacune des variables mesurées dans l'étude (voir aussi les chapitres 11 et 12), selon les effets observés, soit inférieurs, égaux ou supérieurs (tableau 13.2).

Tableau 13.2  
Résultats d'efficacité : zone expérimentale comparée à la zone témoin

		EFFET		
		Inférieur	Égal	Supérieur
COÛT =	Moins efficace	Efficacité égale	Plus efficace	
	Fardeau ?	Mortalité Autonomie Désir d'institutionnaliser	Déclin Handicaps Satisfaction Autonomisation	

À première vue, on constate que la balance penche du côté de l'efficience, car la plupart des effets sont égaux ou supérieurs dans la zone expérimentale. Ceci fournit un indice pour appuyer l'efficience des RISPA. Des travaux ultérieurs viendront étoffer ces analyses sommaires sur l'efficience.

## **Conclusion sur la performance globale des RISPA**

L'intégration vise à mieux coordonner les services au bénéfice d'une population. En intégrant les services destinés aux personnes âgées dans l'étude PRISMA-Estrie, nous avons pu observer des transformations dans l'évolution de plusieurs variables pendant quatre années. L'étude confirme que l'utilisation des services est rendue malléable par l'intégration des services. Cette dernière peut produire des réaménagements dans l'utilisation, dont certains sont largement souhaités par le réseau, tels qu'une utilisation plus appropriée de l'urgence. L'intégration confirme sa capacité de changer le cours des choses. Il est maintenant démontré clairement qu'il est faux de penser qu'on ne peut pas faire mieux, avec la même quantité de ressources.

Puisque l'efficience est globalement démontrée, la généralisation est recommandée. L'intégration des services produit dans l'ensemble des effets bénéfiques sur les personnes âgées, sur l'utilisation des services de santé et sans entraîner de différence sur les coûts. Les résultats observés chez les aidants requièrent des analyses plus approfondies pour juger de leur teneur.

Il faut garder à l'esprit que les effets globalement positifs et l'efficience ont été observés même si l'intégration n'était pas nulle dans la zone de comparaison. En effet, même si la plupart des mécanismes et outils d'intégration n'y ont pas été implantés, l'adoption d'outils communs a été faite dans une certaine mesure. Par exemple, l'outil d'évaluation multiclientèle est devenu en 2002 l'outil commun du ministère de la Santé et des Services sociaux. Il a été implanté dans les années suivantes partout au Québec, incluant la région Chaudière-Appalaches. C'est donc un certain degré de contamination de la zone de comparaison. De plus, l'intégration n'a pas atteint 100 % dans la zone expérimentale, mais plutôt 78 % après la troisième année d'étude. Seulement 134/751 sujets expérimentaux (17,8 %) ont eu accès à la gestion de cas au moins une journée pendant la durée de leur participation à l'étude.

L'étude faite dans les Bois-Francs<sup>5-6</sup> ainsi que le projet SIPA<sup>7-8</sup> ont eux aussi démontré des effets globalement positifs. Quand on considère que ces trois projets ont été menés au Québec, avec des approches différentes mais complémentaires, on peut définitivement conclure que l'intégration des services apporte des bénéfices au réseau socio-sanitaire. Le projet SIPA était un essai clinique randomisé parmi la clientèle de deux CLSC ; le projet Bois-Francs était une étude quasi-expérimentale auprès d'usagers actifs du réseau ; enfin PRISMA-Estrie était une étude quasi-expérimentale avec une approche populationnelle (usagers et non-usagers actifs du réseau). Trois études d'envergure qui font toutes peser la balance en faveur de l'intégration des services.



Le Québec est devenu au fil des ans, l'un des pôles des expériences d'intégration dans le monde. Il suffit d'assister à des symposiums ou congrès internationaux sur l'intégration pour constater la place qu'y occupe le Québec. De plus, les chercheurs des autres pays où des études sur l'intégration ont eu lieu, portent, de manière générale, un regard presque admiratif sur les expériences québécoises. Selon eux, notre système de santé était déjà relativement intégré avant même les expériences Bois-Francs, SIPA et PRISMA-Estrie. Le simple fait que les services de santé et les services sociaux soient regroupés dans un même ministère, dans un réseau financé par le public, et qu'il y ait une tradition de travail interdisciplinaire sont des démonstrations d'intégration. Que les québécois tentent de passer du niveau « liaison » au niveau « coordination » ou « intégration complète » selon la classification de Leutz<sup>14</sup>, et que nous en mesurons les effets suscite même un certain étonnement. Les systèmes de santé très fractionnés, relevant du privé et du public, sont plutôt la norme dans la plupart des pays occidentaux. Nous l'oublions souvent au Québec même, mais les observateurs d'ailleurs nous le font remarquer à chaque rencontre. Le réseau québécois a aussi des problèmes à résoudre bien évidemment, mais nous pouvons tabler sur certains acquis précieux.

Les décideurs du réseau québécois de la santé ont donc intérêt à implanter de tels RISPA afin de profiter de leurs bénéfices. Les RISPA ne règlent pas tout, mais on sait maintenant que *ne pas* intégrer les services comportera désormais des effets négatifs. Même si les investissements ont été modestes dans le soutien à domicile au cours des dernières années (modeste est même un mot généreux pour décrire la situation de la zone expérimentale de l'Estrie), l'intégration a démontré des effets positifs. La rareté des ressources n'est donc pas un alibi pour esquiver l'intégration. Mieux, l'intégration permet de s'assurer que les services disponibles sont utilisés de manière optimale.

Après la création des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) au Québec qui ont contribué à enlever des barrières administratives à l'intégration, il est maintenant temps de procéder à l'intégration clinique. Le réseau de la santé et des services sociaux a désormais une carte gagnante en main, porteuse d'efficience, pour amorcer la transition démographique qui commence.

## Références

1. Drummond, M.F., O'Brien, B.J., Stoddart, G.L. et Torrance G.W. *Méthodes d'évaluation économique des programmes de santé*, Paris, Économica, 1998.
2. Tousignant, M., Hébert, R., Dubuc, N., Coulombe, C., Benoît, D. et Allard, G. Programme de soutien à domicile : mesure de l'adéquation de l'offre de service et des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie, dans Hébert, R., Tourigny, A. et Gagnon, M., ed., *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*, St-Hyacinthe, Edisem, 153-75, 2004.

3. Hébert, R., Robichaud, L., Roy, P.M., Bravo, G. et Voyer, L. Efficacy of a nurse-led multidimensional preventive programme for older people at risk of functional decline. A randomized controlled trial. *Age and Ageing*, 30:147-53, 2001.
4. Dubois, M.-F., Raïche, M., Hébert, R. et Gueye, N.-R. Assisted self-report of health-services use showed excellent reliability in a longitudinal study of older adults. *Journal of Clinical Epidemiology* (Sous presse).
5. Tourigny, A., Durand, P., Bonin, L., Hébert, R. et Rochette, L. Quasi-experimental Study of the Effectiveness of an Integrated Service Delivery Network for the Frail Elderly. *Canadian Journal on Aging*, 23(3):231-46, 2004.
6. Durand, P.J., Lemay, A., Tourigny, A., Bonin, L. et 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 de services dans les Bois-Francs avec une coordination des services de gestion de cas (case-management) : Rapport QC123. Fonds pour l'adaptation des services de santé, 2001.
7. Béland, F., Bergman, H., Lebel, P., Clarfield, A.M., Tousignant, P., Contandriopoulos, A.P. et Dallaire, L. A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: results from a randomized controlled trial. *Journal of Gerontology: Series A - Biological Sciences and Medical Sciences*, 61(4):367-73, 2006.
8. Béland, F., Bergman, H., Dallaire, L., Fletcher, J., Lebel, P., Monette, J., Denis, J.-L., Contandriopoulos, A.-P., Cimon, A., Bureau, C., Bouvier, L. et Dubois, D. Évaluation du Système intégré pour personnes âgées fragiles (SIPA): Utilisation et coûts des services sociaux et de santé. Ottawa, Canada: Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2004.
9. Kodner, D.L. et Kyriacou, C.K. Fully integrated care for frail elderly: Two American models. *International Journal of Integrated Care*, ([www.ijic.org](http://www.ijic.org)) 1(1<sup>er</sup> novembre):1-24, 2000.
10. Johri, M., Beland, F. et Bergman, H. International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence. *Int J Geriatr Psychiatry*, 18:222-235, 2003.
11. Branch, L.G., Coulam, R.F. et Zimmerman, Y.A. The PACE evaluation: Initial findings. *Gerontologist*, 35(3):349-59, 1995.
12. 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*, 316(7141):1348-51, 1998.

13. Landi, F., Onder, G., Russo, A., Tabaccanti, S., Rollo, R., Federici, S., Tua, E., Cesari, M. et Bernabei, R. A new model of integrated home care for the elderly : impact on hospital use. *J Clin Epidemiol*, 54(9) :968-70, 2001.
14. Leutz, W.N. Five laws for integrating medical and social services : Lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Quarterly*, 77(1) :77-110, 1999.
15. Durand, S., Blanchette, D. et Hébert, R. L'intégration des services pour les personnes âgées et l'efficacité. 3<sup>e</sup> Journée de recherche du Réseau québécois de recherche sur le vieillissement. Québec, 2004.

### **Remerciements**

Nous tenons à remercier chaleureusement tous les participants à l'étude. Un grand merci également à toutes les personnes qui ont travaillé sur le projet au fil des années.

### **Financement**

Ce projet a été financé par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, et l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie.

# Chapitre 14

## Évaluation d'un système d'information dans un réseau de services intégrés pour personnes âgées vulnérables : utilisation et perception de son efficacité et de son impact

---

Diane Morin, André Tourigny, Line Robichaud,  
Daniel Pelletier, Lucie Bonin, Aline Vézina,  
Luc Mathieu, Martin Buteau

---

### **Mots clés**

Dossier médical électronique, système d'information, qualité des services, interdisciplinarité, réseau de services intégrés

### **Résumé**

Le Système d'Information Géro-nto-Gériatrique (SIGG) est un dossier clinique informatisé interdisciplinaire et interétablissement, utilisé dans la région des Bois-Francs pour soutenir les échanges d'information du réseau de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Cet article décrit son utilisation, l'utilité et les effets perçus. Les données ont été recueillies par questionnaires (n = 85), entrevues de groupe (3 gr., n = 21) de même que par extraction des données à partir du SIGG (n = 5128). Les résultats démontrent que le SIGG est bien accepté par les usagers. Son utilisation se différencie entre utilisateurs de la première et deuxième ligne de soins. Le SIGG se révèle particulièrement utile pour les clientèles en perte d'autonomie faisant appel à plusieurs services et établissements. Selon les utilisateurs, le SIGG est un moyen efficace de favoriser la standardisation, la coordination, la continuité des soins et une meilleure qualité d'information.

## Remerciements

Cette étude a été réalisée avec le soutien financier des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), du Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) et au Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS/NHRDP).

### Points saillants

- Le système d'information géronto-gériatrique (SIGG) est en soi novateur parce qu'il vise à soutenir un suivi de longue durée par des intervenants de plusieurs disciplines appartenant à plusieurs services.
- L'implantation du SIGG s'est faite dans un contexte où les intervenants avaient à la fois à maîtriser le fonctionnement en réseau intégré et tous les apprentissages inhérents à un nouveau dossier clinique informatisé.
- De nombreuses embûches techniques ont été rencontrées tout au long de la période étudiée.
- Malgré ces problèmes techniques, les utilisateurs perçoivent de nombreux avantages au SIGG, surtout en première ligne.
- Les données d'utilisation du SIGG témoignent d'échanges d'information entre intervenants de plusieurs disciplines et de plusieurs services.
- Le SIGG s'avère efficace pour soutenir le travail interdisciplinaire en réseau de services intégrés.

## Introduction

Le SIGG est un acronyme pour *Système d'Information Géronto-Gériatrique*, un système d'information géronto-gériatrique. Il s'agit d'un système d'information interdisciplinaire et interétablissement qui contient un dossier clinique informatisé. Le système a été instauré en 1998 pour soutenir le partage d'information dans le cadre d'un réseau de services intégrés pour plus de 11000 personnes âgées vivant dans la région des Bois-Francs (Québec, Canada)<sup>1,2</sup>. Il s'agit d'un système d'informations cliniques informatisé partagé par des professionnels de la santé, des intervenants et des gestionnaires (infirmières, travailleuses sociales, médecins, pharmaciens, kinésiothérapeutes, ergothérapeutes et physiothérapeutes, nutritionnistes, groupes communautaires offrant des services aux personnes âgées) de divers établissements engagés dans un réseau de soins intégrés (centres hospitaliers, CLSC, centres de jour, unités de réadaptation fonctionnelle, services ambulatoires gériatriques, centres de soins prolongés, cabinets médicaux). Le SIGG a été élaboré dans un effort de collaboration entre les disciplines et les établissements et est actuellement utilisé par 250 intervenants. Entre 1998 et 2003, un total de 5128 dossiers électroniques de personnes âgées vulnérables a été inclus au SIGG. En plus de l'identification, des coordonnées et des données sociodémographiques, le SIGG contient sept autres

formulaire: 1) l'outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC), 2) le profil de l'autonomie fonctionnelle<sup>3,4</sup> (SMAF), 3) un formulaire de demande de service, 4) un plan d'intervention, 5) un plan de services individualisé, 6) un profil médicalement et 7) les notes évolutives. Il s'agit d'un accès en temps réel à tous les formulaires et dans tous les établissements concernés.

L'étude visait principalement à répondre aux préoccupations des utilisateurs et des gestionnaires qui désiraient savoir comment les professionnels utilisaient le SIGG et si son utilisation avait produit de meilleurs résultats pour les patients et la dispensation de meilleurs soins. L'objectif principal était d'évaluer si le SIGG est un outil efficace pour l'amélioration des services de santé dispensés et le soutien à l'interdisciplinarité. Les objectifs spécifiques étaient : 1) décrire l'utilisation du SIGG, 2) examiner les avantages ou inconvénients perçus liés à son utilisation et 3) décrire les effets perçus sur divers aspects de la dispensation des soins aux personnes âgées vulnérables et sur l'interdisciplinarité. L'étude fait partie d'un plus vaste programme<sup>5</sup> de recherche sur les réseaux intégrés de services qui s'est récemment penché sur le point de vue des personnes âgées concernant le SIGG.

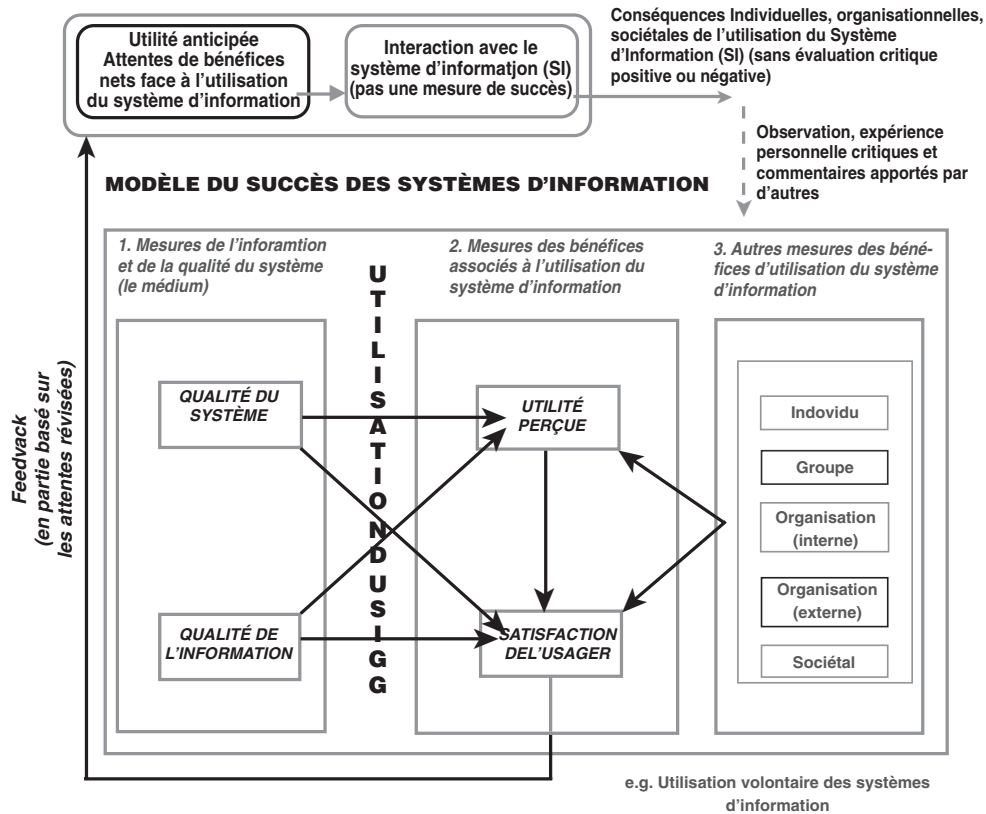
### **Modèle théorique**

Le modèle théorique utilisé s'est inspiré de celui de DeLone et McLean<sup>6,7</sup> et prend en compte les apports de Seddon et Kurian<sup>8,9</sup>. Il comprend les dimensions suivantes : (A) les interactions avec le système informatique (point de vue du client et des utilisateurs) (B) l'utilisation du système, (C) la qualité du système, (D) la qualité de l'information, (E) la perception de l'utilité, autant dans les résultats que dans (F) la satisfaction de l'utilisateur et (G) les bénéfices perçus. Le point de vue des personnes âgées est couvert dans le chapitre 15 et a fait l'objet d'une publication<sup>11</sup>. Les bénéfices ont été interprétés en tenant compte de la cohésion de la planification des soins de santé<sup>12</sup>, de leur globalité et de leur continuité<sup>13</sup>, de leur coordination<sup>14,15</sup>, autant que de leur efficacité, du travail en équipe interdisciplinaire, de la productivité, de la qualité des décisions cliniques et de la qualité des liens entre les intervenants.

Basées sur ce modèle (figure 14.1), plusieurs conditions ont été posées pour déterminer si l'utilisation du SIGG pouvait mener à de meilleurs soins et à de meilleures pratiques professionnelles interdisciplinaires. Premièrement, le SIGG devait être utilisé principalement pour une clientèle âgée vulnérable. Deuxièmement, le matériel informatique et les logiciels devaient être adaptés et suffisamment souples pour éviter de perturber la dispensation des soins de santé. Troisièmement, les utilisateurs devaient percevoir un impact positif sur la continuité des soins, leur globalité, la coordination et la standardisation. Quatrièmement, les utilisateurs devaient percevoir que l'utilisation du système améliorait la qualité de l'information et offrait une aide dans la prise de décision clinique. Finalement, les utilisateurs devaient percevoir que l'utilisation du système pouvait améliorer l'ensemble de la productivité et de l'efficacité.

Figure 14.1

## Modèle adapté de DeLone &amp; McLean, Seddon et Kurian



## Méthodologie

### Population et échantillon

La population visée à l'origine était composée de tous les utilisateurs du SIGG. Au moment de l'étude, il y avait 187 utilisateurs enregistrés dans la base de données sécurisée du SIGG. Ils étaient tous considérés éligibles pour la partie quantitative de l'étude qui a été réalisée sous forme d'enquête. Pour ceux qui étaient invités à participer aux groupes de discussion, trois échantillons ont été établis en utilisant l'échantillonnage raisonné. Ce type d'échantillon fournit un éventail d'informations basées sur les caractéristiques spécifiques liées aux données théoriques. Chacun des trois groupes était composé de six à huit participants ( $n = 21$ ) venant de milieux différents (médecine, soins infirmiers, réadaptation, nutrition, gestion de soins, etc.), d'établissements différents offrant plusieurs niveaux de soins (cliniques médicales, soins à domicile, centres de jour, résidences privées et centres hospitaliers).

## Collecte des données et analyses

L'étude s'est déroulée de 2000 à 2003. De nombreux outils ont été utilisés pour la collecte des données. Premièrement, un inventaire des ordinateurs et des postes de travail utilisés pour l'accès au SIGG a été fait. Au moment de cet inventaire, les personnes étaient interrogées sur l'utilisation du SIGG. Elles étaient aussi observées pendant qu'elles l'utilisaient et on leur demandait quels étaient les facteurs facilitants, les contraintes et les difficultés liées à l'environnement de leur poste de travail. Deuxièmement, on a sélectionné les dossiers du registre du SIGG récemment inscrits ou accessibles depuis 1998. Les données fournissent de l'information sur la profession des utilisateurs et leur niveau particulier de soins, l'établissement et le service, en vue de comparer les modèles d'utilisation de soins. Troisièmement un questionnaire autoadministré d'une durée de 60 minutes a été utilisé et portait sur les six dimensions établies<sup>1</sup>. Ces dimensions comprenaient 1) la perception de l'utilisateur de son environnement de travail informatique, 2) l'utilisation du SIGG, 3) la qualité du système, 4) la qualité de l'information, 5) la perception de l'utilité et des bénéfices perçus et 6) la satisfaction globale. Les réponses étaient codées selon une échelle de Likert de cinq degrés, s'étendant de « totalement en accord » (5 points) à « totalement en désaccord » (1 point) ou selon une échelle dichotomique « Oui/Non ». Le questionnaire a été pré-testé et envoyé par la suite aux 187 utilisateurs éligibles du SIGG. Quatrièmement, les guides d'entrevues étaient formulés pour réaliser des entrevues de groupe visant à permettre aux participants de partager leurs avis sur l'utilisation du SIGG au travail, d'en exposer les avantages, les inconvénients et les contraintes, de discuter sur les changements qu'il pourrait apporter dans leurs relations avec les patients ou leur famille, avec les collègues de travail ou leurs observations de l'impact sur leur charge de travail. On a aussi demandé aux participants de quelle manière ils envisageaient l'utilisation future du SIGG.

Les données du questionnaire ont été analysées quantitativement pour les fréquences, les pourcentages et les comparaisons de base (t-test, test du chi carré). Le matériel qualitatif recueilli durant les visites des milieux et les entrevues de groupe a aussi été analysé. Le verbatim a d'abord été retranscrit et lu ; il a ensuite été codifié selon les dimensions du modèle de DeLone & McLean<sup>6,7</sup> ou selon les catégories significatives d'information. Le logiciel NVivo (version 1.3) a facilité cette codification qui a été faite de façon indépendante par deux membres de l'équipe de recherche jusqu'à l'atteinte d'un consensus sur les éléments d'indexation. Dans ce type d'évaluation, le regroupement des données est principalement guidé par la nécessité de suivre les objectifs initiaux. Le matériel codifié a été analysé sur la base des relations avec les dimensions centrales du modèle autant que sur la base de domaines d'information nouveaux ou en émergence.



## Résultats

### Profil des utilisateurs

Seulement 85 des 187 personnes ont retourné le questionnaire complété. Le taux de participation était donc faible (45,5 %). Plusieurs facteurs organisationnels prévalaient au moment de cette étude et les difficultés techniques liées au SIGG semblent avoir influencé le taux de participation. On nous a informés que la non-participation pouvait être un indicateur d'insatisfaction face à l'insuffisance de mesures correctives pour pallier ces problèmes techniques. Les principales caractéristiques des utilisateurs du SIGG sont les suivantes : 16 % sont des hommes, l'âge moyen est de 42,8 ans, 69 % travaillent dans des soins de première ligne, 31 % dans des soins de deuxième ligne. La plupart des répondants occupent un emploi à temps plein (58 % à plein temps, 22 % à temps partiel, 20 % ont un autre statut d'emploi). Presque 40 % des répondants se définissent eux-mêmes comme des novices dans l'utilisation d'un ordinateur et 56 % comme étant à un niveau intermédiaire ou avancé. Parmi les 21 personnes qui ont participé aux entrevues de groupe, 14 % étaient des gestionnaires et 86 % des professionnels de différentes disciplines : médecine, soins infirmiers, service social et gestion de cas.

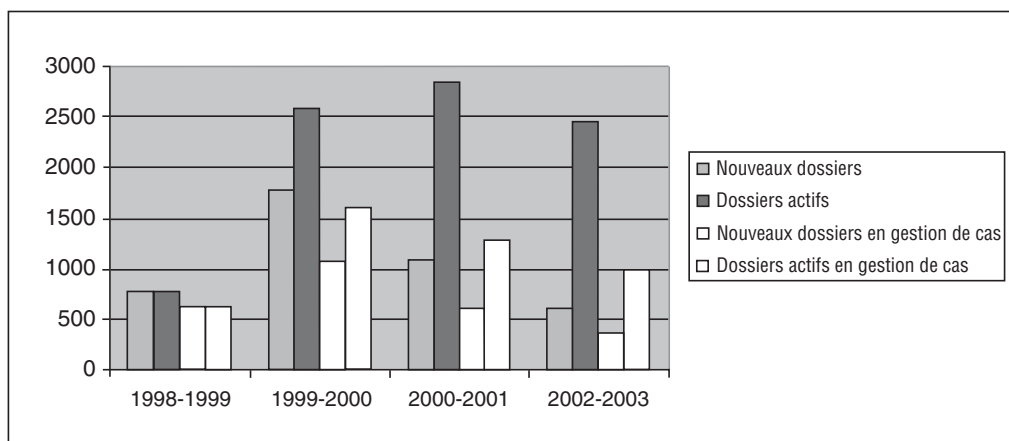
### Utilisation du système (B)

Plusieurs des résultats suivants sont basés sur les données extraites des bases de données du SIGG. Les données reflètent l'évolution du SIGG qui a d'abord été proposé comme un ensemble de formulaires cliniques mais qui a subi des révisions majeures et des mises à jour avant et durant la période de l'étude. L'utilisation du système comprend deux éléments majeurs : le nombre de dossiers créés dans le système et le nombre d'entrées enregistrées ou accessibles annuellement.

### Nombre de personnes âgées ayant un dossier SIGG

Dans la figure 14.2, une augmentation générale est observée pour les nouveaux dossiers créés ou pour les dossiers actifs entre janvier 1998 et décembre 2002. En fait, en décembre 2002, il y avait 2854 dossiers actifs en comparaison avec 775 en 1998. En 2000-2001, parmi les personnes âgées de 65 ans et plus vivant dans la région des Bois-Francs, 26 % avaient un dossier SIGG. Parmi les personnes âgées entre 65 et 74 ans, on en comptait seulement 14 %. Cette proportion s'élève à 34 % pour celles qui ont entre 75 et 84 ans, et à 64 % pour celles qui sont âgées de 85 ans et plus. Durant cette période, le pourcentage des personnes âgées avec un dossier actif, particulièrement pour la gestion de cas, a aussi augmenté avec l'âge, variant de 6 % pour les 65-74 ans, à 15 % pour les 75-84 ans, et à 31 % pour les 85 ans et plus. Globalement, 11 % des personnes âgées de 65 ans et plus avaient un dossier actif SIGG en gestion de cas durant cette période.

Figure 14.2  
**Nombre de dossiers actifs du SIGG de 1998 à 2003**

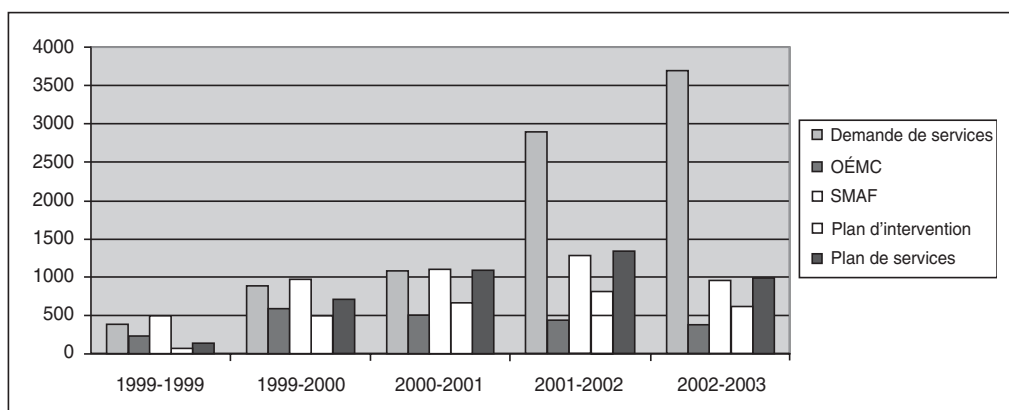


### Utilisation de formulaires

Tel qu'indiqué précédemment, on compte sept formulaires dans le SIGG. La figure 14.3 illustre qu'il y a une augmentation dans le temps de l'utilisation de cinq formulaires les plus fréquemment utilisés.

Une analyse plus approfondie montre qu'en 2002-2003, pour le formulaire « Outil d'évaluation multiclientèle » (OÉMC), le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus ayant un dossier actif et pour lesquelles au moins une évaluation complète a été faite n'a pas augmenté et est resté relativement faible à 12 %. Pour les dossiers actifs en gestion de cas, la proportion a augmenté à 24 %. De 1998 à 2002, le nombre total de formulaires SMAF complétés s'est aussi accru. Environ 20 % des dossiers extraits avaient au moins une mise à jour partielle ou complète du SMAF. Les formulaires SMAF sont présents dans 50 % des dossiers de gestion de cas mais seulement 35 % d'entre eux sont

Figure 14.3  
**Nombre de formulaires utilisés dans le SIGG de 1998 à 2003**



entièrement complétés. La proportion des dossiers SIGG actifs avec au moins un plan d'intervention dans une année donnée a augmenté mais reste cependant assez faible à 16 %. Néanmoins, l'utilisation d'un plan de services individualisé a augmenté régulièrement avec le temps, atteignant 1325 en 2001-2002. Parce que le plan de services individualisé est principalement utilisé en gestion de cas, l'analyse durant la période étudiée, montre que la proportion des dossiers de gestion de cas avec au moins un formulaire complété, est passée de 18 à 46 %.

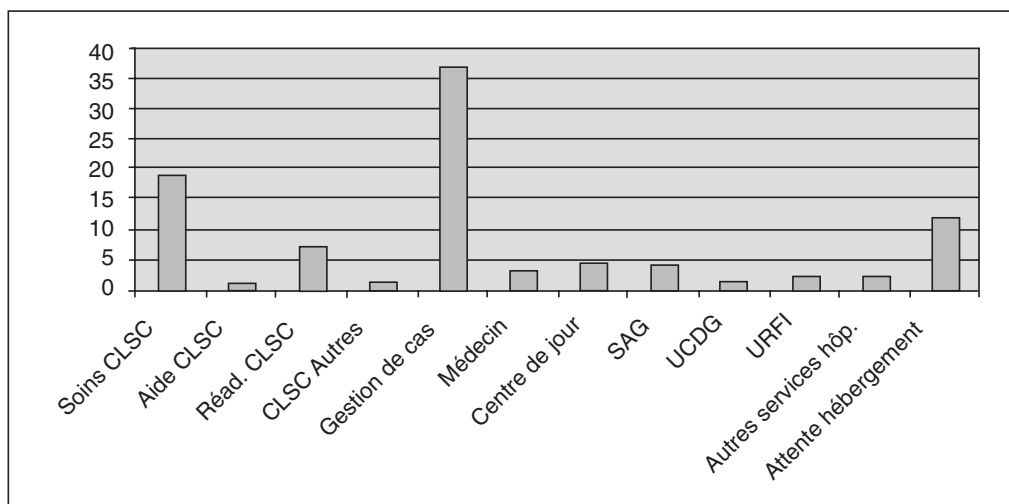
### Entrée et utilisation de données de SIGG

Nous avons observé que les moyennes de lecture et d'écriture dans les divers formulaires du SIGG, augmentaient avec l'âge du client. On comptait en moyenne 39 lectures en 2001-2002 pour les patients âgés de 65 à 74 ans, et 43 pour ceux âgés de 75 ans et plus. En moyenne, 16 entrées ont été faites dans les dossiers actifs pour la période 2001-2002 pour les patients de 65 à 74 ans, et 18 pour ceux de 75 ans et plus. La moyenne des entrées et des consultations a également augmenté quand le dossier du SIGG comprenait le SMAF. Les moyennes augmentaient aussi avec des scores SMAF plus élevés, montrant que l'utilisation du SIGG s'accroît lorsque les personnes âgées ont un faible niveau d'autonomie.

La fréquence de l'accès est certainement un bon indicateur de la façon dont les informations sont partagées entre les utilisateurs de diverses disciplines professionnelles, de différents niveaux de soins et de milieux. Par exemple, nous

Figure 14.4

#### Proportion des lectures faites par les différents services dans un délai de 30 jours après l'écriture des notes évolutives par les gestionnaires de cas



Réad : Réadaptation

SAG : Services ambulatoires gériatriques

UCDG : Unité de courte durée gériatrique

URFI : Unité de réadaptation fonctionnelle intensive

avons examiné le cas des entrées dans les notes évolutives faites par les gestionnaires de cas et qui ont été lues par des professionnels de la santé de première et de deuxième ligne pendant une période de 30 jours. Ainsi pour 765 entrées enregistrées sur une période de 30 jours, 37,5 % étaient lues par les autres gestionnaires de cas, 19,3 % par le personnel des résidences, 7,5 % par le personnel de l'unité de réadaptation, 4,6 % par le personnel des services ambulatoires gériatriques et 2,7 % par le personnel de l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (figure 14.4). Ceci illustre que le personnel de première ligne est plus proactif dans l'utilisation du dossier électronique que celui de deuxième ligne. Nous explorerons cette différence dans une autre section.

### **Qualité du système (C)**

Les ordinateurs de bureau constituent 64,6 % des 110 ordinateurs du réseau et les ordinateurs portables le reste, soit 35,4 %. La gamme des processeurs de ces ordinateurs reflète bien ce qui était disponible sur le marché durant les années pendant lesquelles l'étude a été faite. L'architecture du réseau est basée sur Lotus Notes (version 5) et inclut des serveurs dans cinq établissements. Ceci permet une réplication des dossiers à toutes les quinze minutes. Quelques ordinateurs sont nettement démodés. Les utilisateurs se sont souvent plaints à propos des piètres performances du système mais il s'agissait plus souvent de problèmes venant du réseau. Une mise à niveau des serveurs a permis de résoudre le problème et, tel que mentionné précédemment, le SIGG a subi deux mises à niveau majeures. Néanmoins, les problèmes techniques et les mises hors service ont influencé la perception de la qualité de la part des utilisateurs.

Selon les données du questionnaire, même si seulement 59 % des répondants considèrent que la technologie est généralement fiable, 80 % sont satisfaits de la disponibilité du matériel informatique disponible à leur poste de travail. Les postes de travail sont généralement considérés comme acceptables mais susceptibles d'être améliorés. Au moment de l'observation, les postes de travail étaient souvent encombrés avec des fils, la souris, le clavier et les autres périphériques, laissant ainsi peu d'espace de travail. Le mobilier de bureau n'était pas toujours ajusté pour le confort maximum de l'utilisateur. Considérant le déroulement des opérations, 38 % des répondants disent qu'ils doivent parfois prévoir des solutions de rechange pour composer avec les pannes d'ordinateur ou de réseau. Plusieurs utilisateurs se servent de leur propre ordinateur, mais quelques-uns emploient les ordinateurs de bureau disponibles. L'emploi du temps est souvent la cause d'une surcharge à la fin des quarts de travail, mais durant les entrevues de groupe, on a dit finalement, que chacun pouvait trouver des solutions appropriées.

Les doléances des utilisateurs font aussi état que l'informatisation ne couvre ou n'intègre pas tous les éléments de leur travail, principalement parce que la loi exige que les documents, les photocopies et les transcriptions soient signés avant d'être archivés. Ceci reste donc une tâche quotidienne qu'il faut

exécuter. L'informatisation exige que l'information soit traitée rapidement, sur une base constante afin d'être tenue à jour dans le continuum de soins. On s'attend à ce que l'entrée des données soit un outil efficace et rapide, mais cela pose plus de problèmes quand le système ralentit ou est défaillant. Les utilisateurs ont déclaré qu'ils dépendent de plus en plus des ordinateurs sur une base quotidienne. Les pannes et les problèmes du système produisent de la frustration. Le soutien technique pour la résolution des problèmes est considéré comme acceptable. Alors que 25 % des répondants disent que le temps pris pour régler un problème est inacceptable, 81 % conviennent que l'assistance technique permet de résoudre régulièrement leurs problèmes. Les utilisateurs veulent cependant être consultés sur les améliorations ou les nouveautés à apporter au SIGG de sorte que les réponses à leurs besoins soient appropriées et réalistes.

La formation offerte concernait seulement les premières versions du SIGG. Pour la version 3, l'assistance a été fournie par les collègues mais aucune formation formelle n'a été donnée. Le temps moyen de formation était de 18,1 heures, dont 16,6 étaient prises sur le temps de travail. Près de 80 % des répondants estiment que la formation était suffisante pour travailler adéquatement avec l'ordinateur et le système SIGG. Généralement, les commentaires sont positifs mais on a rappelé la nécessité d'un suivi post-formation. Si l'aide des collègues est appropriée, elle ne constitue pas cependant l'unique solution pour l'amélioration des qualifications. En fait, 70 % des répondants favorisent le support technique et la formation formelle.

### **Qualité de l'information (D)**

La plupart des commentaires sur la qualité de l'information fournie par le SIGG sont positifs. Une majorité de répondants convient que le SIGG donne de l'information plus précise et plus accessible. Les griefs concernent principalement l'amélioration de l'application du SIGG et son adaptation aux besoins spécifiques de la clientèle, notamment par l'ajout de dispositifs générant automatiquement des profils ou des résumés.

### **Utilité perçue (E)**

Les utilisateurs du SIGG tiennent à ce que les ralentissements et les problèmes techniques soient corrigés de façon à assurer une meilleure performance et augmenter la fiabilité du système. Les utilisateurs ont recommandé de conserver une interface conviviale déjà disponible dans la dernière version du SIGG. Ils considèrent aussi l'utilité en termes de coûts et bénéfiques ; entre les efforts mis dans l'apprentissage et les résultats en termes d'accomplissement au travail, de meilleure coordination dans les services et, ultimement de meilleurs soins. Les avantages suivants ont été mentionnés par les utilisateurs. Premièrement, le SIGG permet des gains de temps en réduisant les emprunts aux archives, en permettant des échanges plus rapides, en diminuant les délais, les appels télépho-

niques et les tâches cléricales. Deuxièmement, il améliore l'accès direct à l'information, facilite les échanges, permet l'identification facile des gestionnaires de cas, des soignants et des autres intervenants. Troisièmement, il diminue le besoin de répétitions pour les patients, en termes de collecte d'informations et de gestion des dossiers dans les différents milieux. Quatrièmement, le SIGG fournit des informations sécurisées dans une version électronique comparative-ment à la version papier puisqu'il y a moins d'emprunts de documents aux archives et l'accès aux dossiers et les services dispensés sont plus facilement repérables dans les dossiers. Cinquièmement, il y a une diminution du risque d'erreurs dans la duplication des dossiers, dans l'inscription des coordonnées des patients, ce qui assure une meilleure lisibilité. Sixièmement, il facilite la supervision des soins et la gestion en termes d'accès à la charge de travail du professionnel de la santé, des interventions offertes en fonction des objectifs définis (Plan d'intervention – PI et Plan de services individualisé – PSI), du suivi et des références et des remplacements des intervenants. Enfin, il diminue la charge de travail du gestionnaire et automatise des tâches routinières et le renouvellement de consentement.

L'efficacité du SIGG est perçue différemment par ses utilisateurs à diverses étapes du processus d'intervention. Pour les répondants impliqués dans les soins de deuxième ligne, les données du SIGG doivent être mises à jour rapidement si le système veut être utile. Aussi ces répondants préfèrent-ils parler au gestionnaire de cas et aux membres de la famille parce qu'ils considèrent que ces informateurs disposent d'éléments plus à jour que ceux du SIGG. D'un autre côté, les utilisateurs impliqués dans les soins de première ligne estiment que le SIGG est indispensable pour le suivi, la gestion de cas et la réévaluation. Ils croient que le SIGG fournit une perspective plus large menant à un meilleur plan de soins et de services. Les informateurs des deux niveaux d'intervention ont donc des perceptions différentes de l'efficacité du SIGG.

### **Satisfaction de l'utilisation (F) et autres mesures des bénéfices (G)**

Les différences de la perception de l'utilité selon le niveau de soins affectent la satisfaction de l'ensemble des utilisateurs. Comme un répondant le disait, «... même si je ne connais rien en informatique, le SIGG est un outil extraordinaire pour le suivi, l'information, la communication avec les intervenants, [...] à chaque niveau.» «C'est dommage [...] parce que parfois, je pense que nous sommes les seuls à utiliser le SIGG sur une large échelle. N'importe qui peut, à tout moment, obtenir de l'information sur nos patients, les visites, les traitements et les services donnés. Si je veux de l'information sur un patient vu la semaine dernière par un des mes collègues de la première ligne, je peux l'obtenir en regardant dans le SIGG. Mais si je veux savoir ce qui s'est produit dans une unité de soins de la deuxième ligne, comme à l'UCDG (hôpital – unité de courte durée de soins gériatriques), bon ... c'est souvent manquant.»

La différence des modes d'utilisation et de l'entrée des données est aussi un facteur qui semble être très important. Les commentaires des utilisateurs dans les groupes de discussion, autant que dans les résultats du questionnaire, montrent une différence de vues entre les professionnels de première et de deuxième ligne. Dans ce dernier cas, il y a moins d'avantages mais aussi une utilisation moins fréquente et moins globale du système.

Même si les défauts du système sont considérés comme surmontables, ils n'affectent pas la satisfaction autant que nous l'avions prévu. Les utilisateurs du SIGG rapportent qu'en dépit des problèmes, ils étaient disposés à s'adapter. Ils ont rapporté qu'ils ont appris à utiliser le logiciel, maîtriser les protocoles de sécurité et appris rapidement les mots de passe. Ils ont appris à naviguer dans et entre les divers formulaires, ils se sont adaptés à divers milieux et, souvent, ils ont dû composer avec un manque d'espace pour leur ordinateur dans leur lieu de travail. Toutes ces aptitudes adaptatives ont été acquises en peu de temps. Le SIGG a été intégré dans le cours du travail et est considérablement apprécié car il diminue le fardeau de la tâche.

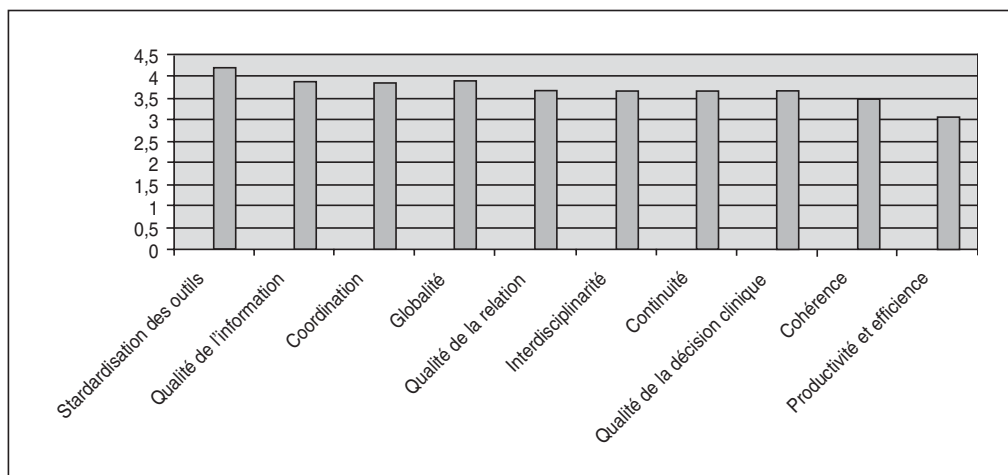
L'utilisation du SIGG est totalement différente de l'écriture des formulaires papier. Les utilisateurs doivent exécuter certaines tâches cléricales autrefois assumées par d'autres types de personnel (par exemple l'accès et la gestion de leurs dossiers via le SIGG plutôt que d'être dépendants du personnel des archives). Les utilisateurs souhaiteraient néanmoins intégrer davantage d'éléments dans le SIGG et apprécieraient le voir plus adapté aux besoins des patients en plus de leurs propres besoins. Les utilisateurs ont rapporté qu'ils sont facilement devenus familiers avec l'utilisation des ordinateurs. Ils disent qu'ils prennent même de leur temps pour mieux connaître le nouveau logiciel.

La figure 14.5 illustre les scores du questionnaire relativement aux six dimensions des bénéfices reliés au travail clinique et aux services. Tel qu'indiqué précédemment, les réponses sont ordonnées sur une échelle de Likert de cinq points, allant de 5 « Totalement en accord » à 1 « Totalement en désaccord ».

Tel que présenté à la figure 14.5, les scores moyens attribués aux dimensions étaient relativement hauts considérant l'échelle de cinq points pour la cotation. Les résultats sont rapportés selon le niveau d'accord sur les bénéfices perçus et les répondants estiment que le SIGG aide à 1) la standardisation des outils ; 2) la coordination, la perspective globale des soins et la qualité de l'information ; 3) la continuité des soins, la qualité des relations avec les clients, la qualité des décisions cliniques et du travail interdisciplinaire ; 4) la cohérence des soins. Finalement, ils ont donné les plus bas scores à 5) la productivité et l'efficience.

Durant les entrevues de groupe, quelques professionnels ont émis des réserves au sujet de l'utilisation des ordinateurs en présence de leurs clients. Ils pensent que l'ordinateur pourrait gêner les relations avec leurs clients. Leurs commentaires ne précisent pas si cette gêne est basée sur leur habileté avec les ordinateurs ou liée au processus même de l'intervention. Les infirmières ont

Figure 14.5  
Score moyen des résultats des bénéfices perçus



ajouté que l'utilisation de l'ordinateur portable à la résidence d'une personne âgée est souvent problématique. Elles rapportent qu'elles ont beaucoup de matériel à transporter et le poids additionnel du portable le rend moins intéressant. Les opérations de branchement et de procédures de sécurité à partir de l'ordinateur portable demandent beaucoup d'un temps qui, lors des visites à domicile, est toujours trop court.

Les plus hauts pourcentages de « ne sait pas » sont liés au travail interdisciplinaire. Par exemple, la question dans laquelle on demande si le SIGG favorise la reconnaissance des compétences des collègues n'a pas été complétée par 27 % des répondants. Une question portant sur le fait que le SIGG permet plus difficilement l'exercice d'un leadership clinique n'a pas été complétée par 35 % des répondants. D'autres analyses révèlent aussi que les gestionnaires de cas et les travailleurs sociaux perçoivent significativement des effets plus positifs que leurs collègues au sujet des différentes dimensions telles la coordination (4,3 vs 3,7), la qualité des relations (4,1 vs 3,4), la qualité des décisions clinique (4,5 vs 3,4) et les soins globaux (4,5 vs 3,7). Les utilisateurs de l'ordinateur de niveau intermédiaire ou avancé sont aussi plus positifs à propos des bénéfices du SIGG que leurs collègues plus novices en la matière (4,0 vs 3,7). On n'a pas observé de différences liées à l'âge, au sexe, à l'expérience de travail, au statut professionnel ou au niveau d'expertise comme utilisateur de l'ordinateur sur la standardisation des outils et la continuité des soins. Finalement, on n'observe pas non plus de différences basées sur le niveau d'expertise, la profession ou l'appartenance à la première ou à la deuxième ligne pour la productivité, l'efficacité ou le travail interdisciplinaire.



## Discussion

Avant de conclure si le SIGG est réellement un outil efficace pour améliorer la dispensation des soins et soutenir le travail interdisciplinaire, les résultats doivent être discutés à la lumière de la littérature, du modèle théorique et de ses dimensions, autant que des limites de l'étude.

Les résultats montrent que l'utilisation du SIGG augmente, pour les personnes ayant une faible autonomie telle que mesurée au SMAF. En outre, plus la personne est âgée, plus grandes sont ses chances d'avoir un dossier actif dans le SIGG. Celui-ci est aussi utilisé plus souvent pour des personnes présentant de multiples problèmes ou nécessitant davantage de services. Ces résultats sont semblables à ce que rapporte la littérature confirmant une plus grande utilisation dans une population âgée vulnérable<sup>15,16</sup>. La première condition, stipulant que, pour ajouter de la valeur, le SIGG doit être utilisé plus souvent pour des personnes âgées vulnérables, a donc été rencontrée.

Le niveau de partage des informations et le niveau d'utilisation du SIGG semblent variés selon diverses caractéristiques. Il existe une différence entre les utilisateurs intermédiaires ou avancés et les débutants. Une différence a été observée entre les intervenants de la première et de la deuxième ligne. À propos des bénéficiaires perçus, les utilisateurs de la première ligne conviennent qu'il y a plus de bénéfices pour la coordination, la qualité des relations professionnelles, les décisions cliniques et les soins globaux. Les entrevues de groupe ont mis en évidence que les participants de la deuxième ligne estiment qu'ils auraient besoin d'une mise à jour des informations du SIGG, qui n'était pas disponible en dépit de leurs demandes. Selon eux, les sources principales d'information restent les patients, les intervenants, les dossiers hospitaliers et le gestionnaire de cas dont la présence est justement considérée comme une source plus accessible et fiable d'informations. Ces résultats sont cohérents avec le modèle de DeLone & McLean<sup>6,7</sup> qui soutient que les caractéristiques des utilisateurs et les besoins d'information influencent directement l'utilisation d'un système d'information et la satisfaction retirée. Selon ce modèle, la satisfaction est également liée à la variation dans la qualité et l'utilisation du système<sup>6,7,17</sup>. Cette étude montre que les personnes qui reconnaissent des avantages sont plus familières avec le système et l'utilisent plus souvent. Le matériel, les problèmes techniques, les difficultés d'une utilisation conviviale dans les fonctionnalités et les formulaires, les mises à niveau dans la dernière version, les obstacles à la facilité d'utilisation, tous ces éléments sont considérés comme des facteurs modifiables. Les utilisateurs suggèrent des améliorations. Les problèmes avec les ordinateurs limitent leur utilisation. La formation et le soutien professionnel sont satisfaisants mais pourraient être intensifiés. La plupart des utilisateurs ont reconnu qu'ils peuvent s'adapter aux fonctionnalités du système et ne remettent pas en cause l'utilisation du SIGG, mais ont indiqué que la fiabilité est une condition minimum pour son utilisation.

Seulement quelques professionnels utilisent le SIGG au domicile des patients. Dans la littérature, l'utilisation de l'ordinateur durant ces visites fait actuellement l'objet de discussions<sup>18</sup>. Pour certains professionnels de la santé, cela peut modifier l'interaction avec leurs clients. Pour les infirmières à domicile, l'utilisation de l'ordinateur portable pendant leur visite augmente leurs tâches. La plupart des professionnels font face à un double défi : l'apprentissage de l'utilisation des formulaires et comment la technologie informatique peut le supporter. Les intervenants de deuxième ligne semblent dépendants du contenu du SIGG mais aimeraient le voir plus adapté à leurs besoins spécifiques. Même si l'utilisation du SIGG est considérée comme une tendance évidente<sup>19</sup>, l'amélioration de la performance et l'adaptation pourraient en accroître l'utilisation, même dans les soins à domicile. La littérature indique aussi que les professionnels résistent à l'utilisation d'un ordinateur portable, un ordinateur de bureau ou même un ordinateur de poche<sup>15</sup>. Cependant la plupart de ces facteurs sont ou seront modifiables avec les progrès technologiques. Les études<sup>20</sup> sur les systèmes d'information sont convergentes avec les résultats de la présente recherche témoignant que la plupart des utilisateurs ne voudraient pas retourner au papier et au crayon. Ils attendent davantage de l'automatisation. En conséquence, la deuxième condition, selon laquelle le matériel et les logiciels devraient être considérés comme suffisamment appropriés et souples pour ne pas gêner la dispensation des soins, a été atteinte.

Les questionnaires, les entrevues de groupe et les analyses de données montrent que l'information est vraiment partagée entre les intervenants, entre les niveaux de soins et entre les milieux, appuyant de ce fait la collaboration et le travail interdisciplinaire. Le SIGG est aussi considéré comme pouvant améliorer les soins de diverses manières, comme la standardisation des outils, la coordination, la globalité des soins et la qualité de l'information. Ces éléments ont été aussi rapportés dans la littérature<sup>21,22</sup>. Les utilisateurs sont moins convaincus que le SIGG augmente la productivité et l'efficacité en raison des difficultés techniques répétées éprouvées dans le système. La littérature rapporte aussi des résultats contradictoires en regard de la corrélation entre l'utilisation des dossiers électroniques de santé et l'amélioration de la productivité et de l'efficacité<sup>23-28</sup>. Cependant, les troisième et quatrième conditions sont satisfaites puisque généralement les utilisateurs perçoivent des effets positifs de l'utilisation du système sur la continuité des soins, leur globalité, leur coordination et la standardisation et qu'ils estiment également que l'utilisation du système améliore la qualité de l'information et aide dans la prise de décision clinique.

De nombreux efforts ont été faits pour réduire les biais de sélection afin d'assurer la validité interne. Le questionnaire a été envoyé à tous les utilisateurs du SIGG. Le taux de réponse était faible (45,5 %) malgré deux rappels. Cependant, les analyses des données ont montré qu'il n'y avait pas de différence dans le nombre d'entrées faites et accessibles par les répondants et les non-répondants. Il est néanmoins impossible d'évaluer si les réponses auraient été plus ou moins

favorables qu'elles le sont actuellement. Quant au biais d'information, habituellement dû à des erreurs systématiques des réponses, dans l'encodage ou la classification, étant donné que les entrevues et l'analyse sont basées sur un cadre théorique et que les directives des entrevues et des questionnaires ont été validées par l'équipe de recherche multidisciplinaire et les travaux terrain, ce biais devrait être limité. De plus, la triangulation de l'analyse des données qualitatives et quantitatives a révélé un degré élevé d'homogénéité des perceptions des utilisateurs.

## Conclusion

Cette étude est l'une des rares qui examinent l'impact d'un système d'information sur les pratiques cliniques en tenant compte du point de vue d'utilisateurs issus de divers paliers de soins, de formations différentes et de divers milieux. Les résultats de l'étude montrent que l'utilisation du SIGG est de plus en plus acceptée et augmente avec le temps, particulièrement pour ceux qui en perçoivent les avantages positifs pour eux-mêmes autant que pour leurs patients. Le SIGG fournit également un moyen sécuritaire d'accéder et d'échanger rapidement de l'information liée aux besoins de la population âgée croissante. Même en considérant les défaillances techniques occasionnelles, le SIGG permet une amélioration du partage de l'information clinique. La plupart des utilisateurs voient généralement beaucoup d'avantages dans son utilisation, particulièrement dans les services de première ligne. La plupart d'entre eux ne retourneraient pas aux dossiers papier. L'utilité perçue et la satisfaction auraient pu être plus élevées si le système d'information n'avait pas éprouvé des problèmes techniques durant la période d'étude. Un système d'information tel que le SIGG est un outil efficace pour soutenir le travail interdisciplinaire. Il apparaît donc utile et mérite d'être encouragé dans un contexte de réseau de services intégrés pour personnes âgées vulnérables.

## Références

1. Tourigny A, Bonin L, Morin D, Buteau M, Mathieu L, Robichaud L, Vézina A, Hébert R, Durand P, Pelletier D. *Système d'information gérontogériatrique, interdisciplinaire et interétablissements : Utilité perçue et utilisation en temps réel - Rapport de recherche*. Québec : Centre de recherche Centre hospitalier St-Sacrement, Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval. 135 p. 2003.
2. Tourigny A, Durand PJ, Bonin L, Hébert R, & Rochette L. Quasi-experimental Study of the Effectiveness of an Integrated Service Delivery Network for the Frail Elderly. *Canadian Journal on Aging*. 2004 ; 23 (3) : 231-246.

3. Hébert R, Carrier R, Bilodeau A. The Functional Autonomy Measurement System (SMAF): Description and Validation of an Instrument for the Measurement of Handicaps. *Age and Ageing*. 1988 ; 17 (5) : 293-302.
4. Hébert R, Guilbeault J, Desrosiers J, 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.
5. Hébert R, Durand PJ, Dubuc N, Tourigny A and the PRISMA Group. PRISMA : A New Model of Integrated Service Delivery for the Frail Older People in Canada. *International Journal of Integrated Care*. 2003 ; 3 (March).
6. DeLone WH, McLean ER. Information Systems Success : The Quest for the Dependent Variable. *Information Systems Research*. 1992 ; 3 (1) : 60-95.
7. DeLone WH, McLean ER. The DeLone and McLean Model of Information Systems Success : A ten-year Update. *Journal of Management Information Systems*. 2003 ; 19 (4) : 9-30.
8. Seddon PB, Kiew MY. *A Partial Test and Development of DeLone and McLean's Model of IS Success*. International Conference on Information Systems (ICIS) Conference Proceedings, Vancouver, 1994, pp.99-110.
9. Kurian D, Galupe RB, Diaz J. Taking Stock : *Measuring Information Systems Success*. Paper presented at the ASAC-IFSAM-2000 Conference, Montréal, Canada. 2000.
10. Seddon PB. A Re-specification and Extension of the DeLone and McLean Model of IS success. *Information Systems Research*. 1997 ; 8 (3) : 240-253.
11. Morin D, Tourigny A, Pelletier D, Robichaud L, Mathieu L, Vézina A, Bonin L, Buteau M. Seniors' Views on the Use of Electronic Health Records. *Informatics in Primary care*. 2005 ; 13 (2) : 125-134.
12. Reid Ponte P, Kruger N, DeMarco R, Hanley D, Conlin G. Reshaping the Practice Environment : The Importance of Coherence. *Journal of Nursing Administration*. 2004 ; 34 (4) : 173-179.
13. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of Care : A Multidisciplinary Review. *British Medical Journal*. 2003 ; 327 (7425) : 1219-1221.
14. Aliotta S. Coordination of care : The Council for Case Management Accountability's Third State of the Science Paper. *Case Manager*. 2003 ; 14 (2) : 49-52.
15. Fisher HM, Raphael TG. Managed Long-term Care : Care Integration through Care Coordination. *Journal of Aging and Health*. 2003 ; 15 (1) : 223-245.

16. Sands D, Rind D, Safran C. Dissemination of Electronic Patient Records Using Primary Care Referrals as a Vector for Change. *Medinfo*. 2001 ; 10 : 685-689.
17. Myers BL, Kappelman LA, Prybutok VR. A Comprehensive Model for Assessing the Quality and Productivity of the Information Systems Function : Toward a Theory for Information Systems Assessment. In E. J. Garrity & G. L. Sanders (Eds.), *Information Systems Success Measurement*. (pp. 94–121). Hershey, PA : Idea Group. 1998.
18. Ammenwerth E, Iller C, Mansmann U. Acceptance of Information Technology in a Clinical Environment - Results of Quantitative and Qualitative Analysis. In : Brown A, Remenyi D, editors. *Proceedings of the 9<sup>th</sup> European Conference on Information Technology Evaluation (ECITE)*. Paris. pp. 39 - 44. 2002.
19. Lenhart J, Honess K, Covington D, Johnson K. An Analysis of Trends, Perceptions, and Use Patterns of Electronical Medical Records among US Family Practice Residency Programs. *Family Medicine*. 2000 ; 32 (2) : 109-114.
20. Delpierre C, Cuzin L, Fillaux J, Alvarez M, Massip P, Lang T. A Systematic Review of Computer-based Patient Record Systems and Quality of Care : More Randomized Clinical Trials or a Broader Approach ? *International Journal for Quality in Health Care*. 2004 ; 16 (5) : 407-416.
21. Garrison G, Bernard M, Rasmussen N. 21<sup>st</sup>-Century Health-care : The Effect of Computer Use by Physicians on Patient Satisfaction at a Family Medicine Clinic. *Family Medicine*. 2002 ; 34 (5) : 362-368.
22. Garrity EJ, Sanders GL. Dimensions of Information Systems Success. In E. J. Garrity & G. L. Sanders (Eds.), *Information Systems Success Measurement*. (pp. 13-45). Hershey : Idea Group Publishing. 1998.
23. Axford RL, Carter BE. Impact of Clinical Information Systems on Nursing Practice. Nurses' perspectives. *Computers in Nursing*. 1996 ; 14.(3) : 156-163.
24. Baldwin D. Implementation of Computerized Clinical Documentation. *Home Health Care Management and Practice* .1998 ; 10 : 43-51.
25. Gilbert J. Physician Data Entry : Providing Options is Essential. *Health Data Management*. 1998 ; 6 (9) : 84-86, 88, 90-92.
26. Kalra L, Fowle A. An Integrated System for Multidisciplinary Assessments in Stroke Rehabilitation. *Stroke*, 1994 ; 25 (11) : 2210-2214.
27. Sleutel M., Guinn M. As good as it gets ? Going Online with a Clinical Information System. *Computers in Nursing*. 1999 ; 17.(4) : 181-185.
28. Smith D, Rogers S, Hood E, Philips D. Overtime Reduction with the Press of a Button an Unexpected Outcome of Computerized Documentation. *Nursing Case Management*.1998 ; 3 (6) : 266-270.

# Chapitre 15

## Le point de vue des personnes âgées face au dossier clinique informatisé\*

---

Diane Morin, André Tourigny, Daniel Pelletier,  
Line Robichaud, Luc Mathieu, Aline Vézina,  
Lucie Bonin, Martin Buteau

---

### **Abrégé**

Dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, au Canada, un réseau intégré de services a été conçu pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Il combine trois pratiques considérées parmi les meilleures en matière de services intégrés, soit : le guichet unique, la gestion de cas et le plan de services individualisé. Un dossier clinique informatisé (DCI) interdisciplinaire partageable a été instauré en 1998. La pertinence d'utiliser un tel dossier fait de plus en plus consensus, que ce soit au Québec, au Canada ou ailleurs à travers le monde. Cependant, malgré l'expansion rapide d'une telle technologie, trop peu d'intérêt a été porté à la notion de confidentialité, de consentement éclairé et d'effets perçus par les clientèles. La présente étude examine spécifiquement les perceptions des personnes âgées en perte d'autonomie sur ces questions. Le cadre conceptuel est inspiré du modèle de DeLone & McLean<sup>1</sup> dont les attributs centraux sont : la qualité du système, la qualité de l'information, les modes d'utilisation, l'impact organisationnel et l'impact individuel. C'est sur ce dernier attribut que repose la présente étude. Il s'agit d'une étude descriptive à devis mixte avec une composante quantitative et une composante qualitative. Trente personnes âgées ont été interrogées. Les constats qui émergent des informations qu'elles nous ont transmises peuvent être catégorisées en trois effets positifs principaux : 1) être mieux informé, 2) faire confiance aux professionnels et 3) apprécier l'innovation. Les avis des personnes âgées sont généralement favorables à l'utilisation du DCI et de l'ordinateur en leur présence. L'utilisation accrue du DCI auprès des personnes âgées peut donc être encouragée.

---

\* Reproduit avec l'aimable autorisation de *Informatics in Primary Care* et paru sous Morin D, Tourigny A, Pelletier D, Robichaud L, Mathieu L, Vezina A, Bonin L, Buteau M. « Seniors' views on the use of electronic health records », 2005 ; **13**(2) :125-33.

## Problématique

En février 1997, un réseau de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie a été mis en place dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec au Canada. Il a été conçu pour combler plusieurs lacunes liées à la coordination des soins et services de santé aux personnes âgées en perte d'autonomie<sup>2-9</sup>. Il combine trois pratiques considérées parmi les meilleures en matière de services intégrés<sup>10</sup>, soit le guichet unique, la gestion de cas et le plan de services individualisé. Dans ce réseau, la coordination est une composante centrale. Elle repose sur une équipe de gestionnaires de cas qui exercent les fonctions de triage, information, orientation, suivi et évaluation et qui ont comme responsabilités principales de développer avec la personne âgée en perte d'autonomie et son réseau, un plan de services individualisé, de négocier et coordonner les services planifiés avec les dispensateurs, d'assurer que ces services sont effectivement rendus au bon moment, qu'ils sont ajustés en fonction de l'évolution de l'état de santé et du réseau de soutien et qu'ils sont évalués. À l'intérieur de ce modèle de gestion de cas, les interactions entre professionnels sont plus fréquentes que dans les modes usuels de suivi et cela, principalement à cause du besoin de consensus et de suivi des plans d'intervention. Afin de soutenir ce travail interdisciplinaire et les échanges entre établissements, un dossier clinique informatisé (DCI) interdisciplinaire partageable a été instauré en 1998<sup>11</sup>. Il contient 1) l'identification du client, 2) le profil de l'état de santé, 3) le profil médicamenteux, 4) le profil évolutif de l'autonomie fonctionnelle, 5) un système de gestion du consentement, 6) des mesures de sécurité et de confidentialité, 7) un système de gestion des révisions des plans de services individualisé, 8) un système de gestion des demandes de services et finalement, 9) un extracteur de données. Il est actuellement utilisé par plus de 250 professionnels pour appuyer l'offre de services auprès de plus de 5000 personnes âgées en perte d'autonomie.

Face au développement rapide de DCI dans le réseau de la santé, un certain nombre d'enjeux doivent être soulevés. Parmi ceux-ci, un des plus importants est de s'assurer de tenir compte du point de vue des personnes âgées en perte d'autonomie sur le partage électronique des informations concernant leur santé, la confidentialité et le consentement éclairé. Ces enjeux ont rarement fait l'objet d'intérêt dans la littérature. Cette étude examine spécifiquement ces questions. Elle fait partie d'une programmation de recherche plus large qui visait à évaluer plusieurs facettes d'un système d'information gériatrique interdisciplinaire dans lequel s'inscrit le DCI<sup>12</sup>.

## Revue de littérature

### Un dossier électronique en soutien à la pratique professionnelle

Dans la littérature internationale, de nombreux documents sur les DCI peuvent être répertoriés. Dans ces études, les DCI sont, la plupart du temps, utilisés au

sein d'une même unité de soins ou d'un même hôpital. Les rares études où les DCI sont utilisés en interdisciplinarité se préoccupent d'une seule clientèle<sup>13-15</sup>. Quelques études seulement portent sur l'informatisation des données dans un système de soins intégrés pour des personnes âgées ou souffrant de problèmes cardiaques ou d'autres maladies chroniques<sup>16-18</sup>.

### **Le point de vue des personnes âgées sur le partage de l'information, la confidentialité et le consentement**

Peu d'études traitent des connaissances que les personnes âgées en perte d'autonomie ou leurs familles ont de ce qu'est un DCI et des préoccupations qu'elles ont face à ce système d'information. Parmi les études analysées, il n'y a pas consensus quant au niveau de connaissance qu'en ont les patients. Certaines études indiquent qu'ils ont un bon niveau de connaissance du DCI, tandis que d'autres non<sup>19-21</sup>. Ridsdale<sup>20</sup> conclut qu'un DCI doit être suffisamment convivial pour que le patient perçoive qu'il se manipule aisément, voie les données et ait l'assurance qu'elles sont traitées de façon confidentielle. Les personnes très âgées accepteraient mieux le DCI même lorsque les données à l'écran contiennent des énoncés complexes. Toujours selon Ridsdale<sup>20</sup>, c'est la confiance en leur médecin qui prévaudrait sur les autres facteurs. Une étude récente examine d'ailleurs comment les patients souffrant d'insuffisance cardiaque accèdent à leur DCI et comment ils croient que cela affecte leur relation avec les professionnels qui les soignent. Les patients sont généralement satisfaits de l'information qu'ils retrouvent dans leur DCI et cela affecte positivement leur adhésion au plan thérapeutique<sup>16</sup>.

Dans des études où les professionnels utilisaient des ordinateurs portatifs pour leurs visites à domicile, les patients ont dit se sentir mieux informés en regard de leur plan de soins et déclarent avoir eu une meilleure interaction avec les intervenants<sup>22, 23</sup>. Dans d'autres études, les répondants considéraient que les professionnels passaient plus de temps à l'écran qu'avec eux<sup>24</sup>. En ce qui concerne la pratique médicale, l'introduction d'un DCI ne semble pas diminuer la satisfaction du patient<sup>11, 19, 20, 25-27</sup>.

En ce qui concerne spécifiquement la confidentialité et le consentement, les études sont rares et les résultats convergent à l'effet que les personnes âgées s'inquiètent peu de la perte de confidentialité et, même lorsqu'elles s'en inquiètent, elles acceptent que leurs données soient rendues accessibles, à la condition que leur médecin y consente<sup>20, 21, 28-30</sup>. La littérature est à ce point rare sur ce sujet que Barber<sup>31</sup> dit que « ... the need is for a clear and consented policy about the use of patient data (...) providing openness, transparency and security for patients and healthcare professionals... (p. 21) ». Dans le même sens, Layman<sup>32</sup> suggère que « A multi-pronged solution that incorporates adherence to regulations and standards, promotion of codes of conduct and ethics, and creation of a culture of info-ethics is recommended... (p. 21) ».



La littérature sur des expériences de DCI tenues au Québec est rare. On peut néanmoins conclure que le DCI qui est évalué dans le cadre de la présente étude est différent de deux autres expérimentations tenues au Québec soit, le projet de la Carte Santé<sup>33</sup> et le projet Community Health Information System, implanté dans la région Brome-Missisquoi-Perkins<sup>34</sup>. Ces deux autres initiatives ne visaient que certains professionnels ou n'étaient pas basées sur la gestion de cas.

### **En bref**

La pertinence d'utiliser un DCI fait consensus, que ce soit au Québec, au Canada ou ailleurs à travers le monde. Le DCI utilisé dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec se distingue certainement des autres par son caractère interdisciplinaire, mais surtout par un déploiement interétablissement. Plusieurs facteurs favorisent ou restreignent l'utilisation d'un DCI mais en général, une bonne connaissance du système chez les professionnels et la confiance des patients envers ces professionnels, augmentent l'acceptabilité et le niveau d'utilisation du DCI. Les patients âgés en perte d'autonomie sont intéressés et acceptent assez facilement cette innovation. Cependant, malgré l'expansion rapide d'une telle technologie, trop peu d'intérêt a été jusqu'à maintenant porté à la notion de confidentialité et de consentement éclairé et d'effets. La présente étude prend justement en compte les perceptions des personnes âgées en perte d'autonomie sur ces questions.

### **Cadre de référence**

Le cadre conceptuel choisi pour cette étude est inspiré du modèle de DeLone & McLean<sup>1</sup>. Ce modèle a été fréquemment utilisé dans les études qui évaluent l'implantation et les effets des systèmes d'information<sup>35-37</sup>. Il a été décrit en détail dans une autre publication<sup>12</sup> issue du programme de recherche dans lequel s'ancre cette étude. Brièvement exposés, les concepts centraux de ce modèle sont la qualité du système, la qualité de l'information, les modes d'utilisation, l'impact individuel et l'impact organisationnel. Le concept central de l'impact individuel est composé de deux attributs principaux que sont l'effet du système sur les professionnels et sur la clientèle. C'est sur ce dernier attribut que repose la présente étude.

### **Méthodologie**

#### **Population et échantillon**

Il s'agit ici d'une étude descriptive qualitative. Au départ, 206 personnes âgées ont été échantillonnées au hasard dans la population des 3000 personnes bénéficiant d'un DCI. Le critère de sélection primaire était d'avoir un dossier actif au moment de l'échantillonnage et un épisode de gestion de cas au cours des derniers six mois. Les personnes admissibles ont par la suite été réparties par strates selon une répartition qui tient compte : du statut fonctionnel (mesuré par le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle [SMAF<sub>≤30</sub>], instrument standardisé

ayant fait l'objet de multiples validations dans des milieux comparables) et du milieu de vie (domicile familial, résidence privée, etc.)<sup>38, 39</sup>. Cette stratification a produit un sous-ensemble de 206 personnes éligibles réparties en 8 strates. Toutes ces personnes ont été contactées. De celles-ci, 56 déclaraient avoir été exposées au DCI. Finalement, 30 ont accepté d'être interviewées à leur domicile. Elles proviennent de quatre des huit strates initialement établies. Les strates orphelines sont celles avec les scores SMAF les plus faibles. Cela est cohérent avec le fait que les 26 personnes ayant refusé se trouvaient trop fatiguées ou trop malades pour participer à une entrevue d'une heure.

### **Instrumentation et déroulement**

Les entrevues se sont tenues à domicile et duraient en moyenne 50 minutes. Trois thèmes étaient abordés : le consentement libre et éclairé relativement à la transmission des informations via le DCI, les réactions générales face à l'utilisation d'un ordinateur et d'un DCI, et les avantages, désavantages et effets perçus quant à l'utilisation de l'ordinateur et du DCI. Les entrevues comportaient deux temps. Dans un premier temps, 20 questions fermées étaient posées sur les 3 thèmes. Elles pouvaient être complétées soit de façon dichotomique par Oui/Non ou par un choix catégorique de réponses à quatre niveaux de type Likert allant de « Tout à fait d'accord », « Plutôt d'accord », « Plutôt en désaccord » à « Tout à fait en désaccord ». Un choix additionnel de réponse « Je ne sais pas » était également possible. Voici trois exemples d'énoncés concernant le consentement ou la confidentialité : « Quand on m'a demandé mon accord, je me sentais libre d'accepter ou de refuser » ; « Je suis confiant que seules les personnes autorisées ont accès à mon dossier » et finalement, « Quand l'infirmière, le médecin ou le travailleur social a utilisé son ordinateur, j'étais intéressé à jeter un coup d'œil à l'écran ». Le questionnaire a subi les prétests nécessaires pour démontrer une bonne validité de contenu, de consistance interne et de stabilité. Dans un deuxième temps, six questions ouvertes étaient posées, par exemple, « Êtes-vous préoccupé par le fait que de l'information sur votre santé soit partagée électroniquement ? ». Les questions ouvertes ont été prétestées. Ainsi, leur libellé tient compte de commentaires et suggestions émises au prétest. Les réponses aux questions ouvertes ont été analysées par deux chercheurs indépendants à l'aide du logiciel NVivo-V2.0 et les réponses aux questions fermées ont été analysées à l'aide du logiciel SAS-V8.

## **Résultats**

### **Profil des participants**

Tel que le tableau 15.1 l'indique, l'âge moyen des personnes interrogées était de 78 ans. Il s'agissait surtout de femmes. Environ le quart était marié, et la majorité vivait à son propre domicile et était à la retraite. Tout comme il fallait s'y attendre, puisqu'il s'agit de personnes âgées vulnérables suivies en gestion de cas, la

grande majorité d'entre elles considéraient leur santé mauvaise ou seulement acceptable.

Tableau 15.1  
Profil des participants

Caractéristique	Hommes n=10	Femmes n=20	Total
<b>Âge (moyenne)</b>	78,0	78,2	78,1
<b>Statut civil</b>	%	%	%
Célibataire	10,0	13,3	23,3
Mariée	16,7	10,0	26,7
Divorcée/Séparée	3,3	20,0	23,3
Veuve	3,3	23,3	26,7
<b>Scolarité</b>	%	%	%
Primaire	26,7	43,3	70,0
Secondaire	3,3	10,0	13,3
Collège/Université	3,3	13,3	16,7
<b>Milieu de vie</b>	%	%	%
Maison personnelle	16,7	60,0	76,7
Dans la famille	3,3	0	3,3
Résidence commerciale	13,3	6,7	20,0
<b>Travail</b>	%	%	%
Au travail	0	3,3	3,3
A la maison	0	33,3	33,3
Retraitée	33,3	30,0	63,3
<b>Qualité de santé perçue</b>	%	%	%
Excellente	0	3,3	3,3
Bonne	13,3	13,3	26,7
Plus ou moins bonne	10,0	46,7	56,7
Mauvaise	10,0	3,3	13,3

## Point de vue des participants

### Résultats au questionnaire

Tel que présentés au tableau 15.2, les résultats montrent que les personnes âgées interrogées sont relativement d'accord avec le fait qu'elles se sont senties libres de consentir à ce qu'on utilise le DCI. Elles se sentent assez bien informées. Cependant, plus de la moitié des personnes âgées déclarent ne pas se souvenir d'avoir été informées sur le fait qu'elles pouvaient retirer leur consentement en tout temps ou avoir accès à leur DCI. Si la très grande majorité des personnes âgées déclarent ne pas avoir été invitées à regarder l'écran ou le contenu du dossier, la majorité disent aussi ne pas avoir vraiment d'intérêt à regarder ou consulter le DCI.

Tableau 15.2  
Point de vue des participants - Questionnaire

ÉNONCÉS	Désaccord complet ou partiel (%)	Accord complet ou partiel (%)	Ne sais pas (%)
<b>Consentement</b>			
1. Je me sentais libre d'accepter ou de refuser	0	100	0
3. J'étais bien informé (e)	5,6	88,8	5,6
4. Les explications étaient simples, dans un langage facile à comprendre	11,1	84,3	5,6
5. On m'a informé (e) que j'ai le droit de retirer mon consentement en tout temps	27,8	61,8	11,1
6. J'ai eu tout le temps nécessaire pour décider	0	94,4	5,6
<b>Information</b>			
7. J'avais une bonne idée de ce qu'impliquait mon accord	11,1	83,3	5,6
8. On m'a informé (e) que j'ai le droit d'accéder au contenu de mon dossier	38,9	38,9	22,2
9. Je suis confiant (e) que seules les personnes autorisées ont accès aux informations de mon dossier	0	88,9	11,1
<b>Pratique</b>			
10. J'ai l'impression que l'intervenant devait cesser d'échanger avec moi pour travailler à l'écran	53,4	43,3	3,3
11. Son travail avec l'ordinateur nuit aux échanges ou à la discussion avec moi	93,3	6,7	0
12. Son écoute est moins bonne quand il utilise un ordinateur	96,7	0	3,3
13. Les échanges sont moins satisfaisants quand il utilise son ordinateur	93,3	3,3	3,3
14. Cela me dérange qu'il en fasse usage en ma présence	100	0	0
<b>Questions générales</b>			
	Oui (%)	Non (%)	
15. Les intervenants qui vous rencontrent ont-ils utilisé un portable ?	100	0	
16. Étiez-vous intéressé (e) à jeter un coup d'œil à l'écran ?	41,4	58,6	
17. Vous a-t-on offert de jeter un coup d'œil à l'écran ?	17,3	82,7	
18. Avez-vous regardé ce qu'il y avait à l'écran ?	31,0	69,0	
19. Vous étiez intéressé (e) à prendre connaissance des informations ?	33,3	66,7	
20. Vous a-t-on offert d'en prendre connaissance ?	6,9	93,1	
21. Avez-vous lu des informations de votre dossier à l'écran ?	15,4	84,6	

## Résultats à partir des entrevues

### *Information disponible et suivi clinique*

Les personnes âgées rencontrées considèrent que l'information est à la fois, rapidement accessible, complète, à portée de main. Elles croient que les professionnels possèdent beaucoup d'information sur leur santé et leur situation de vie. Elles disent « Ils connaissent tout mon pedigree ! », « Tout est là... ». Ces expressions résument brièvement les commentaires exprimés face à l'information contenue dans le DCI. Les personnes âgées considèrent donc que, grâce au DCI, les professionnels sont mieux informés sur leur situation de santé et de vie en général. Elles notent régulièrement que le DCI rend le travail plus facile pour les intervenants. Elles disent que l'information circule plus rapidement entre les professionnels et entre les différents établissements. Elles apprécient que l'information soit disponible, plus spécialement aux professionnels directement impliqués dans les soins ou les services qu'elles reçoivent. Elles s'expriment ainsi : « Les intervenants sont mieux informés et savent mieux ce dont je peux avoir besoin... »

Certaines d'entre elles croient que le développement informatique est incontournable et que cela ne va pas amoindrir la qualité de l'information contenue dans le dossier « ...je me sentais importante ! J'aime mieux avec l'ordinateur, ça suit le progrès. Je suis contente que mon dossier soit dans l'ordinateur... ». Parmi les personnes interviewées, quelques-unes mentionnent qu'il y aurait moins d'erreurs d'information avec un DCI. Un ou deux témoignages évoquent néanmoins la possibilité que se glissent des erreurs dans les informations recueillies. « ...Selon moi, il n'y a que des avantages, en autant qu'on ne perde pas les données... »

Finalement, certaines personnes âgées ont signalé que les suivis leur semblent plus serrés. Cela semble leur donner une impression de professionnalisme et d'efficacité dans l'utilisation d'instruments modernes : « ...Ils savent où ils vont... Ils ont toute l'information... Tout est là... » Ces expressions résument les commentaires exprimés face à l'information contenue dans le DCI.

### *Rapidité et accessibilité*

D'autres commentaires sont à l'effet que les informations sont plus rapidement accessibles, que cela sauve du temps ou en fait gagner. Cela donne une impression générale d'efficacité car, pour plusieurs, « (...)les intervenants savent où ils vont (...) ». Les personnes interrogées croient que le DCI réduit le risque d'erreurs d'information et assure une meilleure coordination du suivi. Quelques-unes précisent qu'il se dégage une impression de clarté, de précision et d'efficacité grâce à l'utilisation de cette technologie. Toutefois, elles mettent souvent l'accent sur le fait que cette technologie profite d'abord aux professionnels. Elles ont plus de difficulté à nommer les avantages pour elles-mêmes. Elles précisent cependant qu'elles ne sont pas les mieux placées pour juger de cette question : « Les avantages, je ne les connais pas, mais il y en a sûrement. » Certaines personnes âgées mentionnent le fait qu'elles ont moins à répéter les informations avec l'accès au

DCI. D'autres au contraire, ne constatent pas qu'il y a moins de répétitions. Les personnes âgées perçoivent que cela peut être plus rapide et efficace et soulignent généralement qu'elles ne voient pas de changement, ni d'élément dérangent pour elles dans l'utilisation de ce système d'information. Cependant, il s'en dégage pour elles une impression générale d'efficacité, de précision, et de meilleure communication et concertation entre les intervenants. Cet aspect est vu à la fois comme sécurisant et valorisant, puisque les intervenants utilisent ainsi les meilleurs instruments disponibles pour leur apporter des soins.

#### *Confidentialité et sécurité*

Les personnes âgées considèrent que les informations les concernant sont en sécurité dans le DCI: « (...) j'ai moi-même un ordinateur, je sais comment ça marche et ça prend des mots de passe, partout. Alors, ça ne m'inquiète pas que quelqu'un fouille là-dedans (...) » ; « (...) je suis sûr que les dossiers sont bien gardés au CLSC (...) ». Plusieurs mentionnent « (...) je peux faire confiance aux professionnels (...) ».

Parmi les personnes interviewées, quelques-unes précisent qu'elles se sentent sécurisées par l'ensemble des mesures prises pour assurer la sécurité de ces renseignements personnels. Certaines expriment des préoccupations quant aux erreurs possibles et occasionnellement face à la confidentialité. « (...) Par ailleurs, je crois que les personnes mal intentionnées qui voudraient lire dans le dossier, peuvent le faire, mais il n'y a pas vraiment matière à s'inquiéter parce que ce n'est pas grave. Il n'y a pas d'informations trop indiscretes dans mon dossier (...) » « (...) J'ai confiance comme ci comme ça, des gens curieux il y en a partout (...) ».

#### *Convergence entre les sources d'information*

On peut conclure que les résultats issus des questions fermées convergent avec ceux issus des questions ouvertes. Ils sont à l'effet que les personnes âgées sont relativement favorables à l'utilisation d'un DCI. Elles ne voient pas d'inconvénient majeur à son utilisation. Elles considèrent que l'information contenue dans le DCI est utile et plus rapidement accessible pour les professionnels qui les soignent ou qui leur rendent des services. La question du consentement est moins claire. Les réponses obtenues aux questions touchant l'accès au dossier et le droit de retirer leur consentement révèlent en effet que cette information, bien qu'apparemment transmise et apparaissant par écrit dans les documents laissés à la personne, échappe à plusieurs. Certaines personnes âgées considèrent que, lorsqu'elles ont accepté des services, elles acceptaient *de facto* que l'information les concernant soit rendue disponible. Elles considèrent que leur consentement aux soins et au fait que l'information circule de façon électronique peut être révoqué en tous temps. De façon évidente, elles font confiance aux professionnels qui les soumettent par des soins et des services.

## Discussion

Le concept central de l'impact individuel induit par l'introduction d'une innovation de type DCI est celui qui a été exploré dans cette étude. Plus spécifiquement, l'intérêt était de cerner l'effet du DCI sur les clientèles âgées qui avaient déjà toutes été exposées au DCI. Les constats qui émergent des informations qu'elles nous ont transmises peuvent être catégorisés en trois effets positifs principaux : 1) être mieux informé, 2) faire confiance aux professionnels et 3) apprécier l'innovation.

En ce qui concerne le premier effet, la forte majorité des personnes âgées ont exprimé que le DCI améliorait la qualité de l'information les concernant. Elles considèrent que toute l'information est là et qu'ainsi les soins et services qu'elles reçoivent seront de plus en plus adéquats. Quelques personnes disent néanmoins ne pas se souvenir qu'elles peuvent avoir accès au contenu de leur dossier ou encore qu'elles peuvent retirer leur consentement quand elles le désirent. Même si cette information apparaît par écrit dans les documents laissés à la personne, il serait pertinent de revoir la forme et le contenu des échanges d'information entre l'intervenant et la personne lors de l'obtention initiale du consentement ou de son renouvellement. Très peu ont émis des craintes à l'effet que l'information ne demeure pas confidentielle. La littérature mentionne aussi que les personnes exposées au DCI s'inquiètent peu de cela et acceptent que leurs données soient rendues accessibles, à condition que leur médecin y consente et qu'il y ait des mesures de sécurité adéquates<sup>20, 21, 28-30</sup>. Ceci illustre néanmoins l'importance d'informer encore davantage les personnes âgées et leurs familles sur leurs droits et sur les mesures prises pour assurer la confidentialité de l'information.

En ce qui concerne le deuxième effet, il est apparu très clairement que les personnes âgées font confiance aux professionnels qui leur offrent des soins et services. Le DCI semble avoir permis d'explicitier cette confiance dans un contexte où les personnes âgées peuvent avoir une vue limitée de cette technologie. Cette dimension est moins exploitée par la littérature<sup>16, 17, 40</sup>. Les résultats de cette étude sont donc novateurs à cet égard. Néanmoins, il ressort une nécessité de développer un partenariat réel avec les personnes âgées, pour que le paradigme qui supporte les pratiques cliniques, inclut l'habilitation et le développement des capacités d'autogestion de la santé.

Finalement, le troisième effet perçu est celui qui concerne le fait d'apprécier l'innovation. Cet effet est assez inattendu car la littérature actuelle n'en fait pas mention. Au contraire, certaines études ont observé que les gens plus âgés incluant les professionnels de la santé sont plus réticents à l'innovation<sup>41-43</sup>. Cela renforce l'intérêt pour d'autres études auprès des personnes âgées en perte d'autonomie et de leurs familles sur la perception, mais également l'appropriation d'innovations technologiques.

Cette étude comporte bien sûr certaines limites touchant notamment la validité interne et la validité externe. En effet, cette étude s'est tenue dans le cadre d'une programmation de recherche qui a touché plusieurs éléments de la pratique pro-

fessionnelle au sein d'un réseau de services intégrés. Les personnes âgées savaient que des innovations de divers types étaient introduites dans l'organisation des services. Le DCI était l'une des facettes de ces innovations. Il est peut-être possible que les personnes ayant accepté de participer aient été plus ouvertes que les autres à accepter des innovations de différents types. Dans ce sens, elles nous ont peut-être brossé un portrait plus optimiste qu'anticipé. Aussi, l'ancrage social et géographique particulier dans lequel l'étude s'est tenue fait en sorte que son potentiel de généralisation est relativement restreint. Néanmoins, plusieurs des résultats observés concordent avec la littérature et renforcent l'évidence à l'effet que le DCI est jugé acceptable, mais qu'il doit être utilisé de façon transparente dans un souci d'habiliter les personnes à être vigilantes et à se tenir informées.

## Conclusion

L'objet de cette étude était de comprendre comment les personnes âgées perçoivent le DCI face au consentement et à la confidentialité, mais aussi les avantages de son utilisation. Il est important de rappeler que le DCI dont il est question dans cette étude a été finalisé en 2000 pour répondre aux nouveaux besoins d'échange d'information clinique engendrés par le premier réseau de services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie implanté au Québec. Il n'existe nulle part ailleurs au Québec de DCI permettant de relier autant de services, de disciplines et d'établissements ayant des missions distinctes. Les professionnels ont eu le double défi de maîtriser le fonctionnement en réseau de services intégrés et les nouvelles façons de faire que cela a introduit, souvent en même temps qu'un apprentissage de l'informatique, de la technique et du contenu du DCI. Les personnes âgées de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, quant à elles, ont compris que l'information les concernant circulait de manière accélérée entre les professionnels et entre les établissements.

Pour les personnes âgées, cette innovation est bien perçue. Les commentaires des personnes âgées sont globalement très favorables à l'utilisation du DCI et même de l'ordinateur en leur présence. L'utilisation accrue du DCI auprès des personnes âgées peut donc être encouragée.

## Références

1. DeLone, W.H. et McLean, E.R. Information systems success : The quest for the dependent variable. *Information Systems Research* 1992 ;3(1) :60-95.
2. Hébert, R., Bravo, G. et Voyer, L. Répertoire des instruments de mesure en langue française pour la recherche gérontologique et gériatrique. Sherbrooke : Centre de recherche en gérontologie et gériatrie ; 1993.
3. Paradis, M., Bonin, L., Tourigny, A., Durand, P.J., Bussière, A., Roy, H.-A. et al. 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. Québec : Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval – Centre de recherche du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec – Université Laval ; 2001.
4. Bolduc, M. et Trahan, L. Programme d'évaluation portant sur le processus de réponse aux besoins de longue durée des personnes âgées ayant des limitations fonctionnelles. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux, Direction de l'évaluation ; 1988.
  5. Trahan, L. Les facteurs associés à l'orientation des personnes âgées dans des établissements d'hébergement : une revue de littérature. Québec : Service de l'évaluation, Réadaptation et Services de longue durée, MSSS ; 1989.
  6. Garant, L. Synthèse d'un programme d'évaluation sur la réponse aux besoins de longue durée des personnes âgées ayant des limitations fonctionnelles. Québec : Gouvernement du Québec ; 1994. Rapport No.20.
  7. Joubert, P., Laberge, A., Fortin, J.P., Paradis, M. et Desbiens, F. Évaluation du programme québécois de services intensifs de maintien à domicile (SIMAD). Québec : Unité de recherche en santé communautaire, Centre hospitalier de l'université Laval ; 1991.
  8. Tourigny, A., Côté, L., Laberge, A., Paradis, M. et Joubert, P. Évaluation du programme québécois des centres de jour. Québec : Unité de recherche en santé communautaire, Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL), Centre de santé publique de Québec ; 1993.
  9. 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. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation & Centre de santé publique de Québec ; 1996.
  10. Angus, D.C. Pour un système de soins de santé viable au Canada. Ottawa : Université d'Ottawa ; 1995.
  11. Legler, J.D. et Oates, R. Patients' reactions to physician use of a computerized medical record system during clinical encounters. *Journal of Family Practice*. 1993 ;37(3) :241-244.
  12. Tourigny, A., Bonin, L., Morin, D., Buteau, M., Mathieu, L., Robichaud, L. et al. Système d'information géronto-gériatrique interdisciplinaire et inter-établissements : utilité perçue et utilisation en temps réel. Rapport de recherche. Québec : Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval ; 2003.
  13. Fretschner, S., Bleicher, W., Heininger, A. et Unertl, K. Patient Data Management Systems in Critical Care. *Journal of the American Society of Nephrology* 2001 ;12(Suppl. 17) :S-83-S-86.

14. Nielsen, L.H., Dinesen, B. et Binder, C. Integrating a multipurpose clinical workstation in ambulatory care. In : *Toward and Electronic Patient Record '97* ; 1997 ; Nashville, Tennessee : Newton, MA ; 1997. p. 121-126.
15. Tiessen, B., Doan, K. et Benoit, L. Electronic Documentation on a Psychiatric Unit. *Canadian Nurse* 2001 ;97(10) :27-29.
16. Ross, S.E., Moore, L.A., Earnest, M.A., Wittevrongel, L. et Lin, C.-T. Providing a Web-based Online Medical Record with Electronic Communication Capabilities to Patients With Congestive Heart Failure : Randomized Trial. *Journal of Medical Internet Research* 2004 ;6(2) :electronic #12.
17. Ralston, J.D., Revere, D., Robins, L.S. et Goldberg, H.I. Patients' experience with a diabetes support programme based on an interactive electronic medical record : qualitative study. *British Medical Journal* 2004 ;328 :1-4.
18. McCoy, H.V. et Kibort Vila, C. Tech Knowledge : Introducing Computers for Coordinated Care. *Health & Social Work* 2002 ;27(1) :71-74.
19. Ornstein, S.M. Patient perspectives on computer-based medical records. *Journal of Family Practice*. 1994 ;38(6) :606-610.
20. Ridsdale, L. et Hudd, S. What do patients want and not want to see about themselves on the computer screen : a qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 1997 ;15(4) :180-183.
21. Ridsdale, L. et Hudd, S. Computers in the consultation : the patient's view. *British Journal of General Practice* 1994 ;44 :367-369.
22. Baldwin, D.R. Implementation of computerized clinical documentation. *Home Health Care Management Practice* 1998 ;10 :43-51.
23. Mc Neil-Mc Donald, C. Building the Case for Web-based Solutions. *Caring* 2001 ;20(9) :40-42.
24. Malone, N., Loader, S. et Poulter, J. Evaluating the benefits realized from a nurse management information system. *Journal of Nursing Management* 1997 ;5(1) :5-9.
25. Als, A.B. The desk-top computer as a magic box : patterns of behaviour connected with the desk-top computer ; GPs' and patients' perceptions. *Family Practice* 1997 ;14(1) :17-23.
26. Solomon, G.L. Are patients pleased with computer use in the examination room ? *Journal of Family Practice*. 1995 ;41(3) :241-244.
27. Brownbridge, G., Herzmark, G.A. et Wall, T.D. Patient reactions to doctors' computer use in general practice consultations. *Social Science & Medicine* 1985 ;20 :47-52.
28. Bates, D.W., Ebell, M., Gotlieb, E., Zapp, J. et Mullins, H.C. A proposal for electronic medical records in U.S. primary care. *Journal of the American Medical Informatics Association* 2003 ;10(1) :1-10.

29. Berg, M., Langenberg, C., Berg, I. et Kwakkernaat, J. Experiences with an electronic patient record in a clinical context : considerations for design. *Medical Informatics Europe'97* 1997 :811-815.
30. Bomba, D. et de Silva, A. An Australian case study of patient attitudes towards the use of computerised medical records and unique identifiers. *Medinfo* 2001 ;10(Pt 2) :1430-1434.
31. Barber, B. Protecting privacy : transparency, openness and data security – even in transborder applications. *British Journal of Healthcare Computing and Information Management* 2001 ;18(1) :21-22.
32. Layman, E. Health informatics : ethical issues. *Health Care Manager* 2003 ;22(1) :2-15.
33. Fortin, J.P., Joubert, P., Morisset, J., Bérubé, J., Kirouac, S., Papillon, M.J. et al. Évaluation du projet québécois de la carte santé à microprocesseur. Québec : Régie de l'assurance-maladie du Québec ; 1996.
34. Kedrowski, S.M., Munk, S.J. et Leung, E. Computers in case management. Advancing health care delivery through technology. *Nursing Case Management* 1996 ;1(2) :59-61.
35. Seddon, P.B. A respecification and Extension of the DeLone and McLean model of IS success. *Information Systems Research* 1997 ;8(3) :240-252.
36. Seddon, P. et Kiew, M.-Y. A partial test and development of the DeLone and McLean model of IS success. In : international conference on information system ; 1994 ; Vancouver, Canada ; 1994.
37. Kurian, D., Galupe, R.B. et Diaz, J. Taking stock : Measuring Information Systems Success. In : ASAC-IFSAM Y200 Conference ; 2000 ; Montréal, Canada : ASAC-IFSAM ; 2000. p. 77-90.
38. Hébert, R., Carrier, R. et Bilodeau, A. Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle. *Revue de gériatrie* 1988 ;13(4) :161-167.
39. 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(5) :293-302.
40. Patel, V.L., Arocha, J.F. et Kushniruk, A.W. Patients' and physicians' understanding of health and biomedical concepts : relationship to the desing of EMR systems. *Journal of Biomedical Informatics* 2002 ;35(1) :8-16.
41. Brown, R.T. Computerized Patient Records (CPR) in primary care : “five years chartless” a Canadian experience. In : *Toward an Electronic Patient Record '98* ; 1998 ; San Antonio, Texas : Newton, MA : MRI, 1998 ; 1998. p. 311-314.

42. Dansky, K.H., Gamm, L.D., Vasey, J.J. et Barsukiewicz, C.K. Electronic medical records : Are physicians ready ? / Practitioner application. *Journal of Healthcare Management* 1999 ;44(6) :440-455.
43. McConnell, E.A., O'Shea, S.S. et Kirchhoff, K. RN attitudes towards computers. *Nursing Management* 1989 ;7 :36-40.



# Chapitre 16

## Mesurer et améliorer la qualité et la continuité des soins et des services de santé dispensés aux aînés vulnérables : un projet pilote chez ceux atteints de troubles cognitifs ou de démence

---

André Tourigny, Diane Morin, Marie-Jeanne Kergoat, Nicole Dubuc, Line Robichaud, Jacques Morin, Lise Côté, Paule Lebel, René Verreault, Edeltraut Kröger, Zohra Benounissa, Solange Proulx

---

### **Points saillants**

1. L'implantation de mesures d'amélioration continue de la qualité pour la clientèle âgée s'avère pertinente en raison de l'implication des dispensateurs de services de la 1<sup>re</sup> et de la 2<sup>e</sup> lignes qui agissent en collaboration avec les partenaires ou autres ressources impliquées auprès de cette clientèle.
2. Le projet pilote vise à identifier les sources de données potentielles pour mesurer les indicateurs et évaluer la faisabilité ; mesurer la fiabilité inter observateurs.
3. Les indicateurs de processus ont été retenus parce qu'ils pointent déjà la source où il faut agir et permettent d'orienter avec justesse les efforts d'amélioration de la qualité.
4. La recherche de la présence d'indicateurs a été faite par la révision des copies des dossiers cliniques et médicaux de 29 personnes de la clientèle du service d'aide à domicile d'un Centre de santé et de services sociaux souffrant de troubles cognitifs ou de démence. Des entrevues téléphoniques portant sur la satisfaction ont été réalisées auprès de 40 personnes de l'échantillon pour compléter la revue des indicateurs de qualité.

5. Les résultats indiquent que les dossiers et les entrevues sont appropriés comme sources de données. Le libellé des formulaires de consentement devra être suffisamment clair pour éviter la nécessité d'anonymiser les copies des dossiers. Sur les 68 indicateurs initiaux, 61 ont été évalués par les deux infirmières mais d'autres n'ont jamais été repérés, suggérant, pour un projet futur, la nécessité d'une augmentation marquée du nombre de dossiers à réviser ou une réduction du nombre d'indicateurs à évaluer. L'amélioration des outils de travail et la formation aux infirmières de recherche seraient des atouts importants dans un projet de plus grande envergure.

## Introduction

La qualité des soins est une préoccupation importante pour les organisations de santé de divers pays<sup>1,2,3,4</sup>. Malgré ce souci de la qualité, les soins dispensés aux aînés sont fréquemment inadéquats, particulièrement dans le contexte de certaines conditions gériatriques telles que la démence, la malnutrition, l'incontinence, les chutes et les soins s'y rapportant sont insuffisants<sup>5-8</sup>. Certains auteurs ont également mis en évidence que le niveau de soins pour les aînés vulnérables se situe bien en deçà des niveaux acceptables pour une grande variété de conditions gériatriques<sup>6</sup>. D'autres rapports sur la qualité des soins<sup>7,9,10</sup> corroborent ces constats et soulignent que les études d'évaluation de la qualité sont peu fréquentes pour les soins gériatriques<sup>7</sup>.

Par ailleurs, il importe d'accorder une attention particulière aux conditions gériatriques<sup>11</sup> et à la nécessaire amélioration de la qualité dans le continuum de soins à la clientèle âgée, qu'elle soit à domicile<sup>6,12</sup>, en milieu hospitalier<sup>7,13</sup> ou en milieu d'hébergement<sup>12,14,15</sup>. Au Québec particulièrement, la présence d'unités de médecine de famille, l'implantation de groupes de médecine familiale interdisciplinaires et la création des réseaux locaux de services regroupant la première et la deuxième lignes favorisent l'identification et l'implantation des mesures d'amélioration continue de la qualité en raison de leurs rôles auprès des aînés vulnérables et de leur collaboration avec les divers partenaires ou ressources impliquées auprès de cette clientèle. La pertinence d'évaluer la qualité s'inscrit dans la logique selon laquelle pour savoir si on a amélioré la qualité des soins, il faut d'abord être capable de la mesurer de manière valide. En la mesurant, on contribue au processus visant son amélioration<sup>16-18</sup> et on favorise une efficacité accrue de l'organisation des soins<sup>16,17</sup> et de la promotion des changements prévus<sup>17,18</sup>. La mesure de la qualité permet une meilleure connaissance de la dispensation des soins, de leur pertinence et rend possible leur amélioration qui se répercute sur les résultats observés. On a ainsi rapporté un lien entre une meilleure qualité de soins et le taux de survie des personnes âgées vulnérables vivant dans la communauté<sup>19</sup>.

## Les objectifs

Le projet pilote s'inscrit dans une démarche plus globale d'évaluation et d'amélioration de la qualité dans laquelle plusieurs étapes ont été franchies. Le but poursuivi à moyen terme est le développement, la mise en place et l'évaluation d'une démarche d'amélioration continue de la qualité. Une telle démarche doit être appropriée au contexte organisationnel et clinique d'un territoire de réseau local de services de première et deuxième lignes à une population d'ânés vulnérables. Pour contribuer à atteindre ce but, le projet pilote poursuit l'objectif général de sélectionner des indicateurs mesurables et fiables de la qualité. Il vise aussi à 1) identifier les sources de données potentielles pour mesurer chacun des indicateurs retenus et en évaluer la faisabilité dans un contexte réel de dispensation de soins et services de 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> lignes et 2) mesurer la fiabilité inter observateur.

## Rappel des étapes complétées pour la réalisation du projet pilote

### Définition de la qualité

Une étude sur la qualité suppose en premier lieu que la définition du concept de qualité fasse consensus et reflète bien les éléments que le projet de recherche veut mettre de l'avant. Pour la réalisation de ce projet pilote, la définition de la qualité de l'*Institute of Medicine* (IOM) a été retenue. Il s'agit « [du] 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<sup>2</sup> ». Cette définition a le mérite de considérer la qualité à l'échelle individuelle et populationnelle aux plans des processus de soins ou des résultats de santé<sup>16, 20</sup> tout en tenant compte des valeurs et des attentes des patients et en suivant l'évolution des connaissances<sup>21</sup>.

### Cadre conceptuel

Cette définition étant acceptée, l'élaboration du projet se poursuit en adaptant le cadre conceptuel de l'IOM. Il comprend les dimensions suivantes de la qualité : la sécurité, l'efficacité, les soins centrés sur l'âné et la communauté et l'accès. De plus, l'équité et la continuité traversent ces quatre dimensions ; elles sont mises en relation avec les résultats désirés par les personnes âgées et leurs aidants, qu'il s'agisse de rester en santé, guérir ou vivre avec la maladie, faire face à la fin de vie. Les deux précédents éléments sont particulièrement importants dans le contexte de réseaux intégrés de services aux personnes âgées qui se développent au Québec et partout ailleurs<sup>22-26</sup>. Rappelons que la sécurité correspond à la manière dont les soins et les services sont donnés et que les effets négatifs sur la personne âgée et ses proches sont réduits au minimum<sup>27</sup>. L'efficacité réfère à des soins appropriés ou à des services basés sur des connaissances scientifiques. Quant aux soins centrés sur la personne âgée et la communauté, ils s'inscrivent



directement dans une approche de partenariat entre la personne et les professionnels de la santé. La possibilité d'obtenir rapidement des soins au bon endroit et au bon moment constitue l'élément central de l'accès. L'équité suppose des soins pour tous sans aucune discrimination alors que la continuité implique une cohérence et une bonne coordination des soins<sup>2</sup>. Les démarches ayant conduit à la définition de la qualité et au choix du cadre conceptuel sont détaillées au chapitre 17 du volume PRISMA<sup>28</sup>.

### Mesure de la qualité

Dans ce projet, l'évaluation de la qualité repose sur des indicateurs de processus plutôt que sur des indicateurs de résultats. Dans ce dernier cas, il faut recourir à des ajustements complexes, notamment pour tenir compte de la sévérité de la maladie et des conditions associées et qui font souvent l'objet de discussions<sup>6, 19, 29, 30</sup>. D'autres motifs expliquent aussi le choix des indicateurs de processus : le courant actuel de la pratique fondée sur les évidences, le développement des guides de pratique favorisant l'identification d'indicateurs et une plus grande capacité à établir des comparaisons dans le temps entre les régions. Typiquement, la mesure des processus évalue la proportion des patients éligibles qui reçoivent des soins recommandés. Les indicateurs de processus pointent déjà la source où il faut agir et orientent les efforts d'amélioration de la qualité, c'est-à-dire les soins donnés, pour corriger le problème de qualité<sup>9, 29</sup>. L'évaluation des processus, notamment dans le cas des traitements pharmacologiques pour les personnes âgées vulnérables, est particulièrement appropriée pour l'examen de l'ordonnance des médicaments indiqués, la gestion de la médication, l'information et l'éducation des patients et le suivi pharmacologique<sup>31</sup>.

### Conditions retenues

L'équipe de recherche a porté son choix sur la démence et les troubles cognitifs qui constituent un problème prioritaire de santé publique<sup>32</sup> en raison de leurs impacts importants sur la personne elle-même, ses proches et ses aidants ainsi que sur tout le système de soins. Cette problématique requiert l'intervention de plusieurs disciplines et les indicateurs de qualité ont fait l'objet de nombreuses recherches dont celle d'ACOVE (*Assessing Care of Vulnerable Elders*)<sup>33</sup> qui a servi de référence principale pour nos travaux. Les précisions sur les problématiques retenues sont présentées au chapitre 17 du volume PRISMA<sup>28</sup>.

### Validation des indicateurs de qualité

Afin de tenir compte du modèle de soins intégrés, des professionnels de diverses disciplines ont été sollicités pour établir, entre autres, la pertinence des indicateurs au contexte de la pratique clinique québécoise et leur lien avec la qualité. Au total, 33 experts venant de diverses disciplines (médecine ou gériatrie, sciences infirmières, pharmacie, réadaptation, nutrition, psychologie ou neuropsychologie,

service social) et de milieux différents (Québec, Montréal et Sherbrooke) ont examiné une partie ou l'ensemble des indicateurs soumis. L'outil utilisé pour cette validation est le panel Delphi, selon la méthode RAND/UCLA *appropriateness method*. Les indicateurs sont examinés dans un premier tour et soumis à un deuxième examen lorsqu'il y a un écart significatif dans la cotation donnée par les experts. Ainsi 82 indicateurs de qualité recensés majoritairement (75 %) à partir du projet ACOVE ont été soumis aux panélistes qui devaient indiquer leur accord sur leur validité et déterminer s'ils étaient « appropriés, inappropriés ou incertains ». Au deuxième tour, 72 indicateurs (92 % venant d'ACOVE) étaient validés par l'ensemble des experts. Voir, dans cet ouvrage au chapitre 17, le texte d'Edeltraut Kröger « Indicateurs validés pour les personnes ayant des troubles cognitifs ou atteintes de démence » pour des précisions au sujet des opérations de validation.

## **Méthodologie**

### **Établissement collaborateur**

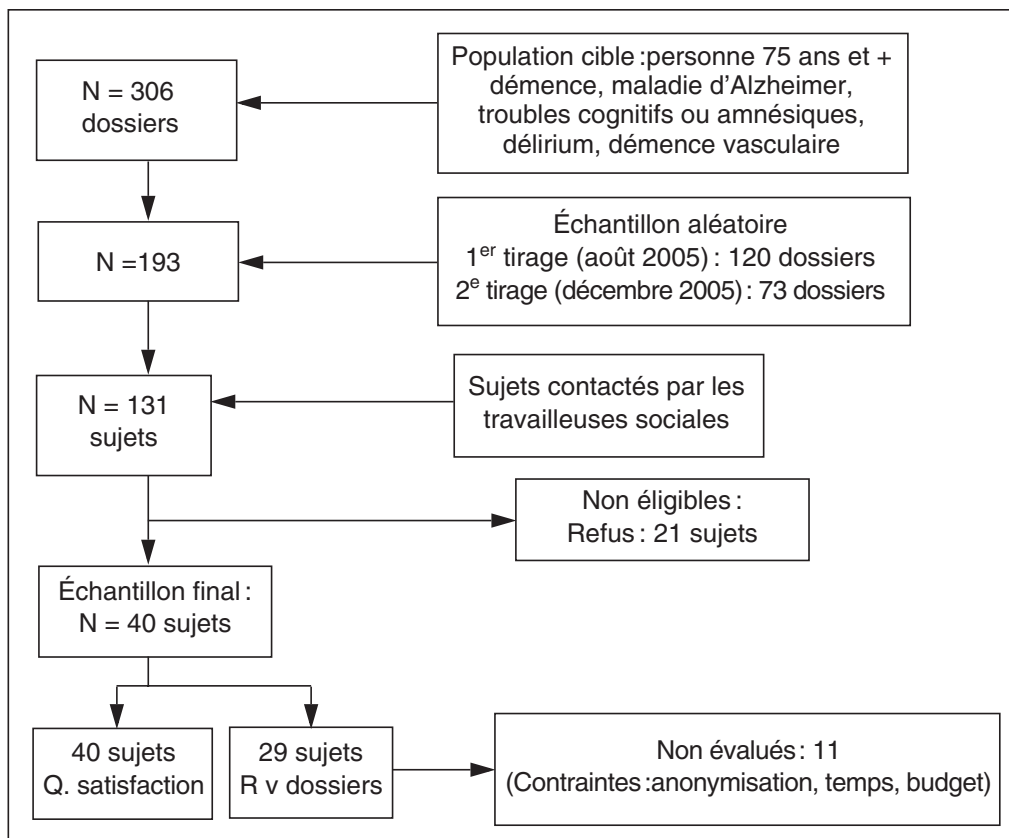
Le projet a été mené dans l'agglomération urbaine de Québec. Il a été fait en collaboration avec le Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale (CSSS/VC). Il s'agit d'un établissement multivocationnel issu de la fusion de Centres locaux de services communautaires (CLSC) et de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Le territoire du CSSS/VC comprend une partie de la ville de Québec, les villes de l'Ancienne-Lorette et de St-Augustinde-Desmaures<sup>34</sup>. La coordonnatrice du soutien à domicile (SAD) du CSSS/VC et dix travailleuses sociales de ce service ont participé à ce projet pilote.

### **Population à l'étude**

Les personnes éligibles sont celles de 75 ans et plus inscrites au SAD du CSSS/VC et présentant l'un ou plusieurs des diagnostics suivants identifiés à partir des codes disponibles dans le système d'information SIC Plus des CLSC<sup>35</sup>: maladie d'Alzheimer, troubles cognitifs, delirium, démence (démence vasculaire), trouble amnésique (N = 306). Deux tirages aléatoires ont été faits et sur les 306 dossiers éligibles, 193 ont été retenus. Les travailleuses sociales ayant la charge d'au moins cinq dossiers inclus dans ces 193 ont fait les premiers contacts. Les étapes de sélection de l'échantillon sont illustrées à la figure 16.1.

Entre le 7 octobre 2005 et le 15 avril 2006, 10 travailleuses sociales du SAD ont donc contacté 131 sujets. Un total de 70 dossiers ont été jugés non éligibles (erreur de codification du diagnostic, décès, hébergement en résidence privée ou en CHSLD depuis plus de trois mois, pas de service actif du CLSC, dossier fermé) et 21 personnes ont refusé de participer au projet. Le nombre final de sujets à l'étude a donc été de 40. Les entrevues téléphoniques sur la satisfaction ont été menées auprès de ces 40 personnes alors que la révision des dossiers a été faite pour 29 sujets.

Figure 16.1  
Sélection de l'échantillon à l'étude



### Sources de données

Les sources de données retenues pour l'examen des indicateurs de qualité sont : les dossiers cliniques ou médicaux (CSSS/VC ; centre hospitalier – dossier complet d'une hospitalisation de deux jours ou plus ; centre d'hébergement de soins de longue durée, services spécialisés gériatriques, dossier du médecin traitant en cabinet) pour les deux dernières années, soit pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2005. La personne âgée elle-même (son aidant ou son mandataire homologué) a aussi été sollicitée pour une entrevue téléphonique sur la satisfaction. Enfin, les banques de données administratives pouvaient être consultées au besoin.

### Collecte de données et déroulement : indicateurs de qualité

Le défi principal de ce projet pilote était l'accès aux dossiers médicaux et hospitaliers, leur collecte et leur révision.

Des fiches techniques (voir un exemple de fiche utilisée en annexe) pour la collecte des données ont été préparées par les membres de l'équipe pour les 68 indicateurs de qualité validés après évaluation des experts dans les deux tours Delphi. Les fiches portaient sur les domaines préalablement établis : l'évaluation, le traite-

ment, le suivi et la continuité. Les membres de l'équipe, assistés d'une archiviste, ont donné une formation de trois jours aux deux infirmières de recherche et deux dossiers complets ont été révisés en groupe. Après l'examen de cinq dossiers, une autre journée a été réservée pour le bilan et les ajustements nécessaires. Les infirmières complétaient, de façon indépendante, les fiches correspondant aux indicateurs de qualité présents dans les dossiers et pouvaient également y consigner leurs commentaires si nécessaire. Le travail de révision a débuté en mars 2006 et s'est poursuivi jusqu'en juin 2006.

Des photocopies des dossiers pour 38 sujets retenus sur les 40 initialement prévus ont été demandées aux responsables des établissements ou aux médecins en cabinet. Les copies des deux derniers dossiers n'ont pas été demandées, considérant les contraintes de temps et de disponibilité budgétaire. Plusieurs raisons expliquent le choix des photocopies des dossiers plutôt que leur consultation sur place. En effet, dans l'éventualité d'un projet de plus large envergure, il serait difficile et onéreux de procéder à une révision des dossiers sur place. Si des précisions ou des vérifications supplémentaires étaient nécessaires, il faudrait alors présenter une nouvelle demande d'accès au dossier au service des archives en plus de visites additionnelles à l'établissement ou au bureau du médecin.

Dans tous les cas de demande de dossier, un formulaire de consentement dûment signé par la personne âgée elle-même, son aidant ou son mandataire homologué était joint. Les directeurs des services professionnels des établissements de santé de la région de Québec ont autorisé les responsables des archives à fournir les documents requis à l'équipe de recherche. Deux procédés ont été utilisés pour les demandes aux médecins de famille. Dans le premier cas, le responsable de l'étude téléphonait d'abord aux médecins concernés pour leur expliquer le projet et solliciter l'autorisation d'accès aux dossiers des patients retenus dans l'étude. Une lettre était ensuite adressée à ces médecins. Dans le second cas, il n'y avait pas d'appel préalable et une lettre était envoyée directement aux médecins avec les explications pertinentes. On demandait, dans un cas comme dans l'autre, la photocopie du contenu intégral du dossier (incluant les résultats de tests, d'analyses et les rapports de consultations) des patients retenus dans l'étude.

Le projet assumait les coûts liés à la photocopie des dossiers et le temps de travail que le personnel des établissements ou des cabinets y consacrait. Le projet acquittait également les frais postaux ou de messagerie pour l'envoi et le retour des formulaires de consentement.

Les comités d'éthique de la recherche du CHA, du CSSS/VC et de l'Université Laval ont approuvé le projet pilote, le contenu des formulaires de consentement et l'accès aux informations contenues dans les différents dossiers. Des engagements à la confidentialité et des mesures de protection des informations recueillies ont été prises tout au long de la réalisation du projet pilote.

Pendant toute la durée de l'étude, un journal de bord a été tenu par la coordonnatrice du projet afin de documenter tout problème ou événement important. On y consignait également le registre des demandes de dossiers aux établissements

ou aux médecins de famille, le nombre des dossiers reçus et révisés, les heures travaillées par les infirmières de recherche ou les difficultés qu'elles pouvaient rencontrer dans leur travail.

### **Collecte de données et déroulement : satisfaction**

Les travailleuses sociales du SAD ont fait les premiers contacts avec les personnes âgées, leur aidant ou leur mandataire homologué pour demander si elles acceptaient qu'elles donnent leurs coordonnées pour que l'équipe de recherche puisse les contacter. Dans le cas d'une réponse positive, la coordonnatrice du projet les contactait ensuite par téléphone et donnait des explications détaillées sur le projet de recherche, précisait le type de collaboration attendue, informait sur l'obligation légale d'un consentement pour l'accès aux dossiers et établissait les modalités de réalisation de l'entrevue téléphonique subséquente. Deux copies du formulaire de consentement approprié étaient postées et dès réception d'une copie dûment signée, la coordonnatrice pouvait alors procéder à l'entrevue téléphonique.

Les entrevues téléphoniques ont été privilégiées plutôt que les entretiens en face à face pour ce projet pilote. Considérant l'éventualité d'un projet de plus grande envergure, il serait en effet plus difficile et onéreux de faire des entretiens en personne.

Le questionnaire utilisé était celui portant sur la satisfaction des services élaboré par l'équipe PRISMA<sup>28, 35</sup> auquel ont été ajoutés quatre éléments d'indicateurs de qualité qui n'étaient pas présents ou repérables dans le dossier hospitalier ou médical. Ces questions portent sur les éléments suivants : délai pour la prise de rendez-vous avec un médecin spécialiste ; collaboration et avis sollicités pour l'ensemble des services reçus ; facilité d'obtenir un rendez-vous avec un médecin si besoin ; conseils ou références pour l'arrêt du tabagisme.

Dans sa version originale, le questionnaire PRISMA comporte 34 questions à double volet : la perception des soins ou services reçus et l'importance qui leur est accordée. Cette version a été utilisée pour les dix premières entrevues. En décembre 2005, il a été convenu d'utiliser une version abrégée (26 questions) pour les entrevues subséquentes. Cette version a été mise à notre disposition par le chercheur du groupe PRISMA ayant développé ce questionnaire. Les comités d'éthique ont été informés et ont approuvé cette modification au questionnaire.

On a aussi demandé à la personne âgée, son aidant ou son mandataire homologué des renseignements sur l'utilisation des services, soit, les hospitalisations de deux jours ou plus ou les visites médicales chez le médecin généraliste au cours des deux dernières années.

### **Analyse statistique**

On évaluait d'abord le nombre et la proportion des indicateurs jugés applicables et évalués dans les dossiers révisés par les infirmières. Des règles de décision sous forme d'algorithme pour chaque indicateur ont été établies afin de déterminer si les

informations sur les indicateurs de qualité évalués dans les dossiers amenaient à juger un indicateur comme rencontré ou non. Le coefficient Kappa a été retenu pour indiquer l'accord inter observateurs, entre les deux infirmières de recherche, à l'effet qu'un indicateur de qualité était a) applicable chez un patient donné et b) rencontré ou non selon l'analyse des dossiers. Les coûts moyens et le temps moyen consacré à chaque dossier ont été calculés. En ce qui concerne le questionnaire de satisfaction, l'équipe a examiné l'ensemble des questionnaires complétés, la proportion des questions qui ont obtenu des réponses par les personnes répondantes ainsi que les commentaires ou explications additionnelles fournies par les personnes répondantes.

## Résultats

### Objectif 1 : Sources de données

Lors de la validation de contenu des indicateurs de qualité (voir chapitre 17, E. Kröger *et al*), il a été déterminé si l'information pour un indicateur donné devait être présente dans le dossier clinique. Les sources de données utilisées ont effectivement été les dossiers cliniques et médicaux et les entrevues avec la personne âgée, son aidant ou son mandataire homologué. La consultation des banques de données administratives n'a pas été nécessaire en raison du type d'informations recueillies qui étaient déjà présentes dans les dossiers.

Des 40 personnes inscrites et constituant l'échantillon de départ, les dossiers de 38 personnes ont été demandés et obtenus du CSSS/VC. Selon que ces 38 personnes avaient fréquenté ou non un centre hospitalier, un service gériatrique spécialisé ou un cabinet médical au cours des 2 dernières années, le dossier correspondant était alors demandé. Ainsi, les dossiers d'hospitalisation pour 20 personnes et les dossiers de médecins généralistes pour 32 personnes ont été obtenus. Les 38 dossiers du CSSS/VC ont également été reçus. Les contraintes de temps et les limitations budgétaires inhérentes à la réalisation de ce projet pilote ont fait en sorte que les dossiers complets pour 29 personnes (sur 38) ont fait l'objet d'une révision.

### Objectif 2 : Faisabilité

L'équipe de recherche a été confrontée à un important problème d'éthique, soit celui de l'anonymisation des dossiers. Dès le début de la collecte terrain, les responsables des services des archives de certains établissements estimaient que le libellé du formulaire de consentement exigeait que les copies des dossiers soient anonymisées. Cette procédure est longue et coûteuse, surtout pour les dossiers sociaux dans lesquels les noms ou autres indications identifiant la personne âgée elle-même, son aidant ou son mandataire homologué apparaissent souvent et de façon régulière.

La procédure d'anonymisation a entraîné des délais et des coûts non anticipés au départ. Elle a été appliquée pour les huit premiers dossiers du CSSS/VC et ses effets se sont rapidement manifestés. Si l'équipe décidait de poursuivre sur la même lancée, la réalisation du projet serait compromise en raison des délais et des coûts importants. Des démarches ont donc été entreprises auprès du comité d'éthique du CHA pour faire préciser et valider la pertinence de produire des copies non anonymisées. Le comité d'éthique de la recherche du CHA a finalement validé la conduite de l'équipe de recherche, considérant que toutes les dispositions raisonnables étaient prises pour assurer le respect de la confidentialité. Les services des archives ont été informés de cette décision et accepté de poursuivre l'opération de photocopie sans anonymisation.

L'équipe de recherche a dû faire face à une autre contrainte, celle de soumettre à plusieurs comités d'éthique le projet pilote et toutes les modifications qui peuvent survenir en cours de réalisation. Si la même exigence était maintenue dans un projet de plus grande envergure, elle entraînerait des délais et pourrait compliquer sa réalisation.

La révision des dossiers complets a été faite pour 29 personnes. Pour chaque sujet, les deux infirmières ont, de façon indépendante, extrait l'information des dossiers. Pour chaque indicateur de qualité applicable chez le sujet, les infirmières ont inscrit sur la fiche technique la présence ou non des différents éléments composant l'information sur l'indicateur. Le coût estimé pour la révision de tous les dossiers d'un même sujet par une infirmière est en moyenne de 135\$. Les coûts s'élèvent à 184\$ par sujet si on y ajoute le questionnaire de satisfaction. La longueur et la complexité de certains dossiers ont influencé la durée consacrée à leur révision. Il faut compter en moyenne cinq heures par dossier. Chaque infirmière a consacré au total près de 150 heures pour la révision des dossiers complets de 29 personnes.

Les entretiens téléphoniques pour le questionnaire de satisfaction ont été faits entre le 31 octobre 2005 et le 12 mai 2006 pour tous les sujets de l'échantillon final constitué (N = 40). Dans 75 % des cas, ce sont surtout des aidantes qui ont répondu au questionnaire et fourni des données sur l'utilisation des services. Les autres entrevues ont été faites avec les mandataires homologués (17 %) et les personnes âgées elles-mêmes (8 %). Le questionnaire a été répondu avec facilité et succès. La durée moyenne des entrevues était de 15 minutes. Le choix des entretiens par téléphone convient à la plupart des personnes retenues. Il y a eu une dérogation pour trois cas où les personnes ont été rencontrées en face à face en raison de leur condition particulière. Les commentaires des personnes répondantes ont été notés au moment de l'entrevue. Nous avons noté, dans plusieurs cas, que les personnes répondantes ne pouvaient donner de réponse aux questions portant sur l'aide pour les activités de la vie domestique et les soins personnels parce qu'elles ne cohabitaient pas avec la personne âgée.

### Objectif 3 : Fiabilité inter observateurs

Parmi les 68 indicateurs de qualité possiblement applicables chez une même personne, 65 ont été évalués par au moins une infirmière chez au moins un patient et 61 par les 2 infirmières chez au moins un même patient. De ce nombre, seulement 22 indicateurs de qualité ont été évalués par les 2 infirmières chez 10 personnes ou plus (tableau 16.1).

Tableau 16.1

#### Nombre d'indicateurs de qualité (IQ) évalués chez les 29 sujets étudiés

<b>IQ évalué pour :</b>	<b>IQ évalué par infirmière # 1</b>	<b>IQ évalué par infirmière # 2</b>	<b>IQ évalués par les 2 infirmières, chez le même patient</b>	<b>Nombre total d'IQ évalués par les 2 infirmières chez plus de 10 patients</b>
<b>Évaluation</b>				
• 1 à 9 sujets	11	15	16	11
• 10 sujets ou +	18	13	11	
<b>Traitement</b>				
• 1 à 9 sujets	7	9	9	7
• 10 sujets ou +	9	7	7	
<b>Suivi</b>				
• 1 à 9 sujets	10	13	14	4
• 10 sujets ou +	10	6	4	
<b>Nombre total (% sur 68 IQ étudiés)</b>	65 (95,6)	63 (92,6)	61 (89,7)	22 (32,4)

L'accord inter observateurs a été calculé pour deux situations :

1. Si chez un même patient, les deux infirmières jugeaient un indicateur applicable, il y avait accord. Si chez un même patient, les deux infirmières jugeaient un indicateur non applicable, il y avait également accord. Si chez un même patient, les deux infirmières n'étaient pas d'accord sur l'applicabilité d'un indicateur, il y avait désaccord. La valeur Kappa pour ce type d'accord, pour les 65 indicateurs évalués parmi les 29 sujets, était de 0,53 ou modérée (tableau 16.2).
2. L'accord sur le jugement fut calculé pour tous les indicateurs évalués chez un même patient par les deux infirmières. Il y avait accord si les informations recueillies par les DEUX infirmières amenaient à juger un indicateur comme rencontrés OU si les informations des DEUX infirmières amenaient à juger l'indicateur comme non rencontré. Si les informations des deux infirmières n'amenaient pas au même jugement, il n'y avait pas d'accord. La valeur Kappa pour ce type d'accord, globalement pour l'évaluation des 65 indicateurs, était de 0,57 ou modérée (tableau 16.2).



Tableau 16.2

**Fiabilité inter observateurs pour les 65 indicateurs de qualité évalués**

	<b>Accord sur IQ jugé rencontré ou non chez un sujet, parmi 65 IQ</b>	<b>Accord sur l'applicabilité d'un IQ chez un sujet, parmi 65 IQ</b>
<b>Kappa pour la fiabilité inter observateur</b>	0,57	0,53
<b>Proportion des occurrences avec accord entre les deux observateurs</b>	79,3 %	77,5 %

**Discussion et conclusion**

Les sources de données retenues, soit les dossiers cliniques et médicaux, de même que les entrevues téléphoniques avec les personnes âgées elles-mêmes, leur aidant ou leur mandataire homologué sont appropriées pour le projet pilote. Considérés isolément, les dossiers médicaux ou cliniques ne peuvent rapporter toutes les informations sur les soins ou les services car les activités de prévention et de counselling y sont moins fréquemment consignées et pourraient ainsi influencer la qualité des soins<sup>29, 30, 36</sup>. La confiance dans la seule documentation des dossiers pourrait mener à des conclusions erronées sur le processus de soins et la qualité qui y est reliée<sup>37</sup>. Malgré cette réserve, les dossiers sont néanmoins considérés comme le *gold standard* pour plusieurs mesures de qualité et il est préférable d'y recourir plutôt que la seule utilisation des données administratives, particulièrement lorsqu'il s'agit de mesurer des conditions gériatriques (démence, fin de vie, chutes, malnutrition, ulcères de pression, incontinence urinaire)<sup>38</sup>.

L'entrevue téléphonique sur la satisfaction avec la personne âgée, son aidant ou son mandataire homologué comme source de données, ajoutée à la révision des dossiers cliniques ou médicaux, permet une évaluation plus globale de la qualité. L'administration du questionnaire téléphonique a été une opération réussie et s'avère un outil efficace pour compléter les informations obtenues dans les dossiers. Il est d'autant plus important de recourir à ce moyen car ce que les personnes interrogées rapportent en termes de qualité interpersonnelle avec les dispensateurs de soins peut être distinct de la qualité technique des soins mesurée par la révision des dossiers. La satisfaction rapportée n'est pas automatiquement associée à la qualité technique des soins mais elle peut être associée au degré de communication dans les rapports interpersonnels<sup>39</sup>.

Les copies des dossiers ont été obtenues facilement malgré les embûches de l'anonymisation présentes au début du projet. Dans les cabinets médicaux, les médecins ont fait preuve d'une collaboration empressée. Contrairement aux inquiétudes au sujet de l'accès rapide aux dossiers médicaux, les médecins ont fait preuve d'une grande collaboration et ont rapidement répondu à nos demandes de copies

de dossiers. Tel que mentionné précédemment, l'anonymisation des dossiers génère des délais et des coûts importants. Dans la perspective d'un projet à plus grande échelle, il faudrait être plus minutieux dans le libellé du formulaire de consentement, de façon à ce que le texte soit suffisamment clair et ne laisse pas de marge de manœuvre pour suggérer la nécessité de l'anonymisation des dossiers. En outre, l'implication de plusieurs comités d'éthique, comme ce fut le cas de l'actuel projet pilote, risquerait d'alourdir le processus et compromettre la réalisation d'un projet plus grand.

L'accord inter observateurs, exprimé par un Kappa modéré (0,57), s'applique pour 61 indicateurs de qualité évalués par les 2 infirmières. Compte tenu également que 22 indicateurs de qualité sont présents chez 10 sujets ou plus de l'échantillon et que d'autres indicateurs n'ont jamais été repérés (3 indicateurs n'ont jamais été évalués parce qu'absents des dossiers), il y aurait lieu, soit d'augmenter le nombre de dossiers à réviser en conservant le même nombre d'indicateurs de qualité, soit de réduire le nombre d'indicateurs à évaluer.

Ces résultats, couplés aux commentaires reçus des infirmières, suggèrent aussi des améliorations des outils de travail et de la formation des infirmières. Il faudrait, par exemple, revoir le contenu des fiches techniques et rendre son utilisation plus conviviale. La période de formation offerte aux infirmières devrait être plus longue et il serait impératif qu'au cours de cette formation, il y ait une compréhension commune des éléments du contenu des fiches et des informations à recueillir. Il faudrait prévoir des vérifications périodiques et fréquentes avec les infirmières, particulièrement au début du processus de révision. Des bilans périodiques pourraient également être inscrits dans le calendrier des travaux.

Les coûts constituent aussi un obstacle majeur à ce type d'étude en raison de l'intensité des travaux nécessaires. Tel que signalé précédemment, il en coûte en moyenne 184\$ pour la révision des dossiers d'un sujet et l'administration du questionnaire de satisfaction. Un projet visant une révision de 1000 dossiers nécessiterait donc des budgets importants pour la collecte des données seulement. Les difficultés de financement pour réaliser un grand projet seraient importantes. Néanmoins les améliorations suggérées plus tôt pourraient, dans une certaine mesure, contribuer à une réduction des coûts. Le développement du dossier clinique informatisé et son utilisation élargie constituerait une avenue intéressante de réduction des coûts d'évaluation d'indicateurs de qualité. Le projet pilote s'est avéré essentiel pour mesurer l'ampleur de la tâche à accomplir dans le cadre d'une démarche d'évaluation de la qualité. Il ouvre la porte à une éventuelle recherche de plus grande envergure à la condition expresse que soient apportées certaines adaptations des instruments de collecte des informations.

## Remerciements

Le projet pilote a été subventionné par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC – projet # 29188). L'équipe tient à remercier madame Marie-Andrée Leblanc, coordonnatrice du service du soutien à domicile du Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale et les 10 travailleuses sociales impliquées. Nous remercions aussi les responsables des archives du CSSS/VC, l'archiviste conseil qui a révisé les fiches techniques et préparé le travail de révision avec les infirmières. Nous remercions chaleureusement les infirmières de recherche, mesdames Édith Picard-Marcoux et Sophear Sar, qui ont effectué la révision des dossiers. Merci aussi aux médecins généralistes qui ont collaboré au projet pilote.

## Références

1. World Health Organization. *The World Health Report 2000 : health systems, improving performance*. Geneva : WHO, 2000.
2. Hurtado MP, Swift EK, Corrigan JM. (eds). *Envisioning the National Health Care Quality Report*. Washington, D.C., 2001 ; Institute of Medicine, Board on Health Care Services : 234 p.
3. National Health Services (NHS). *Quality and performance in the NHS : High level of performance indicators*. London, 1999 ; 76 p.
4. Gouvernement du Québec. *Projet de loi no 38 : Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être*. Québec, 2003.
5. Wenger NS, Solomon DH, MacLean C, Saliba D, Roth C, Kamberg C, Rubenstein L, Schnelle J, Young RT, Skekelle PG. Vulnerable elders receive worse quality care for geriatric conditions than for medical conditions. *Journal of General Internal Medicine*. 2001 ; 16 : 222.
6. Wenger NS, Solomon DH, Roth CP. The Quality of medical care provided to vulnerable community older patients. *Annals of Internal Medicine*. 2003 ; 139 : 740-747.
7. Jencks SF, Cuerdon T, Burwen DR, Fleming B, Horick PM, Kussmaul AE, Nilasena DS, Ordin DL, Arday DR. Quality of medical care delivered to Medicare beneficiaries. *Journal of the American Medical Association*. 2000 ; 284 (13) : 1670-1676.
8. Jencks SF, Cuerdon T. Change in the quality of care delivered to Medicare beneficiaries 1998-1999 to 2000-2001. *Journal of the American Medical Association*. 2003 ; 289 : 305-312.
9. Brook RH, McGlynn EA, Shekelle PG. Defining and measuring quality of care : a perspective from US researchers. *International Journal for Quality in Health Care*. 2000 ; 12 : 281-295.

10. Marshall CL, Bluestein M, Chapin C, Davis T, Gersten J, Harris C, Hodgins A, Larsen W, Rigberg H, Krishnaswami V, Darling B. Outpatient management of diabetes mellitus in five Arizona Medicare managed care plans. *American Journal of Medical Quality*. 1996 ; 11 : 87-93.
11. Sloss EM, Solomon DH, Shekelle PG, Young RT, Saliba D, MacLean CH, Rubenstein LZ, Schnelle JF, Kamberg CJ, Wenger NS. Selecting target conditions for quality of care improvement in vulnerable older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2000 ; 48 : 363-369.
12. Fahey T, Montgomery AA, Barnes J, Protheroe J. Quality of care for elderly resident in nursing homes and elderly people living at home : controlled observational study. *British Medical Journal*. 2003 ; 326 : 580-585.
13. Marciniak TA, Ellerbeck EF, Radford MJ, Kresowik TF, Gold JA, Krumholz HM, Kiefe CI, Allman RM, Vogel RA, Jenck SF. Improving the Quality care for Medicare patients with acute myocardial infarction. *Journal of the American Medical Association*. 1998 ; 279 (17) : 1351-1357.
14. Kane RL. Improving the quality of long-term care. *Journal of the American Medical Association*. 1995 ; 273 : 1376-1380.
15. Dickinson E, Brocklehurst J. Improving the quality of long term care for older people : lessons from the CARE scheme. *Quality in Health Care*. 1997 ; 6 : 160-164.
16. Brook RH, McGlynn EA, Cleary PD. Quality of health care. Part 2 : measuring quality of care. *New England Journal of Medicine*. 1996 ; 335 : 966-970.
17. Donabedian A. *Exploration in quality assessment and monitoring*. Volume 1 : The definition of quality and approaches to its assessment. Michigan : Health Administration Press, Ann Arbor, 1980.
18. Irvine D. *Managing for quality in general practice*. London : King's Fund Centre, 1990.
19. Higashi T, Shekelle PG, Adams JL, Kamberg CJ, Roth CP, Solomon DH, Reuben DB, Chiang L, MacLean CH, Chang JT, Young RT, Saliba DM, Wenger NS. Quality of Care Is Associated with Survival in Vulnerable Older Patients. *Annals of Internal Medicine*. 2005 ; 143 (4) : 274-281
20. Donabedian A. Methods for deriving criteria for assessing the quality of medical care. *Medical Care Review*. 1980 ; 37 : 653-698.
21. Lohr KN. Medicare : A Strategy for Quality Assurance. In: Lohr KN. *Committee to design a strategy for quality review and assurance in Medicare*. Institute of Medicine, ed. Vol. II : Sources and Methods : National Academy Press, 1990 : 476.
22. MSSS. *Priorités nationales de santé publique 1997-2001. Vers l'atteinte des résultats attendus : 3<sup>e</sup> bilan*. Québec, MSSS, 2001.

23. Durand PJ, Tourigny A, Bonin L, Paradis M, Lemay A, Bergeron P. *Mécanisme de coordination des services géronto-gériatriques des Bois-Francs – QC 403. Rapport final sur les résultats présentés au Fonds d'adaptation des services de santé*. Québec, avril 2001.
24. Tourigny A, Durand PJ, Bonin L, Hébert R, Rochette L. Quasi-experimental Study of the Effectiveness of an Integrated Service Delivery Network for Frail Older People. *Canadian Journal of Aging*. 2004, 23 (3) : 231-246.
25. Capital Health Authority. *Program description for the comprehensive home option of integrated care for the elderly*. (Working document). Edmonton : Capital Health Authority. 1995.
26. Eng C, Pedulla J, Eleazer GP, McCann R, Fox N. Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE) : an innovative model of integrated geriatric care and financing. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1997 ; 45 (2) : 223-232.
27. 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.
28. Tourigny A, Côté L, Kröger E, Lebel P, Kergoat MJ, Morin D, Tousignant M.. Cadre de référence pour l'évaluation de la qualité des soins et services aux personnes âgées vulnérables. Dans Hébert R, Tourigny A, Gagnon M éd. *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*. Québec : Édisem, 2004 : 301-320.
29. Min LC, Reuben DB, MacLean CH, Shekelle PG, Solomon DH, Higashi T, Chang JT, Roth CP, Kamberg CJ, Adams J, Young RT, Wenger NS. Predictors of Overall Quality of Care Provided to Vulnerable Older People. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2005 ; 53 (10) : 1705-1711.
30. McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A, Kerr EA. The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States. *The New England Journal of Medicine*. 2003 ; 348 (26) : 2635-2645.
31. Higashi T, Shekelle PG, Solomon DH, Knight EL, Roth C, Chang JT, Kamberg CJ, MacLean CH, Young RT, Adams J, Reuben DB, Avorn J, Wenger NS. The Quality of Pharmacologic Care for Vulnerable Older Patients. *Annals of Internal Medicine*. 2004 ; 140 (9) : 714-720.
32. Haan MN, Wallace R. Can Dementia Be Prevented? Brain Aging in a Population-Based Context. *Annual Review of Public Health*. 2004 : 25 : 1-24.
33. Wenger NS, Shekelle PG. Assessing care of vulnerable elders : ACOVE project overview. *Annals of Internal Medicine*. 2001 ; 135 (8Pt2) : 642-646.
34. Site internet du CSSS de la Vieille-Capitale <http://www.csssvc.qc.ca>

- 
35. Gagnon M. *Satisfaction et autonomisation des personnes âgées face aux soins et services de santé : instruments de mesure et variables associées*. Thèse de doctorat présentée à l'Université du Québec à Trois-Rivières, février 2004.
  36. Luck J, Peabody JW, Dresselhaus TR, Lee M, Glassman P. How Well Does Chart Abstraction Measure Quality ? A Prospective Comparison of Standardized Patients with the Medical Record. *The American Journal of Medicine*. 2000, 108 : 642-649.
  37. Schnelle JF, Osterweil D, Simmons SF. Improving the Quality of Nursing Home Care and Medical-Record Accuracy With Direct Observational Technologies. *The Gerontologist*. 2005, 45 (5) : 576-582.
  38. MacLean CH, Louie R, Shekelle PG, Roth CP, Saliba D, Higashi T, Adams J, Chang JT, Kamberg CJ, Solomon DH, Young RT, Wenger NS. Comparison of Administrative Data and Medical Records to Measure the Quality of Medical Care Provided to Vulnerable Older Patients. *Medical Care*. 2006, 44(2) : 141-148.
  39. Chang JT, Hays RD, Shekelle PG, MacLean CH, Solomon DH, Reuben DB, Roth CP, Kamberg CJ, Adams J, Young RT, Wenver NS. Patients' Global Ratings of Their Health Care Are Not Associated with the Technical Quality of Their Care. *Annals of Internal Medicine*. 2006, 144 (9) : 665-672.



# Chapitre 17

## Validation d'indicateurs de qualité pour les soins de santé dispensés aux aînés vulnérables

---

Edeltraut Kröger, André Tourigny, Diane Morin, Lise Côté, Marie-Jeanne Kergoat, Paule Lebel, Line Robichaud, Shirley Imbeault, Solange Proulx

---

### Points saillants

1. Pour améliorer la qualité des soins et services aux personnes âgées vulnérables il faut d'abord mettre au point une méthode rigoureuse pour évaluer cette qualité.
2. Des indicateurs de processus ont été choisis afin d'évaluer les soins et services aux personnes âgées atteintes de troubles cognitifs ou de démence.
3. Ces indicateurs venant de l'extérieur et n'ayant pas été élaborés pour le contexte des réseaux de service intégrés, il faut passer par une validation des indicateurs sélectionnés en équipe de recherche multidisciplinaire.
4. La majorité (88 %) des indicateurs soumis pour validation a été jugée acceptable pour l'évaluation de la qualité dans un réseau de services intégré, par un panel Delphi de 33 cliniciens expert appartenant à 9 disciplines ou spécialités des soins de santé.
5. Ces indicateurs seront expérimentés dans un projet pilote pour évaluer leur fiabilité et la faisabilité de l'évaluation par indicateurs de qualité dans le contexte des soins et services ambulatoires aux personnes âgées atteintes de troubles cognitifs ou de démence au Québec.

**OBJECTIF :** Valider des indicateurs de qualité élaborés à l'extérieur du Québec pour les soins et services offerts aux personnes âgées vulnérables, dans le cadre d'un programme de recherche sur l'amélioration de la qualité des soins dans un système de services intégrés.

**MÉTHODE :** Deux tours d'un panel Delphi modifié selon la méthode RAND® (Université de Californie à Los Angeles).

**CADRE :** Trois centres urbains importants au Québec, Canada.



**PARTICIPANTS :** Un panel de 33 experts de première et deuxième lignes incluant les soins prolongés et représentant 2 spécialités médicales (médecine de famille et gériatrie) et 7 disciplines professionnelles de santé ou de services sociaux, (soins infirmiers, réadaptation, psychologie, neuropsychologie, pharmacie, nutrition, service social).

**MESURES :** Validité apparente et de contenu d'indicateurs de qualité de processus, évaluée par la mesure statistique « Étendue interpercentile ajustée pour la symétrie » (*interpercentile range adjusted for symmetry* ou IPRAS). Cette mesure a évalué l'accord avec 3 critères (médiane de 7 – 9 sur une échelle de 9 points) et parmi les 33 panélistes.

**RÉSULTATS :** Sur les 82 indicateurs initialement proposés aux panélistes pour les soins des adultes vulnérables atteints de déficits cognitifs ou de démence, 72 (88 %) ont été acceptés après deux tours. Les indicateurs rejetés concernaient le traitement (1), le suivi (4), le consentement (1), la satisfaction (3) et l'accès (1). Les indicateurs retenus couvrent toutes les dimensions du cadre conceptuel de la qualité : sécurité (13), efficacité (27), soins centrés sur le patient (16), accès (3) et continuité (13).

**CONCLUSION :** Un panel multidisciplinaire d'experts a jugé une majorité des indicateurs soumis comme valides pour leur utilisation dans un système de services intégrés pour des personnes âgées vulnérables au Québec, Canada. Ces indicateurs seront mesurés en utilisant les dossiers des patients, des entrevues avec les patients ou leurs aidants ou des données administratives.

D'importantes variations de la qualité des soins et services de santé peuvent affecter toutes les catégories de la population<sup>1</sup>, mais de telles variations sont particulièrement inquiétantes pour les personnes âgées vulnérables<sup>2-4</sup>. L'augmentation de la qualité des soins pour cette population est associée avec une durée plus longue de survie<sup>5</sup>. Par ailleurs, la demande pour les soins et les services pour les personnes âgées, un groupe qui a rapidement augmenté dans la population, exerce une pression accrue sur le système de santé<sup>6</sup>. Le sous-financement des services de santé dans plusieurs pays industrialisés, dont le Canada<sup>7</sup>, peut accentuer le problème de qualité pour ce groupe de personnes. En conséquence, plusieurs initiatives ont visé l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des services de santé dispensés aux personnes âgées et aux populations présentant des limitations fonctionnelles<sup>8</sup>.

L'intégration des services est une approche prometteuse pour améliorer l'accès, la qualité, la satisfaction des usagers et l'efficacité<sup>9-11</sup>. Selon différents projets réalisés<sup>6-12, 13</sup>, les principales caractéristiques d'un système intégré de services efficace pour des personnes âgées vulnérables sont : un guichet unique d'entrée dans le système, la gestion de cas, l'évaluation gériatrique et la présence d'une équipe multidisciplinaire de soins<sup>14</sup>. Partant de ces principes et en utilisant un modèle d'implantation innovateur, le Programme de Recherche sur l'Intégration des Services de Maintien de l'Autonomie (PRISMA) est en cours

au Québec depuis 1999. Il vise la promotion de l'autonomie des personnes âgées vivant dans la communauté et étudie l'implantation des réseaux intégrés<sup>13, 15</sup>.

Des projets de recherche particuliers, menés dans le cadre du programme PRISMA, ont étudié la satisfaction du patient et sa perception à l'égard du système intégré de services<sup>16-17</sup>. Puisque l'amélioration de la qualité est un des principaux objectifs de l'intégration des services, un projet spécifique a été orienté vers l'évaluation et l'amélioration de la qualité des soins et des services de santé offerts aux personnes âgées vulnérables à l'intérieur d'un réseau intégré de services<sup>15</sup>. L'évaluation de la qualité, soutenue par des indicateurs de qualité du processus (IQP), est la première étape essentielle à l'amélioration de la qualité et la réduction de sa variabilité<sup>4, 18</sup>. Aux États-Unis, un projet de recherche d'une grande envergure appelé « Assessing Care of Vulnerable Elders » (ACOVE) a évalué la qualité des soins pour les personnes âgées au moyen des indicateurs de qualité de processus (IQP)<sup>19, 20</sup>. L'équipe du projet ACOVE a développé et validé 236 IQP pour 22 conditions cliniques des personnes âgées vulnérables de 65 ans et plus vivant dans la communauté<sup>21</sup>. Toutefois, ces IQP ne peuvent être transposés d'un pays à l'autre sans une validation préalable et, le cas échéant, une traduction, pour tenir compte des différences de langue, de culture et de pratique clinique<sup>22</sup>. Plusieurs recherches précédentes rapportent de telles validations mais, à notre connaissance, elles ne tiennent pas compte des systèmes de services intégrés. Ainsi, nous exposons dans la présente étude, comment des IQP, élaborés par ACOVE ou d'autres sources, ont été modifiés et validés pour des personnes âgées vulnérables pour utilisation à l'intérieur de systèmes de services intégrés.

## Méthodologie

### Cadre conceptuel de la qualité

Le projet de recherche sur l'évaluation et l'amélioration de la qualité pour les personnes âgées vulnérables dans un système de services intégrés, et dont la présente étude est la toute première étape, s'appuie sur la définition de la qualité de l'*Institute of Medicine* (IOM) des États-Unis<sup>24</sup>. Il est aussi guidé par un cadre conceptuel pour assurer une évaluation et une amélioration significative et rigoureuse de la qualité<sup>25</sup>. Nous avons modifié une version éditée du cadre conceptuel de l'IOM, lequel consiste en une matrice de quatre dimensions de la qualité (sécurité, efficacité, soins centrés sur le patient et accès) qui sont perçues par les patients à travers quatre différentes étapes de la vie (rester en santé, guérir, mieux vivre avec la maladie ou l'incapacité, faire face à la fin de vie)<sup>25</sup>. Dans ce cadre conceptuel de l'IOM, l'équité est une dimension transversale de la qualité s'appliquant à tous ses aspects. Nous considérons la continuité comme une dimension essentielle de la qualité dans un système de services intégrés, particulièrement pour les personnes âgées vulnérables<sup>10, 26</sup>, et pour cette raison la continuité a été ajoutée comme deuxième dimension transversale au cadre

conceptuel. Aussi, les perspectives des aidants des personnes âgées, autant que les points de vue des patients mêmes, ont été inclus et le concept de soins centrés sur le patient a été élargi pour inclure la communauté, un élément important dans un système de services intégrés<sup>15</sup>. Le cadre conceptuel final a été traduit en français pour orienter tout le projet d'évaluation et d'amélioration de la qualité (figure 17.1).

Figure 17.1

**Cadre conceptuel adapté et traduit de l'Institute of Medicine<sup>25</sup>**

Besoins des aînés et de leurs aidants en soins de santé	Sécurité	Efficacité	Soins centrés sur le patient et la communauté	Accès
Rester en santé	Dimension transversale : Continuité			
Guérir				
Vivre avec la maladie ou l'incapacité				
Faire face à la fin de vie	Dimension transversale : équité			

### Sélection des indicateurs de qualité de processus

La qualité peut être mesurée par des indicateurs de processus ou de résultats<sup>27</sup>. Les indicateurs de processus ont été choisis parce qu'ils évaluent les soins actuellement dispensés et leur qualité<sup>28</sup> et aident à découvrir le processus de soin qui a besoin d'amélioration. Comparativement aux indicateurs de résultats, ils sont aussi moins influencés par les comorbidités et le *case-mix* et autres facteurs confondants<sup>29</sup>. Pour limiter la portée de la présente étude, un ensemble d'IQP a été élaboré pour une première condition clinique particulière. Le choix de cette condition a été basé sur deux critères : la haute prévalence parmi les personnes âgées vulnérables et la nécessité de services intégrés, notamment des interventions tout au long du continuum de soins (c'est-à-dire, les soins ambulatoires, de courte et de longue durée)<sup>30</sup> et venant de différentes disciplines de la santé. Nous avons choisi de développer des IQP pour les troubles cognitifs ou la démence car ces conditions affectent respectivement 16,8 % et 8 % des adultes âgés de 65 ans et plus<sup>31</sup>, et requièrent des interventions de professionnels de la santé de diverses disciplines. Quelques IQP pour d'autres conditions médicales qui affectent souvent les patients avec des troubles cognitifs ou de la démence, comme l'incontinence, les ulcères de pression, les médications multiples et la malnutrition, ont aussi été inclus, de sorte que l'ensemble final des indicateurs implique tout l'éventail de soins requis par ces patients.

Des IQP appropriés ont été sélectionnés à partir de la littérature scientifique et grise, incluant des IQP pour le service social et la réadaptation. Ces choix ont été discutés par les membres de l'équipe de recherche multidisciplinaire, formée de chercheurs en santé publique, médecine, gériatrie, sciences infirmières, réadaptation, psychologie et pharmacie. Une liste de 82 IQP a été compilée dont 62 IQP du projet ACOVE applicables aux patients selon la condition choisie<sup>32</sup> et 20 indicateurs supplémentaires retenus pour couvrir toutes les dimensions du cadre conceptuel, le continuum de soins et l'ensemble des services (tableau 17.1).

Tableau 17.1  
Indicateurs de qualité de processus soumis pour validation

Indicateur de qualité du processus	Résultat
<b>Évaluation</b>	
1. TOUTES les personnes âgées vulnérables admises à l'hôpital ou qui sont nouvellement suivies par un médecin, devraient bénéficier, dans un délai de six mois, d'une évaluation gériatrique multidimensionnelle, incluant une évaluation des capacités cognitives et de l'autonomie fonctionnelle <sup>31</sup> .	Accepté
2. Si une personne âgée vulnérable est admise à l'hôpital pour toute maladie aiguë ou chronique ou pour toute intervention chirurgicale, ALORS l'évaluation doit inclure, dans les 24 heures : 1) les diagnostics, 2) la médication actuelle et celle prise avant l'hospitalisation et 3) l'état cognitif <sup>31</sup> .	Accepté
3. TOUTES les personnes âgées vulnérables devraient être dépistées au moins une fois pour des problèmes liés à la consommation d'alcool, par l'histoire de consommation d'alcool ou par l'utilisation de questionnaires de dépistage standardisés <sup>31</sup> .	Accepté
4. Si un patient est à un stade précoce de la démence, alors sa performance aux activités productives, de loisirs, aux activités de la vie domestique et à la conduite automobile devra être établie <sup>33</sup> .	Accepté
5. Si un patient est à un stade modéré de la démence, alors sa performance à la communication et aux soins personnels devra être évaluée <sup>33</sup> .	Accepté
6. Si un patient est à un stade avancé de la démence, alors sa performance à l'alimentation et son positionnement doivent être évalués <sup>33</sup> .	Accepté
7. Si une personne âgée vulnérable utilise du tabac de façon régulière, ALORS elle devrait se voir offrir, au moins une fois, du counselling ou une thérapie pharmacologique pour arrêter l'usage du tabac <sup>31</sup> .	Accepté

Tableau 17.1 (suite)  
**Indicateurs de qualité de processus soumis pour validation**

Indicateur de qualité du processus	Résultat
8. TOUTES les personnes âgées vulnérables devraient recevoir une évaluation de leur niveau d'activité physique au moins une fois par année, et au besoin être dirigée vers les ressources appropriées <sup>31</sup> .	Modifié/ accepté
9. Pour TOUTES les personnes âgées vulnérables, on devrait documenter qu'on leur a demandé, au moins une fois par année, si elles avaient chuté récemment <sup>31</sup> .	Accepté
10. Toutes les personnes âgées vulnérables vivant dans des situations psychosociales à risque élevé pour leur santé devraient être identifiées le plus rapidement possible <sup>34</sup> .	Accepté
11. Si une personne âgée vulnérable est évaluée, alors les barrières linguistiques, les besoins des personnes avec des handicaps (incluant les handicaps sensoriels) ou les particularités ethniques, culturelles ou religieuses devraient être prises en considération <sup>35</sup> .	Accepté
12. Tous les aidants des personnes démentes doivent être questionnés au sujet de leurs besoins en services de soutien <sup>36</sup> .	Accepté
13. Si une personne âgée vulnérable est admise à une unité de soins intensifs ou dans une unité de médecine ou de chirurgie d'un hôpital et est dans l'impossibilité de bouger ou est limitée dans sa capacité à le faire, ALORS l'évaluation du risque d'ulcères de pression doit être faite dès l'admission <sup>31</sup> .	Accepté
14. Il devrait y avoir une documentation pour toutes les personnes âgées vulnérables sur la présence ou l'absence d'incontinence urinaire lors de l'évaluation initiale et à chaque année <sup>31</sup> .	Accepté
15. Si une personne âgée vulnérable souffre d'une récente incontinence urinaire qui persiste depuis plus d'un mois ou présente de l'incontinence urinaire au moment d'une nouvelle évaluation, ALORS un examen clinique basé sur les guides de pratique clinique incluant l'histoire, un examen physique, des tests diagnostics, la discussion et les options de traitement devraient être offerts <sup>31</sup> .	Accepté
16. Si une personne âgée vulnérable est atteinte de démence, ALORS l'évaluation initiale doit comprendre le dépistage de la dépression <sup>31</sup> .	Accepté

Tableau 17.1 (suite)

**Indicateurs de qualité de processus soumis pour validation**

Indicateur de qualité du processus	Résultat
17. Si une personne âgée vulnérable présente une des conditions suivantes : de l'anxiété, des troubles somatiques, humeur triste, mélancolie, insomnie ou difficultés du sommeil, apathie ou perte d'intérêt pour des activités agréables, plaintes de pertes de mémoire, perte de poids inexpliquée de plus de 5 % dans le dernier mois ou de 10 % au cours de la dernière année, ou une fatigue inexpliquée ou peu d'énergie, ALORS elle doit être investiguée ou traitée pour la dépression ou être référée à un professionnel de la santé mentale dans un délai de 2 semaines <sup>31</sup> .	Modifié/ accepté
18. Si une personne âgée vulnérable présente un début ou la découverte d'une des conditions suivantes : AVC, infarctus du myocarde, démence, cancer (sauf cancer de la peau), douleur chronique, abus ou dépendance d'alcool ou d'autres substances, troubles anxieux ou de la personnalité, ALORS elle doit être investiguée ou traitée pour la dépression ou référée à un professionnel de la santé mentale dans les deux mois suivant le diagnostic <sup>31</sup> .	Accepté
19. Si une personne âgée vulnérable reçoit un diagnostic d'un nouvel épisode de dépression, ALORS le dossier médical doit documenter, le jour même du diagnostic, s'il y a présence ou absence d'idées suicidaires et de psychose (correspondant au moins à des hallucinations auditives ou idées délirantes) <sup>31</sup> .	Accepté
20. Si une personne âgée vulnérable présente des idées suicidaires ALORS le dossier médical doit documenter le jour même, que cette personne n'a pas de plans immédiats pour un suicide ou qu'elle a été référée pour évaluation en vue d'une hospitalisation en psychiatrie <sup>31</sup> .	Accepté
21. Si une personne âgée vulnérable est traitée pour dépression, ALORS à chaque visite, les risques de suicide devraient être documentés si elle a eu des idées suicidaires au cours d'une visite précédente <sup>31</sup> .	Modifié/ accepté
22. Si une personne âgée vulnérable hospitalisée présente un diagnostic établi ou suspecté de « delirium », ALORS une évaluation des facteurs potentiellement précipitants doit être faite et les causes identifiées doivent être traitées <sup>31</sup> .	Accepté
23. TOUTES les personnes âgées vulnérables vivant en communauté devraient être pesées au moins aux six mois, et ces poids devraient être notés dans le dossier médical (clinique médicale ou du CLSC) <sup>31</sup> .	Modifié/ accepté

Tableau 17.1 (suite)

**Indicateurs de qualité de processus soumis pour validation**

Indicateur de qualité du processus	Résultat
24. Si une personne âgée vulnérable vivant dans la communauté présente une perte de poids involontaire (plus grande ou égale à 10 % de son poids) ou une hypoalbuminurie inférieure à 3,5 g/dL, ALORS sa perte de poids doit être évaluée pour des conditions de morbidité possiblement associées, incluant les médicaments qui peuvent être associés avec une perte d'appétit (par exemple, digoxin, fluoxetine, anticholinergiques), des symptômes dépressifs et une détérioration cognitive et pour les causes réversibles d'une alimentation déficiente <sup>31</sup> .	Accepté
25. Si une personne âgée vulnérable est hospitalisée, ALORS son état nutritionnel devrait être documenté pendant l'hospitalisation en évaluant son apport oral ou par des tests biochimiques (ex : albumine, préalbumine ou cholestérol) <sup>31</sup> .	Accepté
26. Si une personne âgée vulnérable présente des symptômes de démence, ALORS le médecin doit réviser la liste des médicaments de cette personne pour vérifier si la prise de certains médicaments coïncide chronologiquement avec le début des symptômes de démence <sup>31</sup> .	Modifié/ accepté
27. Si une personne âgée vulnérable présente des symptômes de démence qui coïncident avec le début de la prise de nouvelles médications, ALORS le médecin doit les cesser ou justifier la nécessité de poursuivre ces médications <sup>31</sup> .	Modifié/ accepté
28. TOUTES les personnes âgées vulnérables devraient être dépistées pour de la douleur chronique au cours de la période d'évaluation initiale et dépistées régulièrement par la suite <sup>31</sup> .	Accepté
29. Si une personne âgée vulnérable a une condition chronique douloureuse nouvellement rapportée, ALORS une histoire ciblée et un examen physique devraient être initiés à l'intérieur d'un mois et un traitement devrait être offert <sup>31</sup> .	Accepté
30. Si une personne âgée vulnérable a un diagnostic récent de démence, ALORS les niveaux de vitamine B <sub>12</sub> et de la thyroïdostimuline (TSH, thyroid-stimulating hormone) doivent être mesurés <sup>31</sup> .	Accepté
31. Si une personne âgée vulnérable présente des signes de démence et des signes d'atteintes neurologiques focalisées qui suggèrent un processus intracrânien, ALORS des examens en imagerie neurologique doivent lui être offerts (TACO crânien ou imagerie par résonance magnétique) <sup>31</sup> .	Accepté

Tableau 17.1 (*suite*)  
Indicateurs de qualité de processus soumis pour validation

Indicateur de qualité du processus	Résultat
<b>Traitement</b>	
1. Si une personne âgée vulnérable a un nouveau diagnostic de démence, ALORS le médecin traitant doit s'informer si elle conduit un véhicule motorisé et le cas échéant, l'aviser qu'il devra régulièrement au cours des visites de suivi, s'assurer de sa capacité à poursuivre cette activité de façon sécuritaire <sup>31</sup> .	Modifié/ accepté
2. Si une personne âgée vulnérable est incapable de prendre de la nourriture par la bouche pendant plus de 72 heures, ALORS une alimentation alternative entérale devrait lui être offerte <sup>31</sup> .	Rejeté
3. Si un plan de service est requis, alors il doit être établi en collaboration avec la personne âgée, son répondant ou son aidant <sup>37</sup> .	Modifié/ accepté
4. Si une discussion à caractère confidentiel doit être menée avec une personne âgée vulnérable, alors elle doit avoir lieu en privé <sup>35</sup> .	Accepté
5. Si une personne âgée vulnérable est identifiée comme étant à risque de développer un ulcère de pression ou si les résultats de l'évaluation indiquent que cette personne est à risque, ALORS une intervention préventive concernant les besoins de mobilisation et la réduction de la pression (ou la gestion des charges tissulaires) doit être instituée en dedans de 12 heures <sup>31</sup> .	Accepté
6. Si une personne âgée vulnérable souffre de la maladie d'Alzheimer à un niveau léger à modéré, ALORS le médecin traitant doit discuter avec elle et son aidant (si disponible) d'un traitement aux inhibiteurs de cholinestérase <sup>31</sup> .	Accepté
7. Si une personne âgée vulnérable atteinte de démence a une maladie vasculaire cérébrale, ALORS on doit lui offrir des mesures préventives appropriées contre un accident vasculaire cérébral <sup>31</sup> .	Accepté
8. TOUTES les personnes âgées vulnérables ne devraient pas recevoir une médication avec d'importants effets anticholinergiques si des alternatives sont disponibles <sup>31</sup> .	Accepté
9. Aucune personne souffrant de démence ne devrait prendre des sédatifs (hypnotiques, anxiolytiques) à effet prolongé, à moins que cette médication soit justifiée explicitement dans le dossier médical <sup>36</sup> .	Accepté
10. Si une personne âgée vulnérable reçoit une prescription pour un nouveau médicament, ALORS le médicament prescrit devrait être clairement justifié dans le dossier <sup>31</sup> .	Accepté



Tableau 17.1 (suite)  
**Indicateurs de qualité de processus soumis pour validation**

Indicateur de qualité du processus	Résultat
11. Si une personne âgée vulnérable reçoit un nouveau médicament prescrit, ALORS elle (ou, si incapable, un aidant) devrait être informée sur le but de cette médication, sur la façon de la prendre ainsi que sur les effets indésirables connus ou les réactions graves <sup>31</sup> .	Accepté
12. Si une personne âgée vulnérable ayant de la douleur chronique est traitée aux opioïdes, ALORS elle devrait se voir offrir un traitement pour la régularisation du transit intestinal ou le dossier médical devrait indiquer le risque de constipation et expliquer pourquoi un tel traitement n'est pas nécessaire <sup>31</sup> .	Accepté
13. Pour la gestion des aspects comportementaux et psychologiques de la démence, des interventions alternatives non médicamenteuses doivent toujours être considérées avant qu'un traitement médicamenteux ne commence <sup>39</sup> .	Modifié/ accepté
14. Si une personne âgée vulnérable atteinte de démence souffre de dépression, ALORS elle doit être traitée pour cette dépression <sup>31</sup> .	Accepté
15. Si une personne âgée vulnérable atteinte de démence peut compter sur un aidant (et, si possible, avec l'assentiment du patient), ALORS le médecin doit discuter avec la personne âgée et l'aidant ou les référer pour une discussion à propos de la sécurité de la personne âgée, fournir de l'information sur les moyens de faire face aux conflits à la maison et les informer des ressources communautaires disponibles <sup>31</sup> .	Modifié/ accepté
16. Si une personne âgée vulnérable atteinte de démence doit être mise sous contention physique dans un hôpital, ALORS les troubles de comportement concernés ou les problèmes de sécurité qui justifient l'utilisation des contentions doivent être exposés à la personne consentante (le patient lui-même ou son représentant légal) et notés au dossier <sup>31</sup> .	Accepté
17. Si une personne âgée vulnérable est sous contention physique et que les troubles du comportement concernés qui exigent la contention sont identifiés, ALORS l'équipe soignante doit inclure, dans le plan de soins, des méthodes autres que la contention physique <sup>31</sup> .	Accepté

Tableau 17.1 (*suite*)  
Indicateurs de qualité de processus soumis pour validation

Indicateur de qualité du processus	Résultat
18. Si une personne âgée vulnérable est sous contention physique, ALORS chacune des mesures suivantes doit être appliquée : 1) un retrait régulier de la contention au moins à toutes les 2 heures ; 2) une réévaluation par le médecin ou l'infirmière au chevet du patient au moins aux 4 heures avant le renouvellement d'un ordre de contention ; 3) une observation au moins aux 15 minutes ou plus fréquemment si la condition du patient l'exige alors qu'il est sous contentions ; 4) des interventions aux 2 heures (ou selon la condition ou les besoins du patient) en lien avec la nutrition, l'hydratation, l'hygiène personnelle, l'utilisation des toilettes et une gamme d'exercices de mouvement <sup>31</sup> .	Accepté
19. Si une personne âgée vulnérable présente un ulcère de pression, ALORS l'ulcère de pression doit être évalué et traité selon les guides de pratique clinique en vigueur (ex : débridement, nettoyage, pansements) pour la localisation, la profondeur et le degré, la taille et la présence de tissus nécrosés <sup>31</sup> .	Accepté
<b>Suivi</b>	
1. Si les éléments d'une évaluation multidimensionnelle gériatrique sont complétés, ALORS le suivi doit assurer la mise en application des recommandations <sup>31</sup> .	Accepté
2. Si une personne âgée vulnérable présente des symptômes de perte cognitive mais qu'un diagnostic de démence n'est pas posé, alors il doit être documenté que le dispensateur de soins a vérifié à nouveau ces symptômes dans un délai de 12 mois suivant la première rencontre <sup>36</sup> .	Accepté
3. Si une personne âgée vulnérable a une directive anticipée dans un de ses dossiers médicaux (mandataire ou préférence de soins) ou si elle rapporte l'existence d'une telle directive dans une entrevue ET si elle reçoit des soins dans un autre milieu, ALORS 1) la directive anticipée devrait être présente dans le dossier médical de cet autre milieu ou 2) une note devrait indiquer son existence, son contenu et les raisons pour lesquelles elle n'est pas dans le dossier médical <sup>31</sup> .	Accepté
4. Si une personne âgée vulnérable a des préférences pour un traitement spécifique documentées dans son dossier médical (ex. : « ne pas réanimer » ou « ne pas intuber pour l'alimentation » ou « pas de transfert d'hôpital »), ALORS ces directives devraient être suivies.	Accepté
5. Si une personne âgée vulnérable est admise à l'hôpital, ALORS la planification du congé devrait débuter dans les jours suivant l'admission, dès que l'état de santé est stabilisé <sup>31</sup> .	Modifié/ accepté

Tableau 17.1 (*suite*)  
**Indicateurs de qualité de processus soumis pour validation**

Indicateur de qualité du processus	Résultat
6. Pour TOUTES les personnes âgées vulnérables, le dossier médical de chaque médecin et le dossier médical hospitalier devraient comprendre une liste à jour des médicaments <sup>31</sup> .	Accepté
7. Toutes les personnes âgées vulnérables qui retournent vivre dans la communauté et qui ont une pharmacothérapie complexe devraient être évaluées pour leur capacité à auto-administrer leur médication <sup>33</sup> .	Modifié/ accepté
8. Pour chaque médicament prescrit de façon continue à une personne âgée vulnérable et correspondant à une condition chronique, il devrait y avoir une documentation de la réponse thérapeutique, y compris les effets indésirables <sup>31</sup> .	Modifié/ accepté
9. La pharmacothérapie de chaque personne âgée vulnérable devrait être révisée au moins à chaque année <sup>31</sup> .	Accepté
10. Si une personne âgée vulnérable reçoit une prescription pour un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) non sélectif pour la cyclo-oxygénase, ALORS le dossier médical devrait indiquer si elle a une histoire d'ulcère peptique et en présence d'une telle histoire, une justification de l'utilisation du AINS devrait être documentée <sup>31</sup> .	Accepté
11. TOUTES les personnes âgées vulnérables devraient être en mesure d'identifier un soignant ou une clinique qu'elles peuvent appeler si elles ont besoin de soins médicaux ou devraient connaître un numéro de téléphone ou tout autre moyen par lequel elles peuvent joindre une source de soins <sup>31</sup> .	Rejeté
12. Si une personne âgée vulnérable vue en ambulatoire commence une nouvelle ordonnance de médicaments et qu'elle a une visite subséquente chez le médecin prescripteur, ALORS le dossier médical doit contenir lors de cette visite une des informations suivantes : 1) la médication est prise et le médecin l'a interrogée à propos de cette médication (par exemple, effets secondaires ou observance ou disponibilité) ou 2) la médication n'a pas été débutée parce qu'elle n'était plus nécessaire ou qu'elle a été changée <sup>31</sup> .	Modifié/ accepté
13. Si une personne âgée vulnérable est vue en ambulatoire par deux médecins ou plus, et qu'un des médecins a prescrit une nouvelle ordonnance de médicaments ou un changement dans la médication (fin de la médication ou changement dans le dosage), ALORS le dossier médical doit comporter une note du médecin qui n'a pas fait la prescription à l'effet qu'il a pris connaissance de la modifications de la médication <sup>31</sup> .	Rejeté
14. Si une personne âgée vulnérable vue en ambulatoire est référée à un médecin spécialiste, ALORS la raison de la consultation doit être documentée dans la note du spécialiste <sup>31</sup> .	Accepté

Tableau 17.1 (*suite*)**Indicateurs de qualité de processus soumis pour validation**

Indicateur de qualité du processus	Résultat
15. Si une personne âgée vulnérable vue en ambulatoire est référée à un médecin spécialiste et qu'elle revoit son médecin traitant après la visite chez ce spécialiste, ALORS le médecin traitant doit documenter, dans le dossier médical, les recommandations du spécialiste, ou le dossier médical doit inclure la note du spécialiste dans un délai de six semaines ou au moment de la visite ultérieure de suivi <sup>31</sup> .	Accepté
16. Si le dossier médical ambulatoire d'un patient fait état qu'un test diagnostique a été demandé pour une personne âgée vulnérable, ALORS le dossier médical doit contenir un des éléments suivants lors de la visite de suivi : 1) le résultat du test, 2) le test n'était pas nécessaire ou la raison pour laquelle il ne sera pas fait, ou 3) le résultat du test est en attente <sup>31</sup> .	Accepté
17. Si une personne âgée vulnérable reçoit son congé de l'hôpital et retourne à domicile avec une nouvelle prescription de médicaments ou des changements dans sa médication (fin de la médication ou changement dans le dosage) avant son départ de l'hôpital, ALORS son dossier non hospitalier (clinique médicale ou CLSC ou milieu d'hébergement) doit faire mention des changements de la médication dans un délai maximal de six semaines suivant le congé <sup>31</sup> .	Modifié/ accepté
18. Si une personne âgée vulnérable reçoit son congé de l'hôpital pour retourner à domicile ou dans un centre de soins de longue durée et que le sommaire du formulaire de départ ou de transfert indique que le résultat d'un test est en attente, ALORS le dossier médical de l'hôpital ou du centre de soins de longue durée doit indiquer le résultat du test dans un délai de six semaines suivant le congé <sup>31</sup> .	Rejeté
19. Si une personne âgée vulnérable reçoit son congé de l'hôpital pour retourner à domicile ou dans un centre de soins de longue durée et que le dossier hospitalier spécifie une visite de suivi chez un médecin ou un traitement (de physiothérapie ou de radiothérapie, par exemple), ALORS le dossier non hospitalier (clinique médicale ou CLSC ou milieu de longue durée) doit documenter que cette visite ou ce traitement ont eu lieu, qu'ils ont été reportés ou ne sont plus nécessaires <sup>31</sup> .	Modifié/ accepté
20. Si une personne âgée vulnérable reçoit son congé de l'hôpital pour retourner à domicile et survit au moins quatre semaines, ALORS elle doit avoir une visite de suivi ou un contact téléphonique dans un délai de six semaines après son congé ET le dossier médical du médecin doit contenir une note au sujet de sa récente hospitalisation <sup>31</sup> .	Rejeté

Tableau 17.1 (suite)  
Indicateurs de qualité de processus soumis pour validation

Indicateur de qualité du processus	Résultat
21. Si une personne âgée vulnérable est transférée à partir de l'urgence ou entre des départements de soins aigus, ALORS le dossier du département qui la reçoit doit inclure les dossiers médicaux des autres départements ou indiquer leur transfert <sup>31</sup> .	Accepté
22. Si une personne âgée vulnérable reçoit son congé de l'hôpital pour retourner à domicile ou dans un centre de soins de longue durée, ALORS il doit y avoir un résumé dans le dossier (clinique médicale ou CLSC ou centre de soins de longue durée) dans un délai maximal de six semaines <sup>31</sup> .	Modifié/ accepté
23. Si une personne âgée vulnérable est sourde ou qu'elle ne parle pas la langue des services, ALORS un interprète ou des aides techniques doivent être employés pour faciliter la communication entre cette personne et les professionnels de la santé <sup>31</sup> .	Accepté
<b>Consentement</b>	
1. Si une personne âgée vulnérable doit avoir une chirurgie électorale (à l'hôpital ou en externe), ALORS le dossier médical doit documenter sa capacité à comprendre les risques, bénéfices et conséquences de l'intervention chirurgicale proposée avant que le formulaire de consentement opératoire lui soit présenté pour signature <sup>31</sup> .	Accepté
2. Toutes les personnes âgées vulnérables devraient être informées des implications légales et organisationnelles applicables à leur situation, elles devraient recevoir les explications et être informées des démarches à entreprendre <sup>37</sup> .	Rejeté
<b>Satisfaction</b>	
1. Lorsque cela est approprié, l'opinion des personnes âgées ou de leurs aidants devrait être obtenue à la fin de toute intervention <sup>37</sup> .	Rejeté
2. Si l'opinion de la personne âgée ou de son aidant a été obtenue, alors elle doit être considérée et les pratiques doivent être révisées et changées s'il y a lieu <sup>37</sup> .	Rejeté
3. Si une personne âgée vulnérable demande l'accès à son dossier, alors sa demande doit être traitée promptement et convenablement <sup>38</sup> .	Rejeté
<b>Accès</b>	
1. TOUTES les personnes âgées vulnérables devraient recevoir des soins de première ligne quand elles en ont besoin <sup>31</sup> .	Accepté
2. Si une personne âgée vulnérable a un rendez-vous au cabinet du médecin, alors le temps d'attente au cabinet devrait être moins d'une heure <sup>40</sup> .	Rejeté

Tableau 17.1 (*suite*)  
Indicateurs de qualité de processus soumis pour validation

Indicateur de qualité du processus	Résultat
3. Si une personne âgée vulnérable doit consulter un spécialiste, alors le délai entre la prise de rendez-vous et la visite chez le spécialiste devrait être au maximum de huit semaines <sup>40</sup> .	Modifié/ accepté
4. Si une personne âgée vulnérable a besoin de services ou de soins à domicile (soins infirmiers, soins de réadaptation, services d'aide ménagère), alors elle devrait les recevoir selon un ordre de priorité qui a préalablement été établi et qui est respecté <sup>40</sup> .	Accepté

### Validation des indicateurs

Les auteurs (S.P., E.K.) ont traduit en français les 82 indicateurs, et l'équipe de recherche en a fait une révision. Aucune retraduction n'a été faite considérant que plusieurs indicateurs étaient susceptibles de subir des modifications durant le processus de validation. Pour la validation, un panel Delphi modifié a été utilisé selon une méthode légèrement modifiée de celle de la corporation RAND<sup>®</sup> de l'Université de Californie, Los Angeles (UCLA)<sup>41, 42</sup>. Cette méthode a été privilégiée, considérant qu'elle a été utilisée avec succès et pour développer des IQP<sup>21, 42</sup> et pour valider leur transfert d'un pays à un autre<sup>4</sup>. Afin de faciliter le processus de validation pour les experts cliniques du panel, nous avons groupé les IQP selon les domaines de soins : évaluation clinique (31), traitement (19), suivi (23), satisfaction, consentement et accès aux soins (9).

Étant donné l'approche interdisciplinaire, nous avons formé un panel composé de 33 experts cliniques identifiés et recrutés par les chercheurs. Ces cliniciens experts venaient de trois centres urbains importants du Québec, soit Montréal, Sherbrooke et Québec, et travaillaient dans des services ambulatoires ou des hôpitaux de soins de courte et de longue durée. Les critères de recrutement étaient les suivants : un minimum de cinq années d'expérience de pratique avec une clientèle gériatrique et un engagement actuel dans les soins intégrés pour les adultes âgés de 75 ans et plus. Les membres du panel ont reçu un montant forfaitaire selon le nombre d'heures estimé pour valider les indicateurs désignés. Les experts provenaient de neuf domaines cliniques : médecine ou gériatrie (n = 9), soins infirmiers (n = 6), réadaptation (n = 3), psychologie (n = 3), neuropsychologie (n = 2), pharmacie (n = 4), diététique (n = 3) et service social (n = 3). Les IQP ont été validés dans deux tours de consultation avec les panélistes.

### Procédures de validation

Les panélistes ont reçu des IQP qui correspondaient à leur domaine d'expertise en utilisant un formulaire pour chaque IQP à évaluer. Les médecins ont été invités à valider les 82 IQP. La version originale anglaise de l'IQP et la version fran-

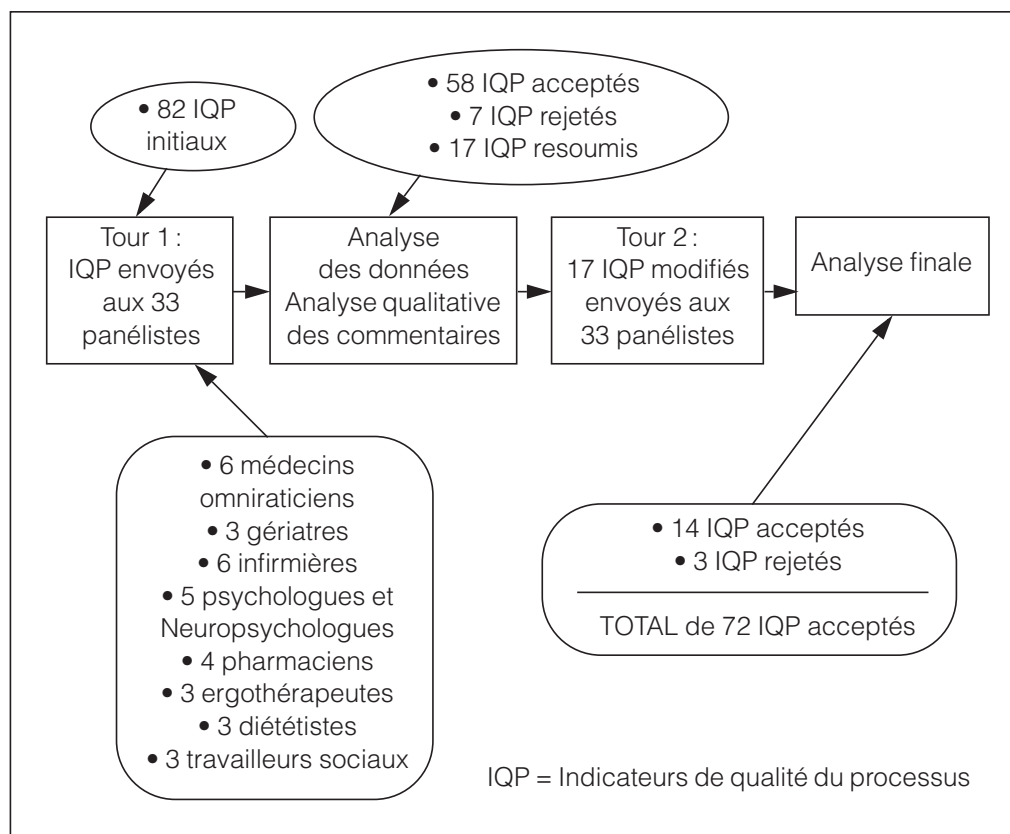
çaise étaient incluses dans le formulaire, ainsi que la source de l'IQP, les critères et l'échelle de jugement et un sommaire des évidences scientifiques supportant son utilisation. Les panélistes devaient indiquer leur degré d'accord avec cinq énoncés (les critères) sur une échelle de un à neuf (figure 17.2) : quatre énoncés portaient sur la validité de l'indicateur et un sur la nécessité de documenter l'information liée à cet indicateur au dossier du patient. Les panélistes ont aussi été invités à commenter les indicateurs présentés ou en suggérer de nouveaux ; 29 des 33 panélistes ont ainsi apporté des commentaires sur plusieurs IQP (78 sur 82) après le premier tour, ce qui a permis d'en modifier 23. Les membres de l'équipe de recherche ont discuté des résultats entre les deux tours pour décider de ces modifications. Le processus complet de validation s'est déroulé entre avril et novembre 2004 et il est présenté à la figure 17.3.

Figure 17.2

**Critères soumis aux panélistes pour la cotation**

Dans le contexte de votre pratique clinique, veuillez indiquer, pour l'indicateur de qualité ci-dessus, votre degré d'accord, à l'aide de l'échelle de 1 à 9, pour chacun des 5 critères suivants :	
	<b>Niveau d'accord : Entièrement</b> En désaccord ..... En accord 1 ..... 5 ..... 9
<b>C1</b> Des évidences scientifiques ou un consensus démontrent un lien entre le processus spécifié par l'indicateur et un bénéfice de santé pour le patient.	
<b>C2</b> Cet indicateur est pertinent pour mesurer la qualité des soins et des services aux personnes âgées vulnérables.	
<b>C3</b> Les professionnels de la santé qui adhèrent fortement à cet indicateur fournissent des soins et des services de meilleure qualité.	
<b>C4</b> Les dispensateurs de soins et de services peuvent influencer la majorité des facteurs déterminant l'adhésion à cet indicateur.	
<b>C5</b> Il est essentiel que l'information sur cet indicateur soit présente au dossier du patient.	

Figure 17.3  
Processus de validation et résultats



### Analyses statistiques

Après chacun des deux tours de cotation les scores et les commentaires ont été analysés. Les méthodes d'atteinte du consensus et de jugement des indicateurs étaient basées sur la méthode RAND<sup>®</sup>/UCLA et requéraient a) l'accord des panélistes avec les énoncés (score médian 7 – 9, tertile supérieur) et b) l'accord entre les panélistes. Ce deuxième type d'accord était évalué à l'aide d'une mesure statistique de la dispersion, soit l'écart interpercentile ajusté pour la symétrie<sup>42</sup>. Cette mesure a été développée par RAND<sup>®</sup> et est basée sur l'écart interpercentile, une mesure statistique continue de la dispersion utilisée communément et qui a été modifiée pour être applicable à toutes les tailles de panel.

### Jugement sur les indicateurs

Le jugement sur l'acceptation d'un indicateur était basé sur le score des panélistes pour cet IQP sur les trois premiers critères, soit 1) l'évidence scientifique du lien entre le processus et le résultat, 2) la pertinence clinique pour les soins aux personnes âgées vulnérables et 3) la capacité à discriminer entre des soins de haute ou de faible qualité. Le quatrième critère portant sur l'influence des dispensateurs de soins sur les facteurs influant l'adhésion à l'indicateur, n'a pas



été inclus dans l'analyse finale, puisqu'un certain nombre de panélistes ont rapporté des problèmes de cotation, considérant la nature interdisciplinaire de leur travail. Le cinquième critère était principalement utilisé pour guider les étapes futures du projet de recherche, soit l'évaluation de la faisabilité et de la fiabilité. Trois résultats du jugement étaient possibles : *approprié*, *incertain* et *inapproprié*. Si après le premier tour un indicateur était jugé *approprié* et que les modifications consistaient seulement en des corrections mineures de formulation, il était accepté sans une nouvelle soumission. Si un indicateur était jugé *incertain* (score médian 4 – 6 ou désaccord entre les panélistes), il était automatiquement soumis au deuxième tour de validation. Les indicateurs jugés *inappropriés* (score médian 1 – 3 et accord entre les panélistes) étaient rejetés. L'acceptation finale d'un indicateur après le second tour était limitée à ceux qui étaient jugés *appropriés*. Cependant, si après le deuxième tour un indicateur était jugé *incertain* seulement par les médecins et *approprié* par les autres professionnels de la santé ou vice versa, une mesure statistique additionnelle était appliquée. Cette mesure était le taux d'acceptation, c'est-à-dire le nombre de panélistes qui avaient indiqué un accord avec l'indicateur (score 7 à 9 sur l'échelle de cotation), divisé par le nombre de panélistes qui avaient évalué cet indicateur. Si le taux d'acceptation était supérieur à 80 % dans le groupe qui avait jugé l'indicateur comme *incertain*, et que l'autre groupe l'avait évalué *approprié*, l'indicateur était accepté.

## Résultats

Tous les 33 panélistes ont complété les deux tours de validation. Sur les 82 indicateurs initiaux soumis au panel, 72 (88 %) furent acceptés après 2 tours de soumission (tableau 17.2). Les indicateurs rejetés concernaient toutes les étapes de soins, à l'exception de celle de l'évaluation. Par égard aux sources des IQP, 92 % de ceux venant d'ACOVE, 67 % de ceux venant du National Health Service de Grande-Bretagne et 20 % de ceux venant de l'American Association of Social Workers ont été retenus. Tous les IQP des autres sources ont été acceptés. L'ensemble final des indicateurs couvre toutes les dimensions du cadre conceptuel. Ainsi 13 indicateurs se rapportent à la sécurité, 33 à l'efficacité, 13 aux soins centrés sur le patient, 3 à l'accès et 11 à la continuité.

## Discussion

Dans cette étude, les panélistes ont jugé la validité apparente et la validité de contenu d'une large majorité (88 %) des IQP traduits comme appropriés pour l'utilisation dans le contexte clinique d'un système de services intégrés au Québec, Canada. Ces indicateurs doivent être mesurés à partir des dossiers du patient, des entrevues avec lui ou ses aidants ou des données administratives de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Tableau 17.2  
**Résultats de la validation des indicateurs de qualité du processus,  
selon la source, la dimension de la qualité et le domaine de soins**

Caractéristique de l'indicateur	N - soumis	N - acceptés	(%)
<b>Source de l'indicateur</b>			
ACOVE <sup>32</sup>	62	57	92
AASW <sup>37,38</sup>	5	1	20
NASW <sup>34</sup>	1	1	100
AOTA <sup>33</sup>	4	4	100
RAND® <sup>36</sup>	3	3	100
Shield <i>et al.</i> <sup>35</sup>	2	2	100
Scottish collegiate <sup>39</sup>	1	1	100
NHS <sup>40</sup>	3	2	67
IOM <sup>25</sup>	1	1	100
<b>Dimension de la qualité couverte par l'indicateur</b>			
Sécurité	13	13	100
Efficacité	33	32	97
Soins centrés sur le patient	17	13	76
Accès	4	3	75
Continuité	15	11	73
<b>Domaine de soins auquel l'indicateur s'applique</b>			
Évaluation	31	31	100
Traitement	19	18	95
Suivi	23	19	83
Consentement	2	1	50
Satisfaction du patient	3	0	0
Accès aux soins	4	3	75
Tous les indicateurs	82	72	88

ACOVE : Assessing Care of Vulnerable Elders Project; AASW : American Association of Social Workers; NASW : National Association of Social Workers; AOTA : American Occupational Therapy Association; NHS : National Health Service; IOM : Institute of Medicine

D'autres études<sup>4, 22, 23</sup> ont validé le transfert des IQP d'un pays à un autre. Marshall a notamment rapporté le transfert des indicateurs de qualité du RAND®/UCLA pour les soins primaires des États-Unis vers la Grande-Bretagne où

56,3 % des indicateurs américains ont pu être validés pour l'utilisation<sup>22</sup>. Dans l'étude de Morris sur le transfert d'indicateurs américains de prévention de la morbidité reliée à la médication vers la Grande-Bretagne, après 2 tours de panel Delphi, 19 des 57 indicateurs américains pouvaient être transférés et 10 des 16 nouveaux indicateurs ont été acceptés, ceci illustrant les différences des perspectives cliniques et des attitudes professionnelles entre les 2 pays<sup>23</sup>. Steel *et al.*<sup>4</sup> ont étudié le transfert des indicateurs ACOVE des États-Unis vers la Grande-Bretagne et ont trouvé que 86 % des IQP étaient valides, un résultat très comparable à celui de la présente étude. Ces deux derniers résultats pourraient s'expliquer par l'élaboration soignée et complète des indicateurs ACOVE et par une certaine concordance entre les pratiques cliniques gériatriques aux États-Unis, en Grande-Bretagne et au Canada, tel qu'en témoigne le haut niveau d'accord pour les IQP liés à la sécurité et à l'efficacité.

### Remerciements

Cette étude était soutenue par le Réseau québécois de recherche sur le vieillissement, un réseau de recherche du Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ), les Instituts de recherche en santé du Canada, la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé et le groupe PRISMA. Les auteurs remercient chaleureusement tous les panélistes pour leur collaboration. Ils remercient aussi M. Louis Rochette et Mme Zohra Bénounissa pour les analyses statistiques et la Dre Sharon Nancekivell (Guelph, Ontario, Canada) pour son assistance éditoriale lors de la rédaction de la version anglaise de cet article.

### Références

1. Brook, R.H., McGlynn, E.A. et Shekelle, P.G. Defining and measuring quality of care : a perspective from US researchers. *International Journal for Quality in Health Care* 2000 ;12 :281-95.
2. Wennberg, J.E. Understanding geographic variations in health care delivery. *New England Journal of Medicine* 1999 ;340 :52-3.
3. Reuben, D.B., Shekelle, P.G. et Wenger, N.S. Quality of care for older persons at the dawn of the third millennium. *Journal of the American Geriatrics Society* 2003 ;51 :S346-50.
4. Steel, N., Melzer, D., Shekelle, P.G., Wenger, N.S., Forsyth, D. et McWilliams, B.C. Developing quality indicators for older adults : transfer from the USA to the UK is feasible. *Quality and Safety in Health Care* 2004 ;13 :260-4.
5. Higashi, T., Shekelle, P.G., Adams, J.L. et al. Quality of care is associated with survival in vulnerable older patients. *Annals of Internal Medicine* 2005 ;143 :274-81.

6. Johri, M., Beland, F. et Bergman, H. International experiments in integrated care for the elderly : a synthesis of the evidence. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2003 ;18 :222-35.
7. Tousignant, M., Hébert, R., Dubuc, N. et Coulombe, C. Public funding of home care services for frail older adults : are the needs being met ? In : Hébert, R., Tourigny, A. et Gagnon, M. eds. *Integrated service delivery to ensure persons'functional autonomy* : Edisem ; 2005 :225-40.
8. Kodner, D. et Kyriacou, K. Fully integrated care for frail elderly : Two American models. *International Journal of Integrated Care* 2000 ;1 :1-26.
9. Gröne, O. et Garcia-Barbero, M. Integrated care : A position paper of the WHO European office for integrated health care services. *International Journal of Integrated Care* 2001 ;1 :1-14.
10. Ouwens, M., Wollersheim, H., Hermens, R., Hulscher, M. et Grol, R. Integrated care programmes for chronically ill patients : a review of systematic reviews. *International Journal for Quality in Health Care* 2005 ;17 :141-6. Epub 2005 ;Jan 21.
11. Tourigny, A., Durand, P., Bonin, L., Hébert, R. et Rochette, L. Quasi-experimental Study of the Effectiveness of an Integrated Service Delivery Network for the Frail Elderly. *Canadian Journal of Aging* 2004 ;23 :231-46.
12. Budetti, P.P., Shortell, S.M., Waters, T.M. et al. Physician and health system integration. *Health Affairs (Millwood)* 2002 ;21 :203-10.
13. 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 :10 pp.
14. Kodner, D. et Spreuwenberg, C. Integrated care : meaning, logic, applications and implications - a discussion paper. *International Journal of Integrated Care* 2002 ;2 :1-9.
15. Tourigny, A., Côté, L., Kröger, E. et al. Framework for the evaluation of the quality of care and services provided to vulnerable elder persons. In : Hébert, R., Tourigny, A. et Gagnon, M. eds. *Integrated service delivery to ensure persons'functional autonomy*. Vol. 1. Québec : Edisem, 2005 :291-309.
16. Morin, D., Tourigny, A., Pelletier, D. et al. Seniors' views on the use of electronic health records. *Informatics in Primary Care* 2005 ;13 :125-33.
17. Gagnon, M. Satisfaction et autonomisation des personnes âgées face aux soins de santé : instruments de mesure et variables associées. Psychologie. Trois-Rivières : UQTR, 2004 :89.
18. Mainz, J. Developing evidence-based clinical indicators : a state of the art methods primer. *International Journal for Quality in Health Care* 2003 ; 15 :i5-11.

19. Wenger NS, Shekelle PG. Assessing care of vulnerable elders: ACOVE project overview. *Annals of Internal Medicine* 2001;135:642-6.
20. Wenger NS, Solomon DH, Roth CP, et al. The quality of medical care provided to vulnerable community-dwelling older patients. *Annals of Internal Medicine* 2003;139:740-7.
21. Shekelle PG, MacLean CH, Morton SC, Wenger NS. Assessing Care of Vulnerable Elders: Methods for Developing Quality Indicators. *Annals of Internal Medicine* 2001;135:647-52.
22. Marshall MN, Shekelle PG, McGlynn EA, Campbell S, Brook RH, Roland MO. Can health care quality indicators be transferred between countries? *Quality and Safety in Health Care* 2003;12:8-12.
23. Morris CJ, Cantrill JA, Hepler CD, Noyce PR. Preventing drug-related morbidity--determining valid indicators. *International Journal for Quality and Safety in Health Care* 2002;14:183-98.
24. Lohr KN, Donaldson MS, Harris-Wehling J. Medicare: a strategy for quality assurance, V: Quality of care in a changing health care environment. *QRB Quality Review Bulletin* 1992;18:120-6.
25. Hurtado MP, Swift EK, Corrigan JM. Envisioning the National Health Care Quality Report. Washington, D.C.: Institute of Medicine, Board on Health Care Services, 2001:234 pp.
26. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal* 2003;327:1219-21.
27. Brook RH, McGlynn EA, Cleary PD. Quality of health care. Part 2: measuring quality of care. *New England Journal of Medicine* 1996;335:966-70.
28. Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *Int J Qual Health Care* 2003;15(6):523-30.
29. McGlynn EA, Asch SM, Adams J, et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *New England Journal of Medicine* 2003;348:2635-45.
30. Sloss EM, Solomon DH, Shekelle PG, et al. Selecting target conditions for quality of care improvement in vulnerable older adults. *Journal of the American Geriatrics Society* 2000;48:363-9.
31. Lindsay J, Sykes E, McDowell I, Verreault R, Laurin D. More than the epidemiology of Alzheimer's disease: contributions of the Canadian Study of Health and Aging. *Canadian Journal of Psychiatry* 2004;49:83-91.
32. Shekelle PG, MacLean CH, Morton SC, Wenger NS. Acove quality indicators. *Annals of Internal Medicine* 2001;135:653-67.

33. AOTA. Standards for continuing competence. The American Occupational Therapy Association, Inc. *The American Journal of Occupational Therapy* 1999;53:599-600.
34. NASW Commission on Health and Mental Health. NASW Clinical Indicators for Social Work and Psychosocial Services in the Acute Psychiatric Hospital: NASW, 1990:6 pp.
35. Shield T, Campbell S, Rogers A, Worrall A, Chew-Graham C, Gask L. Quality indicators for primary care mental health services. *Quality and Safety in Health Care* 2003;12:100-6.
36. RAND. Measuring General Practice - A demonstration project to develop and test a set of primary care clinical quality indicators. Santa Monica: National Primary Care Research and Development Centre, 2003:68 pp.
37. AASW. Practice Standards for Social Workers : Achieving Outcomes: Australian Association of Social Workers, 2003:32.
38. AASW. Draft - Outcome Practice Standards for Social Workers - Direct Practice & Service Management. Kingston: Australian Association of Social Workers, 2001:16.
39. (NCSC) NCSC. Draft National Care Standards Consultation Document - First Tranche. Vol. 2003. Edinburgh: Scottish Executive, 2000.
40. NHS Executive. NHS Performance Indicators : July 2000. Vol. 2002: NHS Executive, 2000.
41. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. *Journal of Advanced Nursing* 2000;32:1008-15.
42. Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, et al. *The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual*. RAND corporation, 2001:109 pp. ISBN 0833029185
43. Gagnon M, Hébert R, Dubé M, 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 (HCSQ). *Journal of nursing measurement* 2006; 14(3): 190-204.



# Chapitre 18

## Sélection des variables essentielles pour déterminer les besoins psychosociaux des résidents et la charge de travail du service social en CHSLD

---

Nathalie Delli-Colli, Nicole Dubuc, Réjean Hébert,  
Catherine Lestage

---

### **Points saillants**

Cette étude rapporte les résultats d'une consultation d'experts de type Delphi qui a été menée au Québec en 2006. Soixante experts regroupant des praticiens en service social, des gestionnaires et des chercheurs intéressés aux besoins psychosociaux et à la charge de travail des travailleurs sociaux en CHSLD ont complété deux questionnaires postaux. Cet exercice a permis de sélectionner 105 variables jugées essentielles pour établir un portrait des besoins des résidents et pouvant potentiellement déterminer la charge de travail du service social en CHSLD.

### **Problématique**

Les aînés en perte d'autonomie forment une clientèle très hétérogène. Effectivement, ils présentent divers niveaux et profils d'incapacités résultant de maladies chroniques et de comorbidités variables<sup>1, 2</sup>. Pour répondre à leurs divers besoins, une gamme de soins et de services est offerte dans la collectivité ou dans les institutions, mais c'est généralement à domicile que les aînés préfèrent recevoir leurs services<sup>2</sup>. Toutefois, malgré leur souhait de demeurer à domicile, il arrive que pour certains, le soutien à domicile ne soit plus possible et qu'il faille envisager un hébergement. On considère généralement cette alternative pour les raisons suivantes : la personne âgée présente une perte d'autonomie importante, sa sécurité est menacée, son réseau familial et social est limité ou son domicile est inadéquat pour la prestation des soins et services qu'elle requiert<sup>3</sup>.

Au Québec, les formules d'hébergement institutionnelles comme les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) occupent encore une place importante dans l'offre de services, puisque 71 % des ressources financières en



soins de longue durée y sont consacrées<sup>2</sup>. Cependant, au cours des dernières décennies, le portrait de leur clientèle s'est considérablement modifié. Alors qu'il y a environ 25 ans, les CHSLD dispensaient des services de type hôtelier à une population vieillissante, ils accueillent maintenant des résidents avec des incapacités physiques importantes, des problèmes de santé complexes ou encore des déficits cognitifs majeurs<sup>2-4</sup>. À cette réalité s'ajoute l'instauration récente de certaines mesures, notamment la création d'un organisme d'agrément, les visites d'appréciation de la qualité de vie en milieu d'hébergement de longue durée et la récente politique favorisant l'approche milieu de vie qui ont considérablement modifié le contexte de travail des intervenants en CHSLD<sup>4</sup>.

Le plan d'action 2005-2010 du ministère de la santé et des services sociaux pour les services aux aînés en perte d'autonomie préconise des milieux de vie qui répondent à de hauts standards de qualité<sup>2</sup>. Ces normes doivent tenir compte des besoins multiples et complexes de la clientèle ainsi que des pratiques fondées sur des résultats probants et des interventions visant l'efficacité et l'efficience<sup>2</sup>. Pour répondre à ces exigences, plusieurs professionnels doivent être mis à contribution et utiliser des outils d'évaluation reconnus. Parmi eux, le travailleur social en CHSLD est un acteur important dans l'évaluation et la mise en place d'interventions visant une réponse optimale aux besoins psychosociaux.

Au Québec, depuis novembre 2001 l'évaluation des besoins des personnes en perte d'autonomie s'effectue à partir de l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC)<sup>5</sup>. Le cœur de l'OEMC est composé du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), seul outil standardisé de cette évaluation. À partir des 29 items contenus dans le SMAF, un système de classification, appelé « profils Iso-SMAF » a été construit. Ce système permet de représenter les besoins des personnes en perte d'autonomie et est un bon prédicteur des ressources en soins infirmiers (80 %)<sup>6</sup>. Cependant, l'autonomie fonctionnelle et les diagnostics médicaux ne sont pas des indicateurs suffisants pour déterminer les ressources requises en service social. D'autres variables doivent être considérées comme les dimensions psychosociales<sup>7-8</sup>. Or, il est reconnu que l'OEMC recueille un certain nombre d'informations sur les besoins psychosociaux. En contrepartie, cette information n'est pas normalisée à l'aide d'indicateurs précis. Des indicateurs de besoins psychosociaux sont nécessaires, non seulement pour soutenir les processus cliniques, mais aussi pour permettre une meilleure gestion des ressources humaines et financières en service social. Actuellement, le nombre de travailleurs sociaux en CHSLD est déterminé selon une norme arbitraire qui ne considère que le nombre de lits. Les caractéristiques des résidents ainsi que les aspects physiques et organisationnels des CHSLD ne sont jamais considérés alors qu'ils ont un impact non négligeable sur la prestation des services sociaux<sup>9</sup>.

## Objectifs

L'objectif principal de cette étude est d'identifier les variables, liées aux caractéristiques des résidents et à l'environnement, qui sont essentielles pour l'évaluation des besoins psychosociaux et qui influencent potentiellement la charge de travail en service social en CHSLD.

Ces résultats seront utilisés lors d'une étude ultérieure visant à développer un modèle de prédiction des ressources requises en service social selon les besoins des résidents et le contexte physique et organisationnel en CHSLD.

## Cadre théorique

L'étude des caractéristiques d'un modèle de prédiction des ressources requises en service social en centre hébergement s'appuie sur le *Quality Health Outcome Model* (QHOM)<sup>10-11</sup>. Ce modèle général de l'utilisation et de la qualité des services s'inspire du cadre linéaire traditionnel « structure-processus-résultats » de Donabedian. Le QHOM, mis au point par des chercheurs en soins infirmiers, a aussi été étudié dans d'autres disciplines. Ce cadre conceptuel considère que le résultat d'une intervention est le fruit réciproque des quatre dimensions du modèle (les caractéristiques du client, les caractéristiques de l'environnement, les interventions et les résultats des interventions). Le QHOM tient compte de la pratique et de l'ensemble des éléments nécessaires pour développer un système complet. De plus, il examine les facteurs complexes à mesurer comme les facteurs psychosociaux.

La recension des écrits porte sur les systèmes de gestion ou modèles de prédiction en service social passés et actuels au Québec et ailleurs dans le monde. Le texte suivant présente de manière succincte les systèmes selon les quatre dimensions du cadre théorique : les caractéristiques des clients, de l'environnement, des activités en service social et de leurs résultats.

## Recension des écrits

Dans la documentation scientifique en service social, l'utilisation de système d'un gestion n'a pas toujours fait consensus. D'un côté, les auteurs en faveur de l'application d'un tel système affirment que cette pratique apporte une valeur ajoutée, puisqu'elle permet une utilisation de données standardisées, une évaluation de la qualité et un financement adéquat<sup>7-8</sup>. D'un autre côté, l'actualisation des systèmes de gestion a suscité le scepticisme de certains auteurs en raison des facteurs complexes à mesurer (ex. : les multiples problématiques psychosociales) et de la résistance des intervenants face à ces systèmes. Néanmoins, cinq systèmes ont été proposés au cours des 25 dernières années : 1) *The Berkman-Rehr classification of psychosocial problems and outcomes* (Berkman Rehr)<sup>12, 13</sup>, 2) La classification par types en milieux de soins et services prolongés (CTMSP 87), la détermination des services requis et la mesure des ressources requises

par les bénéficiaires, extrait des services sociaux<sup>14</sup>, 3) Le système de classification de la personne dans son environnement (CFPE)<sup>15-16-17</sup>, 4) *The Australian national classification system for social work practice in health care* (ANCS)<sup>7, 18, 19</sup>, 5) *The workload analysis scale* (WAS)<sup>20</sup>.

### **Les caractéristiques des résidents**

Une des composantes principales d'un système de gestion est la capacité de saisir les besoins de la clientèle. Pour ce faire, le système doit être en mesure d'identifier et de mesurer les caractéristiques des résidents, comme les besoins psychosociaux, qui vont exiger une intervention en service social. La population intéressée par ces systèmes est très variée, mais actuellement aucun système n'a traité spécifiquement des besoins psychosociaux des personnes en perte d'autonomie en hébergement. Le système WAS s'est consacré à l'étude des besoins spécifiques des personnes en réadaptation ou en évaluation tandis que les autres, le Berkman-Rehr, le CFPE et l'ANCS ont tenté de capter les besoins psychosociaux de patients hospitalisés en soins aigus. Le choix des variables à mesurer est très diversifié. Dans le CFPE, seuls les rôles sociaux sont considérés comme caractéristiques tandis que l'ANCS tente de mesurer plusieurs dimensions de la personne, comme ses besoins physiques, nutritionnels et sociaux. L'autonomie fonctionnelle est considérée dans un seul de ces systèmes soit le WAS, bien qu'elle constitue un élément essentiel de l'évaluation gériatrique.

### **Les caractéristiques de l'environnement**

Les facteurs liés à l'environnement sont très peu considérés à l'intérieur de ces systèmes même si, selon Chernesky et Grube (1999), ils ont un impact important sur la charge de travail<sup>21</sup>. Seul le WAS s'intéresse à un aspect de l'environnement soit les caractéristiques du personnel, comme le nombre d'années d'expérience et le stress perçu au travail.

### **Les activités en service social**

Une liste d'activités effectuées par le travailleur social est nécessaire afin d'estimer les ressources requises par le département de service social. Un seul système, le CTMSP estime les services requis à l'admission en CHSLD des personnes en perte d'autonomie. Cependant, la classification de ce système n'inclut qu'une partie des activités professionnelles effectuées. De plus, le temps requis est laissé au jugement de l'intervenant, ce qui varie grandement d'un intervenant à l'autre. Le WAS et l'ANCS utilisent une liste variant entre 10 et 16 activités. Seul le WAS a démontré qu'il existe une relation entre les besoins psychosociaux de la clientèle et les ressources requises en service social. Toutefois, les heures requises estimées par ce système reposent sur des statistiques compilées par les intervenants dans le cadre de leurs activités normales. Dans les méthodes d'estimation de temps liées à des activités professionnelles, il semblerait que les études de temps

et mouvement effectuées en continu fourniraient des données plus fiables et valides<sup>22-24</sup>.

### **Indicateurs de résultats**

Une fois les caractéristiques du résident et de l'environnement étudiées ainsi que les ressources requises estimées, peut-on apprécier les résultats des services rendus ? À l'heure actuelle, seul l'ANCS a amorcé une réflexion sur la mesure de certains indicateurs de performance comme l'accessibilité, la pertinence et l'efficacité. Cependant, les auteurs de l'ANCS affirment que la méthodologie utilisée pour cette mesure doit être revue. Par ailleurs, les auteurs n'ont pas publié les résultats de ces travaux.

### **Fidélité et validité des systèmes**

La fidélité et la validité sont deux qualités très importantes à considérer dans la mise au point et l'utilisation d'un système de gestion. Or, peu de chercheurs ont considéré l'importance de valider chacune des étapes de développement de ces systèmes. Seuls les chercheurs du Berkman-Rehr et du WAS ont vérifié la fidélité inter-juges de leurs systèmes. Ils rapportent respectivement une fidélité inter-juges bonne et élevée. Ils se sont aussi assuré que leur système mesurait bien le concept étudié. Effectivement, les chercheurs du Berkman-Rehr ont étudié sa validité de construit et ceux du WAS ont quant à eux, mesuré sa validité prédictive.

En conclusion, même s'il y a peu d'information sur le type d'utilisation de ces systèmes, il semble que le Berkman-Rehr, le ANCS et le WAS ont été élaborés en réaction au sous-financement des services professionnels dans le réseau de la santé et ce, principalement afin de démontrer l'importance des services fournis par le service social. Néanmoins, ils soutiennent peu la pratique au quotidien. Au Québec, dans certains hôpitaux de soins aigus affiliés à l'Université McGill, le CFPE est utilisé à des fins cliniques dans le but de standardiser l'évaluation du fonctionnement de la personne. En fait, à l'heure actuelle, aucun des systèmes ne saisit l'ensemble des besoins psychosociaux de la personne hébergée en soins de longue durée et ce, de manière adaptée à la pratique du service social. De plus, aucun ne s'applique à concilier les besoins cliniques à ceux de la gestion.

### **Méthodologie**

Afin de procéder à la sélection des variables essentielles, nous avons utilisé une consultation d'expert de type Delphi modifiée pour inclure la méthode de RAND/UCLA. Cette méthode consiste à combiner les preuves de la littérature avec l'opinion des experts. Dans un premier temps, une recension de la littérature a permis d'identifier deux listes de variables. La première a inclus une liste de variables utiles pour l'évaluation des besoins psychosociaux des personnes âgées hébergées en soins de longue durée. La deuxième contient celles liées à l'environnement physique et organisationnel pouvant potentiellement influencer la charge de travail

en service social. Par la suite, deux rondes de consultation de type Delphi avec un questionnaire postal ont été menées auprès de praticiens, gestionnaires et chercheurs en service social reconnus pour leurs expertises auprès des personnes âgées en perte d'autonomie et des CHSLD.

### **La méthode Delphi**

Cette méthode vise à structurer un processus de communication et à recueillir les opinions d'un groupe d'experts au moyen de questionnaires postaux. Les experts sont des praticiens, des gestionnaires, des professeurs et des chercheurs dont l'intérêt gravite autour de la pratique du service social. Ces experts ont une opinion informée sur le problème de recherche (la pratique du service social), mais qui cependant ne relève pas nécessairement de leur spécialité (le développement de système de gestion). De plus, ils sont relativement impartiaux quant aux résultats attendus<sup>25</sup>. Les caractéristiques principales de cette méthode sont l'anonymat entre les participants, la synthèse statistique des réponses, la rétroaction contrôlée et la réduction de la pression du groupe vers l'uniformité<sup>26</sup>. D'un point de vue économique, elle est privilégiée, puisqu'il peut être fort dispendieux et ardu de convier des experts provenant de plusieurs régions à un groupe de discussion<sup>26</sup>. La méthode Delphi est utilisée dans plusieurs domaines de la santé, pour développer des items, des normes en matière de formation, de compétences, de priorités de recherche ou bien pour élaborer, planifier ou évaluer un programme<sup>26, 27</sup>. Afin d'identifier les variables clés dans l'évaluation gériatrique, une étude conduite par Saltz et collaborateurs en 1998 a utilisé la méthode Delphi pour documenter les aspects sociaux, environnementaux et économiques à considérer dans l'évaluation des besoins de la clientèle âgée<sup>28</sup>. En soins infirmiers, la méthode Delphi a aussi été employée pour étudier la gestion de la charge de travail<sup>29, 30</sup>. La méthode Delphi traditionnelle comporte habituellement neuf étapes dont la procédure et le contenu varient d'une recherche à l'autre<sup>29</sup>. Il n'y a donc pas une façon unique de mener une étude avec la méthode Delphi<sup>29, 30</sup>. Dans le cadre de la méthode Rand, puisque qu'une recension des écrits est effectuée au préalable, deux à trois rondes de consultations sont habituellement suffisantes selon le domaine à l'étude<sup>31</sup>.

### **Procédure**

#### **Étape 1 : Élaboration du questionnaire postal**

L'inclusion des variables liées aux besoins psychosociaux et à la charge de travail dans le questionnaire s'est faite à partir d'une recension des écrits. Plusieurs sources d'information ont été consultées pour recenser ces variables : banque de données (CINAHL, *social service*, *social works abstracts*), systèmes de gestion existants, documentation d'associations professionnelles (Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, Association canadienne des travailleurs sociaux, *National association of social workers* (E-U), *Australian association of social workers*).

Les variables ont été retenues parce qu'elles ont été mesurées ou reconnues comme pouvant être utiles dans l'évaluation des besoins psychosociaux ou pouvant influencer la charge de travail en service social. En ce qui a trait aux caractéristiques du client, soient les besoins psychosociaux, 111 variables ont été identifiées et incluses dans la première partie du questionnaire. Quant aux variables liées à l'environnement, 66 variables pourraient être associées à la charge de travail en service social et elles ont constitué la deuxième liste du premier questionnaire. Pour chaque variable, une courte définition issue de la documentation scientifique et professionnelle, de dictionnaires ou générée par l'équipe de recherche a accompagné l'énoncé afin d'éviter toute ambiguïté<sup>26</sup>. Une question ouverte a également été incluse à l'intérieur des deux listes afin de permettre aux experts de d'identifier des variables supplémentaires. Une échelle de type Lickert de 1 à 9 niveaux a été utilisée telle que le recommande la méthode de RAND/UCLA<sup>32</sup>. Cette méthode permet de regrouper les réponses en catégories pour faciliter l'analyse et mieux saisir les différences, parfois subtiles, entre les experts. Elle permet aussi d'observer les changements d'opinion entre les différents moments de consultation<sup>29-30</sup>. Ce questionnaire a été préalablement testé auprès de huit experts ayant des caractéristiques similaires aux participants recrutés<sup>27-29-30</sup>.

### Exemple 1 (question sur les besoins psychosociaux)

Dans quelle mesure considérez-vous que cet élément vous est essentiel pour vous faire un portrait des besoins psychosociaux de l'utilisateur ?

#### VULNÉRABILITÉ DE L'USAGER

Non essentiel								Absolument essentiel
1	2	3	4	5	6	7	8	9

**VULNÉRABILITÉ** : caractère de quelqu'un qui peut être facilement atteint, qui se défend mal. Exemples d'éléments de vulnérabilité : âge avancé, exploitation, deuil ou perte, faible condition socio-économique, abus, isolement (OEMC et Rapport sur l'exploitation des personnes âgées, octobre 2001).

**NON ESSENTIEL** : l'élément est utile, il ajoute une qualité supérieure à quelque chose, mais il n'est pas nécessaire ou indispensable pour établir un portrait des besoins psychosociaux de l'utilisateur.

**ABSOLUMENT ESSENTIEL** : l'élément jugé est parmi les plus importants, il est INDISPENSABLE pour établir un portrait des besoins psychosociaux de l'utilisateur.

### Exemple 2 (question sur la charge de travail)

Dans quelle mesure croyez-vous que cet élément peut influencer (positivement ou négativement) votre charge de travail ?

### ÉQUILIBRE ENTRE LES ACTIVITÉS CLINIQUES ET LES AUTRES TÂCHES

Aucune influence									Beaucoup d'influence
	1	2	3	4	5	6	7	8	9

**ÉQUILIBRE :** temps consacré aux tâches directement reliées au dossier de l'utilisateur *versus* tâches administratives, d'enseignement, de recherche, etc. (Équipe de recherche)

#### Étape deux : Recrutement des experts

Il n'existe pas de consensus sur le type d'experts à inviter à participer à un Delphi. Dans cette étude où l'objectif était d'identifier des variables cliniques, les experts sollicités étaient des praticiens, des gestionnaires et des chercheurs en service social. Tous ont été soumis aux mêmes questions. Ils ont été choisis en raison de leur expertise avec la population visée ainsi que pour leur crédibilité dans le domaine<sup>25</sup>.

Les experts recrutés proviennent des diverses régions du Québec. Le critère recherché s'avérait être la variabilité des expertises en service social et auprès des personnes âgées. Afin de s'assurer d'une bonne représentativité des milieux, une attention particulière a été portée à l'identification d'experts provenant de milieux rural, urbain et métropolitain, et œuvrant dans des établissements de petite, moyenne et grande taille<sup>25</sup>. Le nombre d'experts visé était de 60 (n=60).

Avec la méthode Delphi, il n'y a pas de façon unique de recruter<sup>29,30</sup>. Comme on ne connaît pas la population totale d'experts, l'échantillon en fût un de convenance et les experts furent recrutés à partir des critères mentionnés plus hauts<sup>29,30</sup>. Plusieurs stratégies de recrutement furent utilisées par la chercheuse principale : publicité lors d'un congrès provincial sur les soins aux personnes âgées en grande perte d'autonomie et envoi de courriels par l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux à 70 % de ses 6000 membres. Des contacts furent aussi établis avec des informateurs clés œuvrant dans les agences de santé et de services sociaux (ASSS), les centres de santé et des services sociaux (CSSS) et les départements de service social dans les universités québécoises. Ces informateurs clés ont identifié des experts qui correspondaient aux caractéristiques recherchées dans leur organisation et dans d'autres établissements de leur territoire. Ces diverses façons de recruter ont permis de constituer une liste d'experts intéressés à participer au projet. Un document explicatif incluant de l'information sur les objectifs du projet, la tâche attendue, la durée estimée du travail demandé et l'utilisation des résultats de cette consultation a été envoyé par fax ou par courriel. Après lecture du document, si l'intérêt des experts demeurait, le premier questionnaire leur était envoyé.

#### Étape 3 : Envoi du premier questionnaire

Les 60 experts ont reçu le questionnaire accompagné des documents suivants :  
1) une lettre rappelant le but du projet et les consignes utiles pour compléter le

questionnaire, 2) deux formulaires de consentement, un à retourner et un à conserver par le sujet, 3) un court questionnaire d'informations sociodémographiques, 4) une enveloppe-réponse pré-adressée et pré-affranchie. Les experts disposaient de trois semaines pour répondre et retourner les documents. Un rappel a été fait à la fin de la deuxième et de la troisième semaine. Les experts n'ayant pas retourné leur questionnaire dans les délais prescrits ont fait l'objet d'un suivi pour estimer le temps supplémentaire nécessaire pour compléter le questionnaire ou pour expliciter les raisons qui motivaient leur volonté de se retirer de l'étude.

#### **Étape 4 : Analyse des résultats du premier questionnaire**

Tel qu'illustré au tableau 18.1, deux procédures ont été utilisées afin de conclure que la variable est retenue et qu'il y a convergence des opinions : la médiane et la mesure de dispersion.

**PREMIÈRE PROCÉDURE :** La médiane 7 est généralement utilisée pour statuer de la pertinence ou du caractère essentiel d'une variable<sup>32</sup>. Cependant, ce critère serait moins approprié pour les panels d'experts unidisciplinaires, car ils ont tendance à valoriser fortement la pertinence ou le caractère essentiel d'un élément<sup>33</sup>. Un critère plus sévère, comme une médiane 8 est alors recommandé. L'analyse des résultats de chaque élément fut interprétée comme suit : si le score médian était supérieur ou égal à 8, la variable était retenue, si la médiane se situait entre 4 et 7 inclusivement, la variable était discutée et finalement, si la médiane était inférieure ou égale à trois, la variable était rejetée.

**DEUXIÈME PROCÉDURE :** Afin de mesurer l'accord entre les experts, la formule proposée dans le document de *RAND/UCLA appropriateness method* fut utilisée<sup>32</sup>. Pour conclure que les experts sont en accord avec le caractère essentiel d'une variable, il faut tenir compte de la dispersion de leurs réponses. Initialement, la méthode Rand était utilisée avec les panels de petite taille (maximum de 15 personnes). Il était donc facile, visuellement, de vérifier la polarité des données. Par exemple, à l'intérieur d'un panel de 9 experts, si un expert avait coté 1 et un autre 9, on pouvait conclure à un désaccord dans le cas d'une définition stricte de l'accord.

Dans le cas où le nombre d'experts serait élevé, l'intervalle interpercentile ou IIP (traduction libre de Interpercentile Range IPR) ne permet pas de conclure hors de tout doute à l'agrément entre les participants du panel. Une autre mesure fut donc développée pour être en position de déterminer la présence d'un accord lorsqu'on retrouve des sous-groupes d'experts qui se positionnent aux extrémités de l'échelle. L'index d'asymétrie (la distance entre le point central de l'IIP et le point central de l'échelle, c'est-à-dire 5) doit être calculé et inclus dans la formule de l'IIPAS (traduction libre de Interpercentile Range Adjusted for Symmetry IPRAS). L'accord sera observé lorsque l'IIP sera plus petit que l'IIPAS tel qu'illustré au tableau 18.1. La figure 18.1 démontre que pour objectiver la présence d'un accord lorsqu'il y a une concentration des opinions des experts dans les extrémités de l'échelle, il faut déplacer la zone d'observation (bornes) et analyser les données en tenant



Tableau 18.1  
Analyse des données avec la méthode RAND/UCLA

Médiane	IIP <sup>1</sup> (IIPAS <sup>2</sup> )	IIP > IIPAS
≤ 3	Accord NON ESSENTIEL	Désaccord NON ESSENTIEL
>3 et ≤7	Accord INCERTAIN	Désaccord INCERTAIN
≥ 8	Accord ESSENTIEL	Désaccord ESSENTIEL

<sup>1</sup> IIP: Intervalle interpercentile

<sup>2</sup> IIPAS Intervalle interpercentile ajusté pour la symétrie

compte de l'asymétrie. Le tableau 18.2 présente les éléments à considérer dans le calcul de l'IIP et de l'IIPAS, en lien avec les données de la figure 18.1. Finalement, les membres de l'équipe de recherche ont analysé le contenu des commentaires écrits des experts.

Figure 18.1  
Exemple de l'asymétrie des données dans la détermination de l'accord

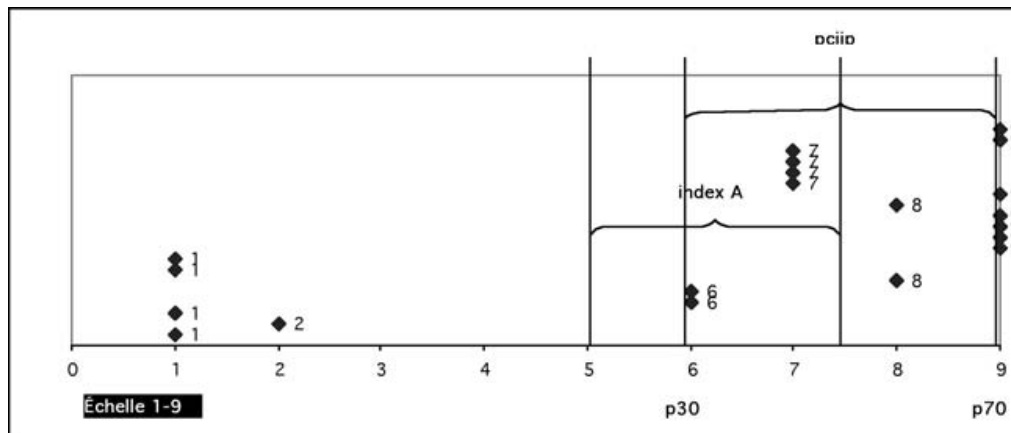


Tableau 18.2  
Éléments à considérer dans le calcul de l'IIP et de l'IIPAS

Élément	Valeur
p30 (percentile 30)	6
p50 (percentile 50)	7
p70 (percentile 70)	9
IIP: p70-p30	3
pciip: point central de l'IPR: p70+p30 /2	7,5
Index A: index d'asymétrie: distance entre 5 et le point central de l'IIP	2,5
IIPAS: 2,35 + (ai × 1.5 facteur de correction fixe)	6,1
IIP < IIPAS = accord	oui

### **Étape 5 : Envoi du deuxième questionnaire**

Le deuxième questionnaire inclut les items jugés incertains (médiane entre >3 et ( 7) et ceux suggérés par les experts. Il fut convenu de modifier les questions posées aux experts compte tenu des faits suivants : le nombre élevé d'éléments sélectionnés lors de la première ronde de consultation, le nombre important d'éléments jugés incertains ainsi que le haut niveau de consensus. Nous avons privilégié une position plus ferme de la part des experts pour favoriser la spécificité de l'information<sup>25</sup>. Ainsi, au lieu de demander aux experts de classer les éléments incertains en ordre d'importance, les experts ont dû se prononcer, en répondant à une question oui/non. Cette question portait sur la pertinence d'ajouter l'élément à la liste des variables déjà sélectionnées. Dans ce deuxième envoi, les experts ont reçu un document contenant les résultats de la première ronde de consultation afin d'avoir du « feedback » sur l'opinion du groupe d'experts<sup>26</sup>. Une lettre expliquant les objectifs de la deuxième ronde de consultation fut également expédiée. De cette façon, les experts devaient réfléchir sur la manière de rendre opératoire la mesure de ces variables, en d'autres mots, sur la possibilité de les mesurer dans le contexte clinique. Les huit nouvelles variables formulées par les experts lors de la ronde 1 ont été soumises sous la même forme que les variables soumises lors du questionnaire 1, soit avec une définition et une échelle de type Lickert de 1 à 9. Les participants ont eu deux semaines pour compléter le questionnaire. Des rappels, de même que des arrangements (délai plus long en raison d'une maladie), ont été faits pour accommoder le plus grand nombre d'experts.

### **Étape 6 : Analyse du deuxième questionnaire**

Pour analyser les réponses aux questions dichotomiques, un pourcentage d'accord à 80 % a été utilisé<sup>25</sup>. Seules les variables où 80 % des experts avait estimé que l'ajout de cet élément était absolument essentiel furent gardées. Les variables proposées par les experts ayant obtenu une médiane supérieure ou égale à 8 ainsi qu'un niveau d'agrément satisfaisant entre les experts furent conservées. Les autres variables, n'ayant pas répondu à ces deux critères, furent rejetées. À la fin de cette étape, une liste de variables essentielles à l'évaluation des besoins psychosociaux et une liste de variables influençant la charge de travail fut identifiée.

### **Étape 7 : envoi de la liste finale des variables retenues à l'ensemble des experts**

Les experts ayant participé aux différentes étapes du Delphi ont reçu par la poste la liste des variables sélectionnées<sup>26</sup>.

## Résultats

### Sélection des experts

Suite à la diffusion de l'annonce, plus de 100 personnes se sont montrées intéressées à participer à l'étude. Après l'envoi du document explicatif, 60 experts désiraient prendre part à l'étude et répondaient aux critères d'inclusion. Les caractéristiques des experts étaient les suivantes : 71 % étaient des cliniciens en service social, 10 % des gestionnaires et 4 % des chercheurs. Les autres experts (15 %) étaient des cliniciens ou des gestionnaires récemment retraités. La moyenne d'âge se chiffrait à 44 ans (écart-type de 11,8) et la moyenne d'années d'expérience avec les personnes âgées était de 11,6 (écart-type de 8,4). Les experts provenaient de 14 des 18 régions administratives du Québec.

### Ronde 1

Des 60 questionnaires expédiés à la ronde 1, 53 ont été reçus et analysés, ce qui correspond à un taux de réponse de 88 %. En considérant la médiane pour mesurer le caractère essentiel et la mesure de dispersion pour déterminer le niveau d'accord entre les experts, 100/177 variables (56 %) ont été retenues. Au niveau des variables psychosociales, 67/111 variables ont été retenues, ce qui représente 60 % des éléments de cette catégorie. Les perceptions des usagers, les aidants principaux ainsi que le milieu familial sont les dimensions où le plus grand nombre d'éléments furent sélectionnés. Les variables liées à l'environnement physique et organisationnel ont pour leur part été conservées dans 49 % des cas, soit 32/65 variables soumises. L'environnement organisationnel dans le CSSS et dans le département de service social sont les dimensions où le plus grand nombre d'éléments ont été gardés. Un seul élément a été jugé non essentiel. Sur 177 éléments, les experts ont été en désaccord seulement à une reprise dans la catégorie de l'environnement humain. L'analyse de contenu des commentaires des experts a permis de formuler huit nouvelles variables au deuxième tour (tableau 18.3).

Tableau 18.3  
Résultats de la ronde 1

	Initialement soumis	Retenus	Non retenus	Incertains	Nouveaux	Ronde 1
Essentiel pour se faire un portrait des besoins psychosociaux	<b>111</b>	<b>67</b> (60 %)	<b>0</b> (0 %)	<b>44</b> (40 %)	<b>3</b>	
Influence la charge de travail	<b>66</b>	<b>33</b> (50 %)	<b>1</b> (2 %)	<b>32</b> (48 %)	<b>5</b>	
	<b>177</b>	<b>100</b> (56 %)	<b>1</b> (1 %)	<b>76</b> (43 %)	<b>8</b>	

## Ronde 2 (tableau 18.4)

Des 53 questionnaires envoyés, 50 furent reçus et inclus dans l'analyse, pour un taux de participation de 94 %. En sensibilisant les experts à la faisabilité de mesurer ces variables, dans le contexte de la pratique du service social actuelle, et en fixant un critère de 80 % d'accord entre les experts pour conserver les variables à l'étude, seulement quatre variables ont été ajoutées à la liste existante générée lors du premier tour. Des huit nouvelles variables proposées par le panel d'experts à la fin du premier tour, une seule a rencontré les exigences, soit une médiane supérieure ou égale à 8 et la présence d'un agrément suffisant entre les experts selon les résultats de l'IIP et de l'IIPAS.

Tableau 18.4  
Résultats de la ronde 2

	Soumis (n = 84)	Retenus	Rejetés	Ronde 2
Essentiel pour se faire un portrait des besoins psychosociaux	47	5	42	
Influence la charge de travail	37	0	37	
	84	5 (6 %)	79 (94 %)	

Comme illustré au tableau 18.5, à la fin des 2 rondes, 105 variables (57 %) constituent la liste finale. Quarante-trois variables (43 %) ont été, pour leur part, rejetées car leur caractère essentiel a été jugé incertain au premier tour et non essentiel au deuxième tour. Les listes détaillées des variables pour les deux catégories (besoins psychosociaux, puis environnement physique et organisationnel) sont présentées aux annexes 1 et 2.

Tableau 18.5  
Résultats finaux après les rondes 1 et 2

	Soumis + nouveaux	Retenus	Rejetés	Résultats finaux
Essentiel pour se faire un portrait des besoins psychosociaux	114	72 (63 %)	42 (37 %)	
Influence la charge de travail	71	33 (46 %)	38 (54 %)	
	185	105 (57 %)	80 (43 %)	

## Discussion

L'utilisation de la méthode Delphi modifiée de type Rand a permis la sélection des variables liées aux caractéristiques des résidents et de l'environnement qui sont essentielles pour l'évaluation des besoins psychosociaux et qui influencent potentiellement la charge de travail en service social en CHSLD. Le nombre élevé

d'experts, leur provenance ainsi que les diverses stratégies de recrutement assurent une bonne représentativité des acteurs concernés par la pratique du service social en centre d'hébergement et de soins de longue durée<sup>29</sup>. D'autres professionnels du champ psychosocial, des personnes âgées ou des membres de leur entourage auraient pu être consultés pour la partie des besoins psychosociaux des personnes âgées. Toutefois, comme un de nos intérêts se situe au niveau de la prédiction des ressources en service social et de la gestion, nous avons privilégié des experts ayant une connaissance dans le domaine.

L'utilisation d'un cadre conceptuel, le *Quality Health Outcome Model* dans ce cas-ci, a permis une couverture optimale des variables liées aux caractéristiques des clients et de l'environnement<sup>10, 11</sup>. Soulignons aussi que les experts n'ont suggéré que huit variables supplémentaires à celles déjà recensées. Enfin, les résultats de cette étude sont similaires à ceux d'autres études si on considère le comportement des experts. Il est reconnu que les panels regroupant des experts de la même profession ont tendance à considérer beaucoup plus de variables comme étant essentielles et d'atteindre un haut niveau de consensus<sup>33</sup>. À cet effet, notons qu'un seul élément a été jugé non essentiel, qu'un désaccord entre les experts a été observé et que seulement deux tours de consultation furent nécessaires.

Au total, les experts ont retenu 105 variables, ce qui constitue 57 % des variables soumises. Rappelons que ces variables avaient été mesurées ou discutées comme élément pertinent dans d'autres contextes, c'est-à-dire avec d'autres types de clientèle ou dans d'autres milieux de soins. Le but de l'exercice était ici de sélectionner les plus essentielles, compte tenu des besoins psychosociaux des résidents et de l'environnement physique et organisationnel des CHSLD du Québec. En ce qui a trait aux besoins psychosociaux, la sélection des variables essentielles dans divers aspects de la personne reflète que c'est un concept multidimensionnel. Les experts ont considéré fortement les dimensions de l'état de santé, de la situation psychosociale, de la situation des aidants ainsi que la capacité de motivation et d'adaptation des résidents. Selon les experts, ces dimensions leurs sont nécessaires pour se faire un portrait des besoins du résident et sont susceptibles d'influencer leur plan d'intervention. Certaines variables liées à l'état de santé sélectionnées par les experts sont similaires à celles retrouvées dans L'ANCS et le WAS, soit le diagnostic d'admission et le nombre d'hospitalisations antérieures<sup>7, 8, 19-20</sup>. Comme dans le WAS, l'autonomie fonctionnelle a retenu l'attention de nos experts, notamment la communication et les fonctions cognitives puisque ces deux dimensions ont un impact direct sur les modalités d'intervention des travailleurs sociaux. Par ailleurs, les autres dimensions de l'autonomie fonctionnelle, soit les activités de la vie quotidienne et domestique (AVQ/AVD) ainsi que la mobilité ont obtenu une médiane 7 et n'ont donc pas été retenues. Ce choix des experts reflète peut-être le fait qu'ils aient peu à intervenir sur ces dimensions ou parce que les résidents des CHSLD présentent, pour la grande majorité, une grande perte d'autonomie aux AVQ et aux AVD et qu'il est moins pertinent d'obtenir une information précise à ce sujet. Enfin, au niveau des variables psychosociales, les

experts ont considéré essentiel, comme dans l'étude de WAS, le soutien de la famille ainsi que la capacité de motivation, d'autocritique, d'adaptation ainsi que de résolution de problème des résidents<sup>20</sup>.

En ce qui concerne les variables liées à l'environnement physique et organisationnel des établissements, aucun système n'a pris en compte ce type de variables. Seul le WAS a mesuré l'influence de variables liées aux professionnels, comme leur âge et leurs années d'expérience, sur la charge de travail<sup>20</sup>. Dans notre étude, les experts estiment que l'environnement de travail dans l'établissement et l'organisation du travail dans le département de service social sont des dimensions qui doivent être considérées afin d'observer leur influence sur la charge de travail des travailleurs sociaux en centre d'hébergement.

### **Retombées futures**

Comme nous l'avons spécifié auparavant, cette étude s'insère dans un projet de recherche plus vaste qui vise à développer un modèle de prédiction des ressources requises en service social selon les besoins des résidents et le contexte physique et organisationnel en CHSLD. Toutefois avant de pouvoir déterminer lesquelles de ces variables pourront effectivement être utilisées dans le cadre de ce modèle, d'autres étapes de travail sont nécessaires. À l'heure actuelle, certains travaux sont en cours pour identifier les outils qui permettraient de mesurer ces variables dans un contexte clinique. Ainsi, pour chaque variable ou groupe de variables associées à un même concept, une ou plusieurs questions provenant d'un instrument de mesure validé en français ont été recensées. Nous avons porté une attention particulière aux outils déjà utilisés dans le réseau de la santé ou à ceux développés et validés au Québec. Jusqu'à maintenant nous avons établi que 83 % des variables sélectionnées pourraient être mesurés par des outils existants. Le choix définitif des outils appropriés dans le contexte québécois sera effectué grâce à un groupe de discussions focalisées. Par la suite un pré-test sera réalisé afin d'estimer le temps requis, l'accès, les sources de données possibles et la faisabilité de recueillir les données à partir de cet ensemble d'outils. Ces étapes permettront de préparer une étude de plus grande envergure dans différents CHSLD du Québec, étude qui combinera simultanément la mesure des caractéristiques liées aux résidents et à l'environnement physique, organisationnel, et des études de temps et mouvements auprès des travailleurs sociaux exerçant dans ces CHSLD. Enfin, le modèle de prédiction développé constituera le cœur d'un système de gestion clinico-administratif qui soutiendra les prises de décision pour la mise en place d'une organisation efficiente des ressources psychosociales favorisant ainsi une meilleure réponse aux besoins des résidents. Enfin, elle améliorera les pratiques et les communications professionnelles en favorisant l'adoption d'outils standardisés.

## Remerciements

Nous aimerions remercier tous les experts qui ont participé à la consultation de type Delphi. Nathalie Delli-Colli a reçu une bourse de formation de maîtrise des Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) et du programme Formation interdisciplinaire en recherche Santé et Vieillesse (FORMSAV).

## Références

1. Dubuc, N., Hébert, R., Desrosiers, J., Buteau, M. et Trottier, L. (2006). Disability-based classification system for older people in integrated long-term care services : the Iso-SMAF profiles. *Archives of Gerontology & Geriatrics*, 42(2) ; 191-206.
2. Ministère de la Santé et des Services sociaux. « Les services aux aînés en perte d'autonomie : Un défi de solidarité ». Plan d'action 2005-2010, *Gouvernement du Québec*, Québec, 2005.
3. Ministère de la Santé et des Services sociaux. « Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD ». Orientations ministérielles, gouvernement du Québec, 2003.
4. Association des CLSC et des CHSLD du Québec. « Une vision pour les ressources publiques d'hébergement et de soins de longue durée ». *Association des CLSC et des CHSLD du Québec*, Montréal, 2004.
5. Kaufman, T., Asselin, F., Boyer, M.L., Corriveau, A., Couture, J., Flynn, L., Girard, S., Mercier, L., Normandeau, L. et Quintal, J. « Comité avisé 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.
6. Dubuc, N., Hébert, R., Desrosiers, J., Buteau, M. et Trottier, L. *Système de classification basé sur le profil d'autonomie fonctionnelle*. In Hébert R & Kouri K. *Autonomie et vieillissement*, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, Edisem, St-Hyacinthe, 1999.
7. Cleak, H. (2002). A model of social work classification in health care. *Australian Social Work*, 55 (1) ; 38-49.
8. Pockett, R., Lord, B. et Dennis, J. (2001). The Development of an Australian National Classification System for Social Work Practice in Health Care. *Social Work Health and Mental Health*, 34 (1-2) ; 177-193.
9. McGuire, J., Bikson, K. et Blue-Howells, J. (2005). How many social workers are needed in primary care ? A patient-based needs assessment example. *Health and Social Work*, 30(4) ; 305-313.
10. Mitchell P., Ferketich S. et Jennings, B. (1998). Quality Health Outcomes Model. *Journal of Nursing Scholarship*, 30 (1) ; 43-46.

11. Mitchell, P. et Lang, N. (2004). Framing the Problem of Measuring and Improving Healthcare Quality : Has the Quality Health Outcomes Model been Useful ? Medical Care, 42 (2) ; 4-11.
12. Berkman, B. (1980). Psychosocial Problems and Outcome : An External Validity Study. Health and Social Work, 5 (3) ; 5-21.
13. Berkman, B. et Rehr, H. (1972). Social needs of the hospitalized elderly : a classification. Social Work, 17 ; 80-88.
14. Tilquin, C. et Coupal, M. (1987). *C.T.M.S.P.* 87. « La détermination des services requis et la mesure des ressources requises par le bénéficiaire, extrait des services sociaux ». Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 127-207.
15. Karls, J., Lowery, C., Mattaini, M. et Wandrei, K. E. (1997). The use of the PIE (Person-In-Environment) System in Social Work Education. Journal of Social Work Education, 33 (1) ; 49-58.
16. Karls, J.M. et Wandrei, K.E. (1992). PIE : a new language for social work. Social Work, 37(1) ; 80-85.
17. Ordre professionnel des travailleurs sociaux. (1996). Système de classification du fonctionnement de la personne dans son environnement. Manuel du système CFPE.
18. Pockett, R., Lord, B. et Dennis, J. (2001). The Development of an Australian National Classification System for Social Work Practice in Health Care. Social Work Health and Mental Health, 34 (1-2) ; 177-193.
19. National Allied Health Casemix Committee. (2001). An Australian standard describing the range of activities provided by health professionals. Health Activity Hierarchy, version 1.1, 1-11. [www.dlsweb.rmit.edu.au/bus/nahcc/](http://www.dlsweb.rmit.edu.au/bus/nahcc/).
20. Gathercole, M.F. et De Mello, L.R. (2001) Development of the workload analysis scale (WAS) for the assessment and rehabilitation services of Ballarat health services. Social Work Health and Mental Health. 34(1/2) ; 143-160.
21. Chernesky, R.H. et Grube, B. (1999) HIV/AIDS case management : views from the frontline. The Care Management Journals. 1(1) ; 19-28.
22. Fein, E. et Saff, E. (1991). Measuring the use of time. Administration in Social Work. 15(4) ; 81-93.
23. McHugh, M.L. et Dwyer, V.L. (1992). Measurement issues in patient acuity classification for prediction of hours in nursing care. Nursing Administration Quarterly, 16 (4) ; 20-31.
24. Niebal, B.W. et Frievalds, A. (2003). *Methods, Standards, and Work Design*. Eleventh Edition. Mc Graw Hill. New York.



25. Powell, C. (2003). The Delphi technique : myths and realities. Journal of advanced nursing, 41(4) ; 376-382.
26. Mayer, R. et Ouellet, F. (1991). *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*. Gaétan Morin ed., ltée. Boucherville, Québec, Canada.
27. Burnette, D., Morrow-Howell, N. et Chen, L.-M. (2003). Setting priorities for gerontological social work research: a national delphi study. The Gerontologist, 43(6) ; 828-838.
28. Saltz, C., Shaefer, T. et Weinreich, D. (1998). Streamlining outpatient geriatric assessment : essential social, environmental and economic variables. Social Work in Health Care, 27(1) ;1-14.
29. Mead, D. et Moseley, L. (2001). Considerations in using the Delphi approach : design, questions and answers. Nurse Research, 8(4) ; 24-37.
30. Mead, D. et Moseley, L. (2001). The use of the Delphi as a research approach. Nurse Research, 8(4) ; 4-23.
31. Washington, D.L, Bernstein, S.T., Kahan, J.P., Leape, L.L., Kamberg, C.J. et Shekelle, P.G. (2003). Reliability of clinical guideline development using mail-only versus in –person expert panels. Medical Care, 41(12) ; 1374-1381.
32. Brook, R.H. (1994). *The RAND/UCLA Appropriateness Method*. In Mc Cormick, K.A. Moore, S.R., Siegal, R.A., eds. *Methodology perspectives*. Rockville,MD. Public Health Service, US. Department of Health and Human Services, AHCPR pub. No(95-009) ; 59-70.
33. Coulter, I., Adams, A. et Shekelle, P.(1995) Impact of varying panel membership on ratings of appropriateness in consensus panels : a comparison of a multi- and single disciplinary panel. ; Health services research, 30 ;,577-591.

## Annexe

### Annexe 1

#### Liste des variables – besoins psychosociaux

	Premier tour : Médiane <sup>1</sup>	Premier tour IIP < IIPAS= Accord	Deuxième tour variable retenue = Accord ≥ 80 % <sup>3</sup>
<b>Catégorie 1 : État de santé</b>			
Diagnostic actuel et d'admission	9	1 < 7,60	
État affectif	9	1 < 7,60	
Niveau de détresse psychologique	9	0 < 8,35	
Histoire de santé personnelle et familiale	9	1 < 6,85	
Stade de la maladie	8	1 < 7,60	
Pronostic de récupération	8	1 < 6,10	
Histoire de santé mentale personnelle et familiale	8	1 < 7,60	
Traits de personnalité	8	1 < 7,60	
Modification de l'état	8	1 < 7,60	
Capacité intellectuelle de l'usager	7	1 < 6,10	80,4
Stabilité de l'état	7	1 < 6,10	56,5
Gestion des symptômes	7	1 < 6,10	54,3
Hospitalisation récente et antérieure	7	1 < 4,60	56,5
Comorbidité	7	1 < 6,10	43,5
Présence de soins particuliers	7	2 < 5,35	52,2
Services de santé professionnels requis	7	1 < 6,10	73,9
Médication	6	2,81 < 2,96	43,5
<b>Catégorie 2 : Habitudes de vie</b>			
Activités personnelles et de loisirs	8	1 < 6,10	
Sommeil	7	1 < 4,60	52,2
Consommation d'alcool	7	2 < 5,35	78,3
Consommation de drogue	7	2 < 5,35	67,4
Consommation de tabac	6	1,81 < 2,49	60,9
Alimentation	6	2,81 < 3,24	45,7
<b>Catégorie 3 : Autonomie fonctionnelle</b>			
Fonctions mentales	9	1 < 7,60	
Communication	8	1 < 7,60	
Activités de la vie quotidienne (AVQ)	7	1 < 6,10	
Mobilité	7	1 < 6,10	
Tâches domestiques	7	2 < 3,85	
<b>Catégorie 4 : Situation psychosociale</b>			
Historique des problèmes sociaux	9	1 < 7,60	
Historique des problèmes légaux (victime)	9	1 < 7,60	
Vulnérabilité	9	0,8 < 7,74	
Inaptitude aux biens	9	0 < 8,35	
Inaptitude à la personne	9	0 < 8,35	
Âge	8	1 < 5,35	
Besoin d'un interprète	8	1 < 7,60	
Situation de vie antérieure	8	2 < 6,85	
Changement de milieu de vie requis	8	1 < 7,60	

	Premier tour : Médiane <sup>1</sup>	Premier tour IIP < IIPAS= Accord	Deuxième tour variable retenue = Accord ≥ 80 % <sup>3</sup>
<b>Catégorie 4 : Situation psychosociale (suite)</b>			
Misère sociale	8	1,81 < 6,71	
Historique des problèmes légaux (contrevenant)	8	1 < 7,60	
Relation entre le problème social et le passé	8	1 < 7,60	
État civil	7,5	1,81 < 5,49	89,1
Occupation	7	2 < 5,35	84,8
Appartenance ethnique	7	1 < 6,10	80,4
Niveau d'intégration, si immigrant	7	1 < 6,10	50,0
Type de résidence avant l'admission	7	1 < 6,10	67,4
Niveau d'éducation	6	1 < 4,60	50,0
<b>Catégorie 5 : Milieu familial de l'utilisateur</b>			
Dynamique familiale	9	1 < 7,60	
Dynamique de couple	9	1 < 7,60	
Ressources sociales	8,5	1 < 7,60	
Satisfaction quant à son réseau familial	8	1 < 7,60	
Composition du réseau familial	8	1 < 7,60	
Problématiques vécues par la famille en regard à l'orientation de l'utilisateur	8	1 < 7,60	
Événements marquants dans le passé collectif de la famille	8	1 < 7,60	
Fréquence des visites reçues des membres de sa famille	7,5	1 < 6,10	67,4
Perception d'avoir un réseau familial (ampleur)	7,5	1 < 6,10	58,7
Fréquence des interactions familiales, à distance	7	1 < 6,10	43,5
<b>Catégorie 6 : Aidant principal</b>			
Présence d'une personne significative	9	0 < 8,35	
Nombre d'aidants	8	1 < 6,10	
Disponibilité des aidants	8	1 < 7,60	
Présence de stratégies personnelles d'adaptation chez l'aidant	8	1 < 6,10	
État de santé de l'aidant	8	1 < 6,10	
Relation aidant-aidé-famille	8	1 < 7,60	
Niveau de stress de l'aidant	8	2 < 6,85	
Description du travail d'aide effectué	8	1 < 6,10	
Perception de l'aidant quant à son rôle	8	1 < 6,10	
Satisfaction de l'aidant quant au milieu de vie	8	1 < 6,10	
Relation entre l'aidant et le personnel	8	1,81 < 6,71	
Satisfaction de l'aidant quant à sa relation avec l'utilisateur	8	1 < 6,10	
Relation entre l'aidant et les promoteurs de services formels	8	1,81 < 6,71	
Portrait de l'aidant principal	7,5	1 < 6,10	41,3
Besoin de soutien et de services du réseau formel pour accomplir son rôle d'aidant	7	1 < 6,10	65,2
Conciliation des rôles	7	1 < 6,10	50,0
Coûts financiers de l'aide pour l'aidant	6	1 < 4,60	30,4

	Premier tour : Médiane <sup>1</sup>	Premier tour IIP < IIPAS= Accord	Deuxième tour variable retenue = Accord ≥ 80 % <sup>3</sup>
<b>Catégorie 7 : Réseau social de l'utilisateur</b>			
Proximité des relations	8	1 < 6,10	
Capacité de l'utilisateur à maintenir une relation	8	0 < 6,85	
Satisfaction de l'utilisateur quant à son réseau social, lors des interactions	7	1 < 6,10	63,0
Perception d'avoir un réseau social (ampleur)	7	1 < 5,35	30,4
Composition du réseau social	7,5	1 < 6,10	65,2
Nombre de visites reçues des membres de son réseau social	7	1 < 4,60	39,1
Fréquence des interactions sociales, à distance	6	1 < 4,60	23,9
<b>Catégorie 8 : Ressources communautaires et privées</b>			
Utilisation des services par l'utilisateur	7	1 < 4,60	41,3
Expérience passée avec les services	7	1 < 4,60	34,8
<b>Catégorie 9 : Perceptions et capacités de l'utilisateur</b>			
Capacité à prendre des décisions	9	1 < 7,60	
Attentes du système-client	9	1 < 7,60	
Satisfaction de l'utilisateur quant au milieu de vie	9	1 < 7,60	
Stratégies d'adaptation	8	1 < 7,60	
Capacité de résolution de problème	8	0,81 < 7,46	
Capacité d'autocritique	8	1 < 7,60	
Niveau de motivation	8	1 < 7,60	
Niveau de bien-être perçu	8	1,81 < 6,99	
Degré de changement anticipé par l'utilisateur	8	1 < 6,10	
Autonomisation	8	1 < 6,10	
Coopération du système-client avec le personnel	8	0 < 6,85	
Niveau de participation du système-client	8	0 < 6,85	
Satisfaction de l'utilisateur quant aux soins et services reçus	8	1,81 < 6,99	
<b>Catégorie 10 : Fonctionnement psycho-sexuel</b>			
Comportements sexuels inappropriés	8	1,81 < 6,99	
Pratique sexuelle ou comportement amoureux	6	2,62 < 3,10	23,9
Satisfaction sexuelle	6	2 < 3,85	43,5
Fréquence de l'activité sexuelle	5	2 < 2,35	2,2
<b>Catégorie 11 : Croyances et valeurs personnelles</b>			
Religion	8	1 < 6,10	
Culture	8	1 < 6,10	
Croyance religieuse	7	3 < 4,60	28,3
<b>Catégorie 12 : Autres variables psychosociales</b>			
Capacité à participer aux décisions de fin de vie	9	1 < 7,60	
Sentiments quant à sa fin de vie	9	1 < 7,60	
Dispositifs relatifs à la fin de vie	8	1 < 6,10	
Accomplissement des rôles sociaux primaires	8	1 < 6,10	
Habilités sociales	7	1 < 6,10	43,5
Niveau de connaissances de l'utilisateur et de sa famille	7	1 < 6,10	28,3
Besoins éducationnels	7	1,81 < 5,21	28,3

	Premier tour : Médiane <sup>1</sup>	Premier tour IIP < IIPAS = Accord	Deuxième tour variable retenue = Accord ≥ 80 % <sup>3</sup>
<b>Catégorie 13 : Conditions économiques</b>			
Capacité de l'usager à rencontrer ses obligations financières	8	1 < 7,60	
Responsable gestion financière	8	1 < 7,60	
Sources de revenus	7	1 < 6,10	65,2

## Annexe 2

**Liste des variables – environnement physique et organisationnel**

	Premier tour médiane	Premier tour IIP < IIPAS = Accord	Deuxième tour variable retenue = Accord ≥ 80 %
<b>Catégorie 14 : Environnement physique</b>			
Taille du milieu de vie	8	2 < 6,85	
Milieu de vie est sécuritaire	8	1,81 < 5,49	
Milieu de vie procure des opportunités d'interactions sociales	8	1 < 6,10	
Milieu de vie est plus résidentiel qu'institutionnel	8	1 < 6,10	
Milieu de vie est flexible et adaptable	8	1 < 7,60	
Milieu de vie est stimulant	8	1 < 7,60	
Milieu de vie permet le regroupement de clientèles	8	1 < 6,10	
Milieu de vie permet de s'approprier les lieux	7,5	1 < 6,10	65,2
Milieu de vie favorise l'orientation	7	2 < 5,35	
Milieu de vie offre du confort	7	2 < 5,35	39,1
Milieu de vie est ouvert sur la communauté	7	1,81 < 5,49	47,8
Milieu de vie procure de l'intimité	7	1 < 6,10	67,4
Milieu de vie favorise l'accès à l'extérieur	7	1 < 4,60	56,5
Milieu de vie offre un jardin	6	2,81 < 3,24	26,1
Lieu géographique	6	2 < 3,85	39,1
Proximité des services	6	2 < 3,85	45,7
<b>Catégorie 15 : Environnement humain</b>			
Compétences professionnelles de l'intervenant	9	1 < 7,60	
Compétences personnelles de l'intervenant	9	1 < 7,60	
Niveau de confort de l'intervenant avec la problématique	8	0,81 < 7,46	
Satisfaction au travail de l'intervenant	8	0 < 6,85	
Identification de l'intervenant au milieu de vie	8	1 < 6,10	
Cadre de l'intervenant	8	1 < 6,10	
Perception de l'intervenant quant à l'efficacité du réseau de la santé	7	1 < 6,10	37,0
Nombre d'années d'expérience avec la clientèle	7	0 < 5,35	52,2
Nombre d'années expérience dans le réseau	7	1 < 4,60	30,4
Niveau de scolarité de l'intervenant	6	2 < 3,85	34,8
Nombre d'années expérience comme intervenant	6	2 < 4,60	30,4
Âge de l'intervenant	5	2,81 < 2,96	4,3
Membre de l'OPTSQ	3	4,81 > 4,46	

	Premier tour médiane	Premier tour IIP < IIPAS = Accord	Deuxième tour variable retenue= Accord ≥ 80 %
<b>Catégorie 16 : Environnement organisationnel (équipe service social)</b>			
Ratio poste travailleur social ÷ n <sup>bre</sup> de lits	9	1 < 7,60	
Poids relatif du <i>workload</i>	9	1 < 7,60	
Nombre de sites desservis par le travailleur social	8	1 < 7,60	
Équilibre entre les activités cliniques et les autres tâches	8	0,81 < 7,46	
Présence d'autres professions psychosociales dans l'établissement	8	1 < 6,10	
Mandat et définition du service social dans le CSSS	8	1 < 7,60	
Intervenant a un local privé	8	1 < 7,60	
Nombre d'intervenants dans le dossier	7,5	1 < 6,10	60,9
Territoire desservi par le CSSS	7	2 < 5,35	37,0
Nombre de sites composants le CSSS	6	1,81 < 3,99	30,4
<b>Catégorie 17 : Environnement organisationnel (CSSS)</b>			
Programmation des soins et des services	8	1 < 6,10	
Présence d'un PII	8	1 < 7,60	
Accès/disponibilité des services spécialisés	8	1 < 6,10	
Contexte institutionnel	7	1 < 4,60	30,4
Niveau de technologies présent	7	1 < 6,10	52,2
Organisation des services de base	7	1 < 4,60	37,0
Justice et équité des soins de santé dans le CSSS	7	1 < 6,10	45,7
Organisation des services alimentaires	5	2 < 2,35	21,7
<b>Catégorie 18 : Organisation du travail dans le CSSS</b>			
Présence, composition et efficacité du travail de l'équipe multidisciplinaire	9	1 < 7,60	
Manque de temps	8,5	1 < 7,60	
Taux de roulement du personnel	8	1 < 6,10	
Manque de personnels soignants et autres	8	1 < 7,60	
Manque de formation	8	1,81 < 6,71	
Accès à de la supervision	8	1 < 6,10	
Accès à de la consultation	8	1,62 < 6,85	
Accès à du personnel d'encadrement	8	1 < 6,10	
Dynamique du groupe de travail	8	1 < 7,60	
Ressources humaines	7	1 < 6,10	23,9
Utilisation d'agence privée	7	2 < 3,85	34,8
Accès et disponibilité du personnel de soutien	7	1 < 6,10	65,2
Difficulté de recrutement	7	1,81 < 5,49	43,5
<b>Catégorie 19 : Environnement organisationnel dans le réseau de la santé</b>			
Accessibilité et disponibilité des services spécialisés	8	1 < 6,10	
Accessibilité et disponibilité des services de première ligne	7	2 < 5,35	39,1
Orientations ministérielles	7	1 < 6,10	56,5
Justice et équité dans les soins de santé	7	2 < 5,35	37,0
Complexité de l'organisation	7	1,81 < 5,49	39,1
Accessibilité et disponibilité des ressources communautaires	6	1 < 4,60	58,7

<sup>1,2</sup> variable retenue au premier tour si médiane ≥ 8 et IPR < IPRAS

<sup>3</sup> variable retenue au deuxième tour si accord ≥ 80 %



# Chapitre 19

## Mesure de l'adéquation de l'offre de service et des besoins des usagers du programme de soutien à domicile : Le passage d'un projet de recherche vers une intégration de données utiles à des fins de gestion

---

Danielle Benoit, Michel Tousignant, Guylaine Allard, Myriam Bergeron, Nicole Dubuc, Réjean Hébert

---

### Introduction

Pour la première fois au Québec, il a été possible en 2003 d'établir un portrait des usagers de la clientèle long-terme recevant des services de soutien à domicile (SAD) pour l'ensemble d'un territoire d'une Agence de santé et de services sociaux (ASSS ; anciennement Régie régionale). Cette description s'est opérationnalisée par une classification, issue d'informations intégrées dans l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC). L'utilisation d'une classification par profil-type (les profils Iso-SMAF) permet d'objectiver les besoins et les services, de standardiser dans une certaine mesure les services requis et d'ajuster les budgets selon la répartition des usagers dans les profils. Il a donc été possible d'acquérir des informations cliniques également utilisables à des fins de gestion. En effet, les résultats de l'étude 2003<sup>1</sup> nous ont permis d'établir que le système de santé publique comble 8,3 % des besoins en soins infirmiers et en services d'assistance et de soutien et que l'intensité de ces services est variable d'un territoire de Centres locaux de services communautaires (CLSC) à l'autre.

Deux lignes de force se dégagent de cette recherche. Premièrement, l'utilisation des profils Iso-SMAF a permis la comparaison des clientèles du SAD, à l'intérieur d'un même territoire. Deuxièmement, certaines données sont dorénavant disponibles comme outils de prise de décision en ce qui a trait à la répartition des ressources financières pour le programme *Perte d'autonomie liée au vieillissement* (PALV).



Cette recherche a permis de faire un grand pas dans la bonne direction. En général, les CLSC connaissent assez bien les usagers de façon individuelle. Cependant, ils connaissent peu leur clientèle dans son ensemble et, encore moins, l'étendue des besoins qu'elle exprime. Il était donc difficile pour les CLSC de fournir des informations utiles aux décideurs et aux gestionnaires quant à l'offre de services en soutien à domicile.

Les résultats de recherche sont généralement peu utilisés dans la gestion quotidienne. Il est donc normal de s'interroger sur l'intérêt d'une telle démarche, ainsi que de l'utilisation de ces données par les cliniciens et gestionnaires des CSSS. Le présent chapitre fait état de la suite des travaux qui ont été entrepris par les acteurs de cette première recherche.

### **Points forts et limites de l'étude de 2003**

Un des points forts de l'étude de 2003 a été la consolidation des travaux entrepris en novembre 2000 concernant l'harmonisation des pratiques entre les divers milieux de dispensation de services. En effet, cette démarche a été un atout majeur dans la modulation de l'offre de services en fonction des besoins de la clientèle. Ce projet a également permis de mettre en place une vision partagée par l'ensemble des intervenants offrant des services de soutien à domicile dans les 19 territoires de CLSC de la région montréalaise. Cela se traduit par une offre de services similaires et mieux adaptés aux besoins des clientèles spécifiques. Divers outils ont été élaborés et implantés durant cette période : un guide de gestion de la qualité des évaluations, une grille de mise en priorité, une grille permettant la production des listes d'attente, etc.

Un autre point fort a été d'obtenir l'assurance de la qualité de la banque de données administratives du système d'information clientèle (SIC). Des efforts et une rigueur soutenus ont permis de produire des données valides et fiables. Ainsi, les informations ont procuré une assise solide aux résultats fournis. En ce sens, la région montréalaise est reconnue provincialement pour la qualité de ses données SIC pour le volet SAD.

Cependant, la limite la plus importante reconnue par les instances impliquées en recherche et en gestion a été l'utilisation d'une période de trois mois pour produire les taux d'adéquation. Ces données trimestrielles ont été par la suite extrapolées sur une base annuelle. Or, des effets saisonniers peuvent potentiellement moduler la demande comme l'offre de services.

Cette limite ainsi reconnue a servi à l'élaboration de la suite des événements : poursuivre l'étude de l'adéquation entre services fournis et services requis sur une base annuelle. Le défi était de taille. Pour calculer les profils Iso-SMAF, l'étude 2003 a exigé la saisie des items du SMAF pour tous les usagers, et ce, dans un mode électronique plutôt rudimentaire. Plus de 8 000 dossiers ont ainsi été saisis par le personnel des CLSC. Nul doute qu'il fallait trouver mieux pour assurer la pérennité du projet.

## **Taux d'adéquation de la réponse aux besoins de l'offre de services pour les usagers du programme de soutien à domicile de l'année 2004 : d'un épisode de trois mois à des données en continu**

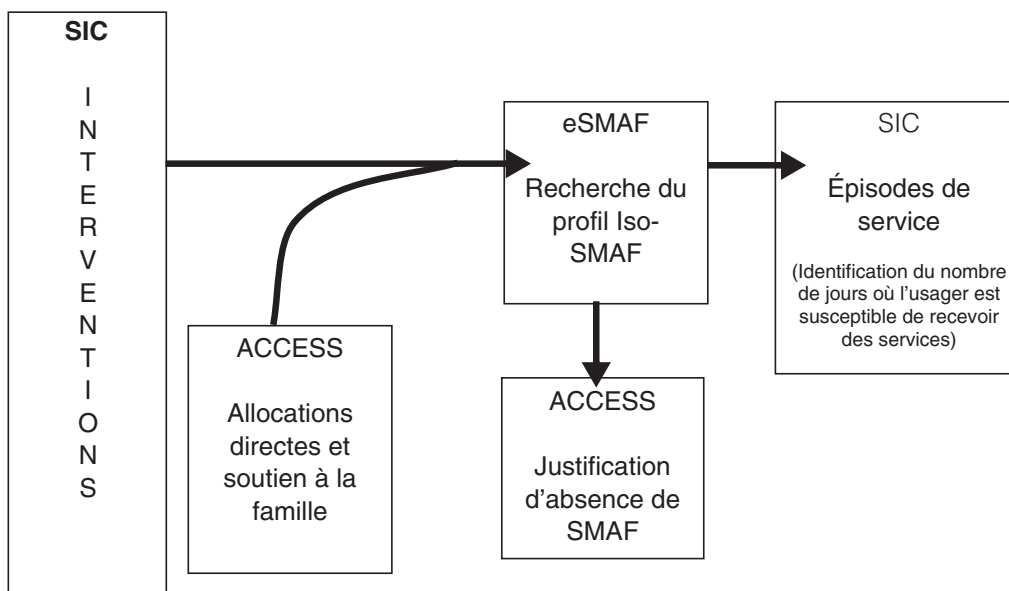
### **Informatisation des données du SMAF**

Afin de faciliter l'obtention des profils Iso-SMAF, l'équipe de recherche a implanté le logiciel eSMAF<sup>2</sup>. L'architecture de ce logiciel est basée sur le chevauchement de quatre niveaux : 1) le groupe d'appartenance de l'utilisateur (trois sous-niveaux : actif, inactif ou établissement), 2) l'utilisateur, 3) les données cliniques du client et 4) la production de rapport. Chaque niveau donne une perspective différente de la base de données. Chaque perspective donne accès à des informations spécifiques qui peuvent être extraites : le nombre d'utilisateurs par groupe, le dossier de l'utilisateur, des rapports sous forme de figures ou de tableaux, etc.

### **Interrelation entre les bases de données**

Cinq bases de données ont été utilisées pour obtenir toute l'information nécessaire au calcul du taux d'adéquation de la réponse aux besoins (figure 19.1). La clé (l'identifiant) qui permet de faire le lien entre les différentes bases de données est le numéro de dossier de l'utilisateur utilisé dans le système d'information clientèle CLSC (SIC). La première base de données est obtenue par une extraction dans le SIC au niveau local. Cette base de données contient les différentes informations (raisons d'interventions, actes, durées, etc.) décrivant chacune des interventions réalisées chez les utilisateurs qui ont bénéficié du programme PALV (profil d'intervention 710) pendant la période choisie. À cette base de données, on fusionne une deuxième base de données compilée (avec le logiciel *Access*) par chacun des CLSC. Elle contient les données sur les services rendus selon les modalités suivantes : allocation directe et soutien à la famille. Le résultat de cette fusion permet d'établir la liste complète des utilisateurs actifs long-terme. Pour chacun des utilisateurs, on recherche son profil Iso-SMAF dans la base de données eSMAF. Si l'utilisateur est absent, on recherche alors une justification de l'absence de ce SMAF dans une troisième base de données également compilée (*Access*) par chacun des CLSC. Par la suite, à partir d'une dernière base de données issue d'une autre extraction dans le SIC, on recherche les divers épisodes de services aux programmes du soutien à domicile pour les utilisateurs à considérer et pour qui on possède un profil Iso-SMAF. Ces épisodes permettent d'établir le nombre de jours où l'utilisateur a été pris en charge par le soutien à domicile du CLSC et était susceptible de recevoir des services.

Figure 19.1  
Les bases de données



## Méthodologie

### Population à l'étude

Cette recherche vise les personnes âgées en perte d'autonomie desservies par les services de soutien à domicile des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la Montérégie (les CLSC sont regroupés dans les différents CSSS). Pour être admissibles à l'étude, les personnes doivent appartenir à la clientèle du profil d'intervention *Perte d'autonomie liée au vieillissement* et répondre aux deux critères suivants :

- être un « usager actif », c'est-à-dire recevoir au moins un soin/service du CLSC et/ou recevoir une allocation directe ou du soutien à la famille durant la fenêtre d'observation de l'étude ;
- être évalué pendant la dernière année à l'aide du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF).

### Mesures cliniques

Pivot de l'OEMC, le SMAF<sup>3-5</sup> est une mesure clinique d'autonomie fonctionnelle. Il comporte 29 items mesurant les aptitudes fonctionnelles dans cinq domaines : activités de la vie quotidienne (7 items), mobilité (6 items), communication (3 items), fonctions mentales (5 items) et activités de la vie domestique (8 items). Chaque item est évalué sur une échelle de 4 ou 5 niveaux, variant de -3 (dépendant) à 0 (indépendant). Le score total quant à lui varie de 0 à -87, -87 indiquant un haut niveau de dépendance.

À partir des scores aux différents items du SMAF, une classification a été proposée dans une étude précédente 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<sup>6</sup>. 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 avec une atteinte prédominante aux tâches domestiques (profils 1, 2 et 3), 2) les personnes dont l'atteinte est surtout motrice avec préservation relative des fonctions mentales (profils 4, 6 et 9), 3) celle chez qui l'atteinte mentale est prédominante (profils 5, 7, 8 et 10), 4) les personnes dont l'atteinte motrice est grave avec problème d'incontinence (profils 11 et 12) et 5) les personnes présentant des incapacités lourdes (généralement alitées) (profils 13 et 14).

### **Taux d'adéquation de la réponse aux besoins : mesure de l'écart entre les besoins de l'utilisateur et les services fournis**

La mesure de l'écart entre les services rendus par le système public de santé des programmes SAD et les besoins de la personne en perte d'autonomie est exprimée par un taux d'adéquation de la réponse aux besoins qui se définit comme suit :

$$\text{Taux d'adéquation de la réponse aux besoins} = \frac{\text{Nombre d'heures de services fournis par le SAD}}{\text{Nombre d'heures de services requis selon les profils Iso-SMAF}}$$

### **Temps des soins fournis (numérateur)**

Le temps de soins fournis est représenté par la durée des interventions à domicile des intervenants (infirmières, auxiliaires familiales et sociales) du SAD. Il est donc possible d'extraire de la base de données SIC la durée de chacune des interventions dispensées 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 l'ensemble de la clientèle du CLSC et ce, pour deux composantes de soins : les soins infirmiers et les soins d'assistance et de soutien. Cette étude inclut également les soins fournis par l'allocation directe et le Soutien à la Famille. Le mécanisme d'allocation directe attribue des heures de services (taux horaire du salaire minimum, employé gré à gré rémunéré par le chèque-emploi-services). Ce mécanisme permet à la personne d'obtenir l'aide nécessaire pour effectuer les activités de la vie quotidienne (AVQ) et domestique (AVD) nécessaires à son maintien à domicile. Pour sa part, le programme Soutien à la Famille octroie des montants d'argent à la personne. 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. Pour les besoins de cette étude, les montants alloués ont été transposés en heures sur la base du tarif horaire de 7,30 \$ (l'équivalent du salaire minimum au moment de l'étude).

### **Temps de soins requis (dénominateur)**

L'estimation du temps direct de soins requis en soins infirmiers et soins d'assistance et de services de soutien repose sur les profils Iso-SMAF. Plus précisément, la détermination d'un nombre d'heures médian de soins/services requis par jour pour les 14 profils Iso-SMAF a été établie dans une étude antérieure<sup>7</sup>. Appliquées à la présente étude, ces médianes d'heures de soins/services requis par jour sont attribuées à chacun des usagers selon leur 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 CSSS pour les deux composantes de soins/services : soins infirmiers et soins d'assistance et de soutien.

### **Procédures de collecte des données**

Chaque CSSS (via les CLSC) a la responsabilité de fournir toutes les données nécessaires à l'étude. Quatre fenêtres de trois mois ont été utilisées pour produire les données sur une base annuelle. Des outils ont été mis à la disposition de ces derniers pour la saisie ou l'extraction des données. Deux requêtes ont été créées dans *Impromptu* (logiciel qui permet l'extraction de données en différents formats) pour faciliter l'extraction des deux bases de données issues du SIC. Un premier programme développé dans *Access* a été conçu pour la saisie des justifications d'absence de SMAF. Il limite également les justifications à une liste préétablie. Un deuxième programme développé dans *Access* a été conçu pour la saisie des données d'allocation directe et du soutien à la famille. Une fois complétées et validées, ces cinq bases de données sont envoyées au Centre de recherche sur le vieillissement (CRV) où une nouvelle étape de validation est exécutée. Cette deuxième étape de validation est axée principalement sur la cohérence entre les données des cinq bases. Treize fichiers de validation résultent de cette étape et sont retournés à l'établissement concerné pour correction dans les bases de données originales. Une fois les dernières corrections complétées, le CSSS fait parvenir de nouveau les cinq bases de données corrigées. Elles sont ensuite fusionnées pour le calcul du taux d'adéquation.

## **Résultats**

### **Description de la population étudiée**

Le tableau 19.1 montre les statistiques descriptives de la population étudiée. On observe que la majorité des usagers actifs PALV sont des femmes dont l'âge moyen est de 82 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 de personnes présentant une déficience intellectuelle.

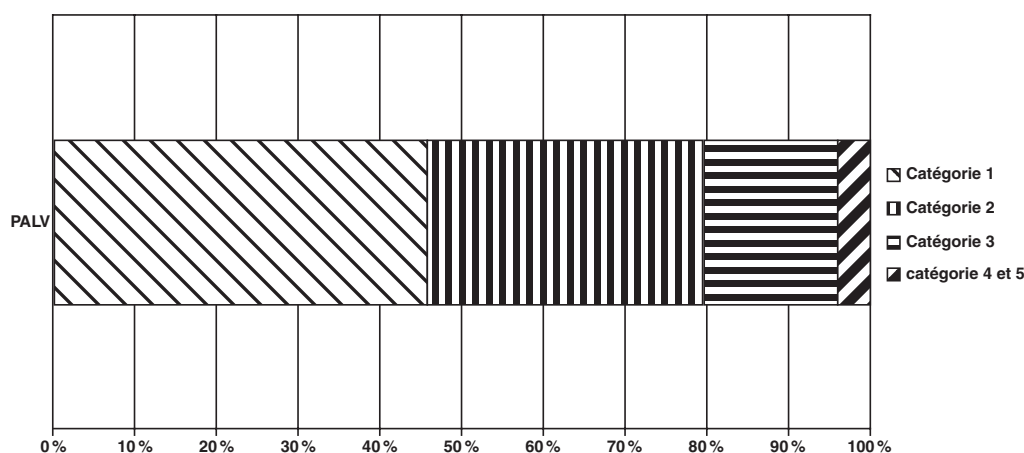
Tableau 19.1  
Statistiques descriptives de la population étudiée (N = 14 265)

	Sexe % homme	Âge Moyenne (écart type)	SMAF total Moyenne (écart type)
Perte d'autonomie liée au vieillissement (N=12 816)	32 %	82,0 (7,5)	23,6 (14,5)
Allocation directe ou soutien à la famille (N = 1 449)	54 %	25,0 (23,3)	34,5 (14,0)

Les résultats portant sur la distribution des profils Iso-SMAF sont présentés à la figure 19.2. Une lecture globale amène à conclure qu'il existe 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 une atteinte prédominante aux tâches domestiques (45 %), de personnes dont l'atteinte est surtout motrice avec préservation relative des fonctions mentales (36 %) et de personnes dont l'atteinte mentale est prédominante (15 %). Par contre, on y retrouve 4 % de personnes qui ont le profil de la clientèle habituellement hébergée au Québec.

Figure 19.2  
Proportions relatives des profils Iso-SMAF (SAD long-terme Montérégie 2004-2005)

Montérégie (n=12 816)



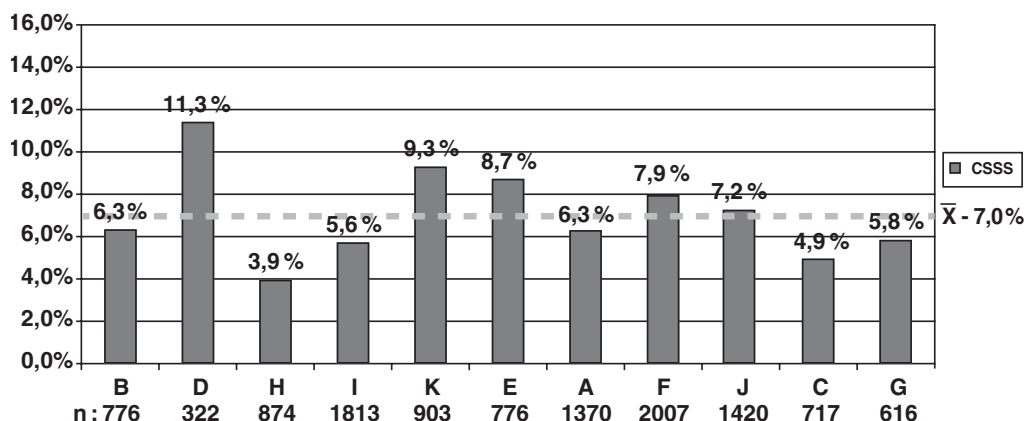
Catégorie 1: profils 1, 2 et 3; Catégorie 2: profils 4, 6 et 9; Catégorie 3: profils 5, 7, 8 et 10;  
Catégorie 4: profils 11, 12, 13 et 14.

La figure 19.3 présente la moyenne des taux d'adéquation de la réponse aux besoins en soins infirmiers, d'assistance et de soutien pour l'ensemble de la Montérégie, ainsi que le taux d'adéquation de la réponse aux besoins des 11 CSSS respectifs. Deux établissements présentent un résultat supérieur de plus de 2 % à la moyenne territoriale (D et K), tandis que deux établissements présentent un résultat inférieur de plus de 2 % (H et C).

Figure 19.3

### Taux d'adéquation de la réponse aux besoins présentés par CSSS

#### Soins infirmiers, d'assistance et de soutien



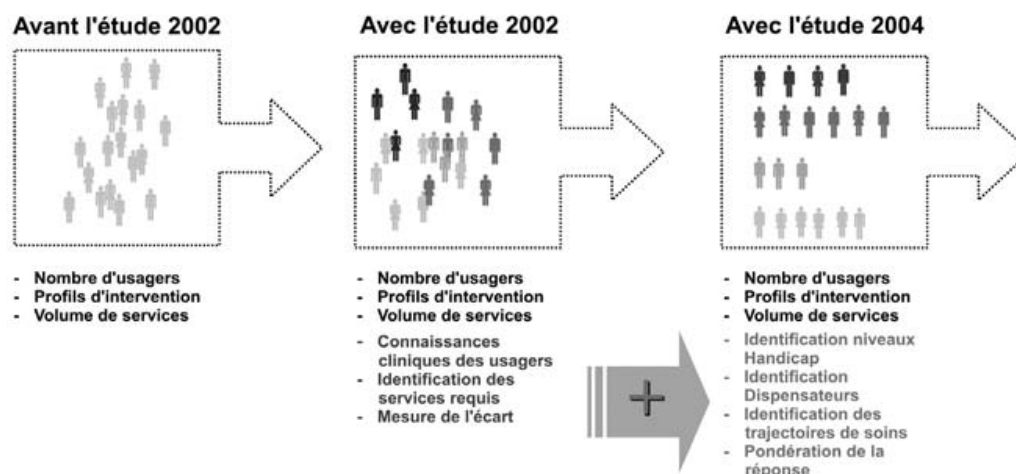
## Intégration de données utiles à des fins de gestion

Les données issues de ce projet de recherche sont utilisées tant au niveau local que régional. Depuis l'année 2000, nous constatons une nette évolution concernant la disponibilité des informations relatives aux besoins de la clientèle PALV desservie dans tous les territoires de la Montérégie. La figure 19.4 illustre bien l'évolution du type d'informations disponibles.

Les profils Iso-SMAF permettent une gestion multidimensionnelle. Du point de vue clinique, le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) permet d'identifier les caractéristiques généralement similaires et requérant approximativement le même type de services et de ressources dans un groupe donné. Les profils Iso-SMAF offrent au clinicien un portrait de l'individu (représentation rapide) pouvant être utilisé comme *balise pour supporter la prise de décision* au niveau individuel. De plus, ils permettent une évaluation en continu des besoins et des services requis.

La disponibilité de cette information contribue à l'amélioration de la planification des services (type, quantité, qualité et pertinence) peu importe le lieu de dispensation. Comme les profils sont non-dépendants des structures actuelles, ils peuvent évoluer facilement avec les nouvelles pratiques et technologies.

Figure 19.4  
Évolution des informations utiles à des fins de gestion



Du point de vue opérationnel, les gestionnaires ont déjà amorcé une analyse plus exhaustive des résultats afin de mieux cibler les ressources à développer sur leur territoire. Depuis leur création, les CSSS ont une responsabilité populationnelle. Ils doivent donc, dans le cadre de l'élaboration de leur projet clinique, s'assurer de l'intégration des services sur leur territoire. En combinant les informations fournies par les profils avec d'autres données (indice de lourdeur de la clientèle, situation de vie, lieu d'intervention, heures travaillées, etc.) des analyses deviennent donc possibles à des fins de planification en ressources humaines et financières.

En ce qui a trait à la gestion financière, les travaux de la Montérégie ont fait figure de proue au plan provincial concernant l'utilisation des données pour le développement d'une méthode d'allocation budgétaire. Depuis les exercices financiers 2004-2005, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie utilise ces données pour l'allocation des ressources financières. Pour l'exercice de 2006-2007 deux volets sont retenus : la richesse relative du programme PALV (30 %) et la richesse relative du programme SAD (70 %). Pour ce qui est du volet SAD, cette pondération a été calculée selon un indice composite : 40 % à partir du taux d'adéquation de la réponse aux besoins, 40 % pour l'indice de lourdeur et 20 % pour le taux d'inclusion.

L'analyse de l'ensemble des données doit se poursuivre. Mais déjà, les décideurs et les gestionnaires de la Montérégie sont en mesure de remettre en question les pratiques et d'apporter certains ajustements dans l'offre de services des CSSS parce que l'information est disponible. Les informations maintenant rendues disponibles leur permettent de s'interroger sur les gestes à poser à tous les niveaux. En voici quelques exemples.



- **Pertinence :** doit-on offrir une aide complète pour un bain lorsqu'une aide partielle est requise ?
- **Efficacité :** s'assurer à chaque fois que l'intervention est efficace.
- **Équité :** combler au départ les besoins vitaux d'un individu avant d'en combler un moins critique chez une autre personne ?
- **Efficiace :** choisir entre deux services efficaces celui qui requière le moins de ressources.
- **Préférence :** tenter de respecter le désir de l'individu.
- **Saturation :** maintenir l'équilibre entre le service offert et la capacité de la personne à le recevoir.

Il est dorénavant possible d'établir des liens avec les mesures de résultats, de qualité de soins et services et de satisfaction des clientèles.

## Conclusion

Fort de ces six années de travail conjoint entre l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, les gestionnaires du programme PALV, les professionnels impliqués dans les soins et services et le Centre de recherche sur le vieillissement, une démonstration sans équivoque est faite sur la faisabilité de l'utilisation des résultats de recherche à des fins de gestion. La réussite de ce projet a été liée à la volonté clairement démontrée de l'Agence, tant par un soutien financier que par son orientation claire et ferme quant à ce projet clinique et à l'engagement des CSSS.

## Remerciements

Aux membres du comité de recherche : Mesdames Chantal Arsenault, Céline Charest, Marie-Christine Letellier, Murielle Savignac et Monsieur Jean-Pierre Beaudry (les auteurs Guylaine Allard, Danielle Benoit, Myriam Bergeron et Michel Tousignant en étaient également membres). De l'ASSS : Madame Claire Pagé et Monsieur Robert Johnson. Des CSSS, tous les gestionnaires intervenants et responsables de l'application du cadre normatif SIC.

## Références

1. Tousignant, M., Hébert, R., Dubuc, N. et Coulombe, C. Home care programmes for disabled older adults : How can we assess the adequacy of services provided compared to the needs of users ? *Health and Social Care in the Community* 2007 ; 15 :1-7.
2. Boissy, P., Brière, S., Tousignant, M. et Rousseau, E. The eSMAF : a software for the assessment and follow-up of functional autonomy in geriatrics. *BMC Geriatrics* 2007 ; 7 :2, 1-14.

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. 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 : 402-6.
5. 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 : Journal of the Canadian Geriatrics Society* 2001 ; 4 :141-147.
6. Dubuc, N., Hébert, R., Desrosiers, J., Buteau, M. et Trottier, L. Disability-based classification system for older people in integrated long-term care services : the Iso-SMAF profiles. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2006 ; 42 : 191-206.
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.



# Chapitre 20

## Profils d'autonomie fonctionnelle des personnes âgées vivant en résidence privée d'hébergement en Estrie

---

Pauline Gervais, Réjean Hébert, Michel Tousignant

---

### Points saillants

Au Québec, les résidences privées d'hébergement (RPH) abritent deux fois plus de personnes âgées que les ressources du réseau public. On connaît peu les besoins de cette population. Le but de cette étude est de dresser un portrait de la clientèle des résidences privées d'hébergement. Quatre cent soixante-dix-neuf résidants, recensés dans les territoires de Coaticook et du Granit en Estrie, ont été évalués avec le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). Les profils Iso-SMAF ont confirmé la présence de personnes en perte d'autonomie significative ainsi qu'une hétérogénéité de la clientèle. Une comparaison faite avec des ressources publiques a mis en évidence la complémentarité entre les milieux de vie substitués. Nous avons aussi constaté une offre de services limitée de la part des CLSC et une gamme diversifiée de services dans les résidences.

### Introduction

Au Québec, près de 120 000 personnes sont hébergées<sup>1, 2</sup>. De ce nombre, plus de 80 00 vivent dans une résidence privée d'hébergement (RPH)<sup>2</sup>. Selon la définition adoptée par le gouvernement du Québec, ce type de ressource correspond à *un immeuble d'habitation collective où sont offerts, contre le paiement d'un loyer, des chambres ou des logements destinés à des personnes âgées et une gamme plus ou moins étendue de services, principalement reliés à la sécurité et à l'aide à la vie domestique ou à la vie sociale, à l'exception d'une installation maintenue par un établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) et d'un immeuble ou d'un local d'habitation où sont offerts les services d'une ressource intermédiaire ou d'une ressource de type familial au sens de cette loi* (art. 346.0.1, L.R.Q. c. S-4.2, art. 118.1, L.R.Q. c. A-19.1).

La RPH est une étape courante du parcours résidentiel des personnes âgées (8,2%). Pour plusieurs, elle constitue le dernier domicile ; pour d'autres, une transition vers les ressources d'hébergement publiques telles la résidence d'accueil

(RA) (0,32 %), la résidence intermédiaire (RI) (0,26 %) et, en bout de ligne, le Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) (5,37 %)<sup>3,4</sup>. Fort de ses 2,400 résidences, le secteur privé est devenu le principal acteur de l'hébergement au Québec<sup>5</sup>, une conséquence du vieillissement de la population et de la réduction du nombre de lits en CHSLD au cours des 15 dernières années<sup>6</sup>. La même situation prévaut aussi dans les autres provinces canadiennes<sup>7</sup>. Étant donné le vieillissement de la population et les politiques actuelles en faveur du maintien à domicile, cette tendance vers le développement du secteur privé d'hébergement devrait persister, sinon s'accélérer.

La clientèle des RPH est mal connue. Aucun protocole d'évaluation des résidents n'est obligatoire dans ces ressources, contrairement à ce qui est exigé dans le réseau public<sup>8</sup>. Bien que la majorité des RPH ne détienne pas le permis requis par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour héberger des personnes en perte d'autonomie, des études ont mis en évidence que près de la moitié de leur clientèle présente des incapacités manifestes<sup>9-13</sup>. Alors qu'on se questionne sur la qualité des services offerts dans ces ressources<sup>7,14</sup>, il nous est apparu essentiel de s'interroger d'abord sur le profil de la clientèle. C'est dans ce contexte qu'a été réalisée cette étude. Nos objectifs étaient 1) de recenser les occupants des RPH de l'ensemble d'un territoire donné, 2) de déterminer leur niveau d'autonomie fonctionnelle, 3) de comparer les profils d'autonomie de la clientèle avec celui de la clientèle des autres milieux vie et 4) d'estimer le niveau de services fournis.

## Méthodologie

### Population

L'étude a été réalisée dans deux municipalités régionales de comté (MRC) de la région de l'Estrie, soit celles de Coaticook et du Granit. La MRC de Coaticook couvre un territoire qui regroupe 12 municipalités rurales et 6,3 % de la population de l'Estrie. Elle compte 18 463 habitants dont 14,1 % sont âgés de 65 ans et plus (n = 2,610). La MRC est desservie par un Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) qui offre 93 lits et supervise deux places en RI<sup>15</sup>.

La MRC du Granit couvre le plus vaste territoire de la région de l'Estrie. De nature rurale, elle regroupe 22 municipalités et sa population atteint 7,5 % de la population de l'Estrie. On y dénombre 22 278 habitants dont 15 % de personnes âgées de 65 ans et plus (n = 3336). La population peut compter sur les services d'un CHSLD de 109 lits et de 48 places d'hébergement supplémentaires en RI-RA<sup>16</sup>.

Le français est la principale langue d'usage dans chacune des deux MRC.

### Recrutement

La première étape du recrutement a consisté à répertorier les RPH admissibles à partir du *Registre des résidences pour personnes âgées en Estrie – 2002-2003*<sup>16</sup>

et auprès des personnes responsables des services de soutien à domicile des Centres locaux de services communautaires (CLSC). Les habitations à loyer modique (HLM) et les coopératives d'habitation ont été exclues de l'étude parce qu'elles n'offrent pas de services d'aide personnelle ou de soins. Les RPH retenues ont été partagées en trois catégories : 1) les RPH de neuf unités de logement ou moins, non tenues de se conformer aux règles du ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation et de la Régie du Bâtiment du Québec, 2) les RPH de taille moyenne comptant 10 à 29 places, 3) les RPH de grande taille offrant 30 places et plus.

Tous les locataires de 65 ans et plus ayant élu domicile dans la RPH depuis au moins 3 mois étaient admissibles à l'étude. Les résidents qui occupaient une place financée par le réseau public, en attente d'une place en CHLSD ou en soins palliatifs ont été exclus du recrutement.

### **Instruments**

Deux des quatre instruments de collecte de données ont été empruntés à des études similaires et adaptés aux besoins de l'enquête<sup>9, 10, 18</sup> : le formulaire sur le nombre de places disponibles et occupées dans la RPH et le formulaire sur les caractéristiques sociodémographiques des résidents. Un questionnaire sur les services offerts aux résidents a aussi été élaboré.

L'autonomie fonctionnelle des résidents a été mesurée avec le *Système d'évaluation de l'atonomie fonctionnelle (SMAF)*<sup>19</sup>. Cette échelle d'évaluation est incluse dans l'*Outil d'évaluation multiclientèle* adopté par le MSSS pour l'évaluation des adultes recevant des services de soutien à domicile ou orientés vers l'hébergement public<sup>8</sup>. Le profil d'autonomie fonctionnelle (profil Iso-SMAF)<sup>20</sup> a ensuite été établi pour chaque résident. Chaque profil correspond à un groupe Iso-ressources, c'est-à-dire à un groupe de sujets semblables, requérant des services similaires selon des coûts similaires, et correspond à un niveau d'incapacité allant de très faible (profil 1) à important (profil 14). Chaque profil s'inscrit dans l'un des quatre niveaux d'incapacité suivants : les profils 1, 2 et 3 regroupant les sujets avec des incapacités aux tâches domestiques seulement ; les profils 4, 6 et 9 les sujets présentant une atteinte motrice et dont les fonctions mentales sont relativement préservées ; les profils 5, 7, 8 et 10 les sujets chez qui l'incapacité mentale est prédominante et enfin, les profils 11, 12, 13, et 14 les sujets atteints dans leur mobilité et dépendants au niveau des AVQ ou présentant des déficits cognitifs et une incapacité presque totale à communiquer. À chaque profil correspond un nombre moyen d'heures de soins et de services et un budget de dépenses en termes de dollars/jour<sup>21</sup>.

### **Collecte de données**

L'enquête a été réalisée entre le 3 novembre et le 5 décembre 2003 par deux intervenants professionnels assignés par les CLSC de chacune des MRC. Ces

professionnels ont reçu une formation spécifique sur l'utilisation des instruments d'évaluation et sur les procédures de collecte des données. Un suivi continu a été assuré au cours de l'enquête. Les informations ont été recueillies dans chaque RPH auprès des responsables des services, un choix méthodologique qui a permis d'évaluer tous les résidents sans leur imposer une rencontre individuelle. Préalablement aux rencontres, les responsables avaient été informés des questions auxquelles ils auraient à répondre, particulièrement sur les capacités fonctionnelles de leurs résidents. Ils avaient aussi été sensibilisés à l'impact que pourraient avoir sur les résultats une surévaluation ou une sous-évaluation de l'autonomie de leurs résidents.

## Analyses

Les caractéristiques des RPH et des résidents ont fait l'objet de statistiques descriptives. Un indice de lourdeur de la clientèle (ILC) a aussi été calculé pour chaque RPH. Cet indice permet d'obtenir un portrait quantitatif des besoins des sujets et de comparer entre elles les différentes unités à l'étude<sup>22</sup>. Il est calculé à l'aide de coefficients établis pour chacun des 14 profils Iso-SMAF, obtenus en divisant la médiane des heures requises quotidiennement pour combler les besoins de soins infirmiers, d'assistance et de soutien de chaque profil Iso-SMAF par la médiane des heures totales requises du profil le plus lourd, le profil 14. Le coefficient obtenu est multiplié par le nombre (n) de sujets du profil concerné. L'exercice est repris pour les 14 profils puis la somme des coefficients est divisée par le total (N) des sujets.

$$\left[ \frac{\bar{x} \text{ heures du profil 1}}{x \text{ heures du profil 14}} \right] \times n + \dots + \frac{x \text{ heures du profil 14}}{\bar{x} \text{ heures du profil 14}} \times n = \frac{\Sigma}{N}$$

Des tests t ont été utilisés pour comparer différents regroupements et toutes les analyses ont été réalisées avec le logiciel SPSS (version 12.0).

Afin de situer les résidents des RPH dans le continuum des services aux personnes en perte d'autonomie, nous avons eu recours aux données obtenues par d'autres études réalisées en 2003, avec le même instrument, lors d'évaluations annuelles de la clientèle en Centre de jour (CHSLD Estriade), en CHSLD, RI et RA (Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie) et en soutien à domicile<sup>23</sup>.

## Résultats

Comme le montre le tableau 20.1, nous avons dénombré 41 résidences pour personnes âgées dans les deux MRC étudiées. De ce nombre, 12 HLM et une ressource n'exerçant aucune supervision de la clientèle ont été exclues. Parmi les autres RPH, trois étaient inoccupées au moment de la collecte de données. Vingt-cinq (25) RPH ont donc été visitées. Tous les propriétaires et responsables des résidences ont accepté de fournir les informations nécessaires à la réalisation de

l'enquête. Au total, les RPH retenues proposent 628 places en hébergement parmi lesquelles 33 sont subventionnées par un CHSLD. Les 595 places privées restantes sont réparties comme suit : 61 % dans les RPH de grande taille, 27 % dans les RPH de taille moyenne et 12 % dans les petites RPH. Le taux d'occupation atteint 86 % et la proportion de personnes hébergées représente 9,7 % des personnes de 65 ans et plus dans la MRC de Coaticook et 6,8 % dans la MRC du Granit.

Tableau 20.1  
Recrutement des RPH

	Coaticook	Granit	2 MRC
Nb de résidences pour personnes âgées	16	25	41
– Inscrites dans le <i>Registre des résidences</i>	14	23	37
– Ajoutées par le CLSC	2	2	4
Résidences exclues	6	7	13
– HLM	6	6	12
– Sans supervision		1	1
Nb de RPH admissibles	10	18	28
– Petites (9 places et moins)	4	7	11
– Moyennes (10 à 20 places)	1	9	10
– Grandes (30 places et plus)	5	2	7
Nb de RPH visitées	9	16	25
– Petites (9 places et moins)	3	6	9
– Moyennes (10 à 20 places)	1	8	9
– Grandes (30 places et plus)	5	2	7

Au départ, 541 personnes ont été recensées. De ce nombre, 62 ont été exclues : 25 étaient arrivés dans la RPH depuis moins de trois mois, 33 occupaient une place financée par un CHSLD, quatre autres étaient en attente d'un lit d'hébergement dans le réseau public. Quatre cents soixante dix-neuf (479) sujets ont finalement été retenus dans l'étude : 253 provenant de la MRC de Coaticook et 226 de la MRC du Granit.

La moyenne d'âge des résidents est de 83,3 ans. Neuf personnes sur 10 sont âgées de 75 ans et plus et 70 % sont des femmes. La langue maternelle de la presque totalité des résidents est le français. Près de la moitié des sujets demeurent en RPH depuis plus de deux ans et 80 % habitaient auparavant dans la même MRC. Le tableau 20.2 présente les caractéristiques des sujets.

Le tableau 20.3 illustre la répartition des profils Iso-SMAF selon différents regroupements. Les profils mettent en lumière une hétérogénéité de la clientèle en RPH. Plus de la moitié (55,7 %) des résidents évalués présente une atteinte au niveau des tâches domestiques (catégorie 1 : profils 1, 2 et 3), le quart de la clientèle (26,3 %) présente une atteinte motrice prédominante (catégorie 2 : profils 4, 6 et 9) et 15,9 %, une atteinte mentale prédominante (catégorie 3 : profils 5, 7, 8 et 10).



Tableau 20.2  
**Caractéristiques sociodémographiques des sujets**

	<b>Coaticook n = 253</b>	<b>Granit n = 226</b>	<b>2 MRC n = 479</b>
Nb Femmes	184(73 %)	153 (68 %)	337 (70 %)
Âge moyen	83,9 (6,8)*	82,5 (7,1)*	83,3 (7,0)*
Femmes	84,4 (6,5)*	83 (7,1)*	83,8 (6,6)*
Hommes	82,6 (7,4)*	81,6 (7,0)*	82 (7,2)*
Moins de 65 ans	2 (1 %)	2 (1 %)	4 (0,8 %)
65 à 74 ans	18 (7 %)	27 (12 %)	45 (10 %)
75 à 84 ans	116 (46 %)	103 (45 %)	219 (46 %)
85 ans et plus	117 (46 %)	94 (42 %)	211 (44 %)
Durée de séjour moyenne – années	1,9 (1)*	1,9 (0,8)*	1,9 (0,8)*
3-23 mois	88 (34 %)	79 (35 %)	167 (35 %)
2-5 ans	115 (45 %)	103 (46 %)	218 (46 %)
6-10 ans	38 (15 %)	35 (15 %)	73 (15 %)
11 ans et plus	12 (%)	9 (4 %)	21 (4 %)
Provenance de la même MRC	175 (69 %)	207 (92 %)	382 (80 %)
d'une autre MRC de l'Estrie	20 (8 %)	3 (1 %)	23 (5 %)
de l'extérieur de l'Estrie	19 (8 %)	12 (5 %)	31 (6 %)
inconnue	39 (15 %)	4 (2 %)	43 (9 %)

\* Moyenne (écart-type)

Une proportion minime (2,1 %) des sujets affiche des incapacités mixtes et importantes (catégorie 4 : profils 11, 12, 13 et 14). Ces données révèlent que près de la moitié (44,3 %) des résidents des RPH concernées requièrent de l'aide pour accomplir les AVQ, pour se mouvoir, communiquer ou pallier leurs incapacités au plan mental. D'autre part, l'écart de 0,06 entre les ILC met en évidence une différence entre les deux MRC quant à l'importance de la perte d'autonomie fonctionnelle de leur clientèle respective, celle du Granit étant relativement moins lourde. Un test exact de Fisher a confirmé une différence significative ( $p < 0,001$ ) au niveau de la catégorie des atteintes au plan moteur (profils 4, 6 et 9).

Les petites et les grandes RPH reçoivent une proportion plus grande de résidents affectés par une atteinte motrice que les RPH de taille moyenne ( $p < 0,01$ ). Par ailleurs, ce sont les RPH de petite taille qui hébergent les cas les plus lourds, comme l'indique un ILC de 0,47 (tableau 20.4). L'âge semble influencer sur le profil Iso-SMAF des résidents. L'analyse par groupes d'âge, illustrée dans le tableau 20.5, met en évidence une différence significative quant aux incapacités mentales entre le groupe des 75 à 84 ans et les autres groupes d'âge ( $p < 0,01$ ).

La comparaison des profils Iso-SMAF des RPH avec ceux d'autres milieux d'intervention ou d'hébergement du continuum des services aux personnes en perte d'autonomie témoigne de l'alourdissement progressif de la clientèle depuis le domicile jusqu'au CHSLD. On observe par ailleurs une complémentarité entre les

Tableau 20.3  
Répartition des profils Iso-SMAF dans les MRC\_

Profil	Coaticook	Granit	2 MRC
1	26 (10,3 %)	44 (19,5 %)	70 (14,6 %)
2	46 (18,2 %)	51 (22,6 %)	97 (2,03 %)
3	37 (14,6 %)	63 (27,9 %)	100 (20,9 %)
4	27 (10,7 %)	7 (3,1 %)	34 (7,1 %)
6	71 (28 %)	15 (6,6 %)	86 (18,0 %)
9	5 (2,0 %)	1 (0,4 %)	6 (1,3 %)
5	6 (2,4 %)	22 (9,7 %)	28 (5,8 %)
7	4 (1,6 %)	10 (4,4 %)	14 (2,9 %)
8	25 (9,9 %)	6 (2,7 %)	31 (6,5 %)
10	2 (0,8 %)	1 (0,4 %)	3 (0,6 %)
11	0 (0 %)	3 (1,3 %)	3 (0,6 %)
12	3 (1,2 %)	3 (1,3 %)	6 (1,3 %)
13	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
14	1 (0,4 %)	0 (0 %)	1 (0,2 %)
ILC	0,45	0,39	0,42

Tableau 20.4  
Répartition des profils Iso-SMAF selon la taille des RPH

Profil	Petites 9 places et –	Moyennes 10 à 29 places	Grandes 30 p laces et +
1	1 (2,4 %)	15 (9,6 %)	54 (19,1 %)
2	10 (24,4 %)	37(23,7 %)	50 (17,7 %)
3	10 (24,4 %)	46 (29,5 %)	44 (15,6 %)
4	1 (2,4 %)	7 (4,5 %)	26 (9,2 %)
6	8 (19,5 %)	11 (7,1 %)	67 (23,8 %)
9	0 (0 %)	2 (1,3 %)	4 (1,4 %)
5	2 (4,9 %)	18 (11,5 %)	8 (2,8 %)
7	6 (14,6 %)	5 (3,2 %)	3 (1,1 %)
8	0 (0 %)	8 (5,1 %)	23 (8,2 %)
10	0 (0 %)	3 (1,9 %)	0 (0 %)
11	0 (0 %)	2 (1,3 %)	1 (0,4 %)
12	3 (7,3 %)	1 (0,6 %)	2 (0,7 %)
13	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
14	0 (0 %)	1 (0,6 %)	0 (0 %)
ILC	0,47	0,44	0,40

milieux d'hébergement privés et publics. Fait à noter, la clientèle des RPH et celle des services à domicile présentent des profils similaires d'autonomie différents.

Les réponses des personnes responsables des RPH ont permis d'identifier la gamme des services offerts par le personnel en RPH et leur coût. En raison de leur caractère personnalisé et souvent payant, nous n'avons tenu compte que des services reliés aux AVQ, aux AVD et aux soins infirmiers. Nous avons constaté que l'offre de services variait d'une RPH à l'autre mais que, d'une façon

Tableau 20.5  
Répartition des profils Iso-SMAF selon l'âge des résidants

Profil	65-74 ans	75-84 ans	85 ans et +
1	5 (11,1 %)	39 (17,8 %)	26 (12,3 %)
2	13 (28,9 %)	62 (28,3 %)	21 (10,0 %)
3	5 (11,1 %)	44 (20,1 %)	51 (24,4 %)
4	2 (4,4 %)	12 (5,5 %)	20 (9,5 %)
6	2 (4,4 %)	33 (15,1 %)	51 (24,2 %)
9	1 (2,2 %)	4 (1,8 %)	1 (0,5 %)
5	9 (20,0 %)	9 (4,1 %)	9 (4,3 %)
7	1 (2,2 %)	3 (1,4 %)	10 (4,7 %)
8	5 (11,1 %)	8 (3,7 %)	16 (7,6 %)
10	0 (0 %)	2 (0,9 %)	1 (0,5 %)
11	1 (2,2 %)	0 (0 %)	2 (0,49 %)
12	0 (0 %)	3 (1,4 %)	3 (1,4 %)
13	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
14	1 (2,2 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
ILC	0,44	0,39	0,44

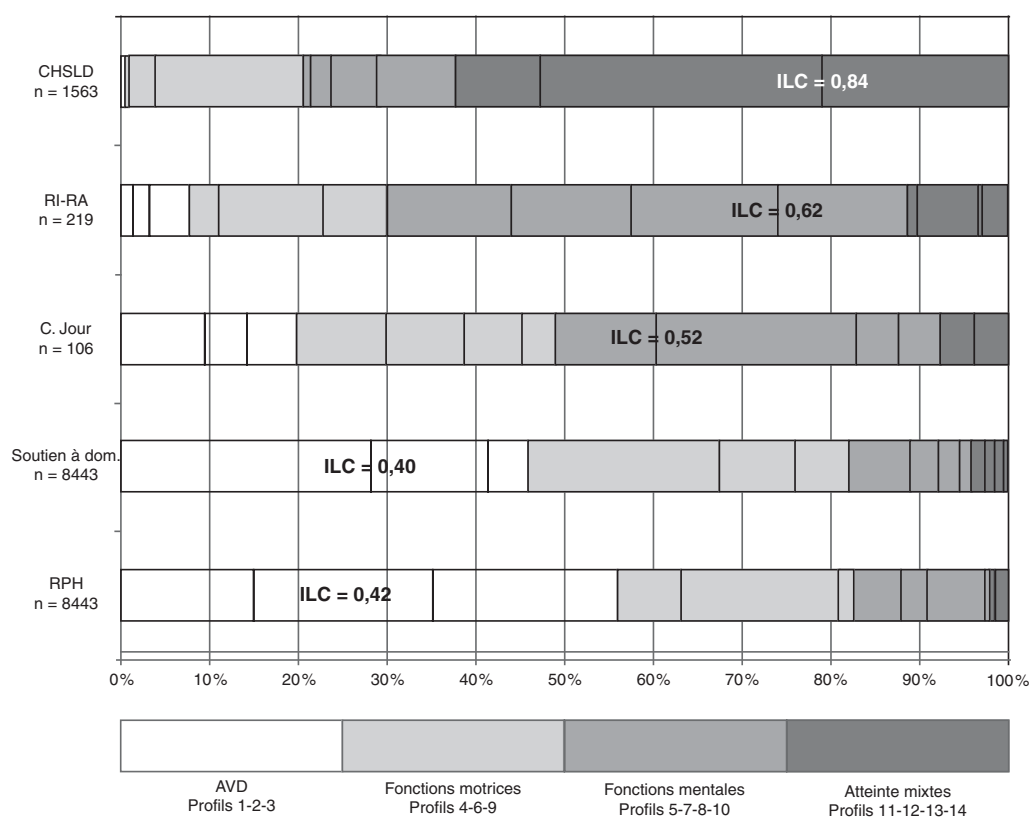
générale, 58,2 % des résidants recouraient aux services d'aide aux AVQ, ce qui correspond au pourcentage de personnes ayant un profil Iso-SMAF de 4 et plus (54,3 %). Les soins d'hygiène et d'entretien de la personne dominent dans cette catégorie, suivis de l'aide associée à l'élimination, puis à l'habillement et à l'alimentation. Presque tous les résidants ont recours aux services d'aide aux AVD, surtout pour les repas, l'entretien du logement et la lessive. Les soins infirmiers sont principalement des services de surveillance et d'encadrement. Les frais des services offerts sont généralement inclus dans le loyer mensuel. Les CLSC sont peu présents dans les RPH. Selon les données fournies par les établissements, seulement 10 % des résidants en RPH ont bénéficié de services à domicile durant la fenêtre d'observation et il s'agissait surtout d'interventions en soins infirmiers.

## Discussion

Cette recherche consistait à recenser les personnes âgées vivant en RPH de deux MRC de l'Estrie afin de dresser un portrait du niveau d'autonomie fonctionnelle de cette population et de le comparer à celui d'autres milieux d'intervention et d'hébergement du secteur public. Nos résultats ont montré que la clientèle des RPH est en majeure partie féminine (70 %), ce qui reflète la répartition des deux sexes dans la population âgée en général. Tout comme dans les CHSLD du secteur public, on a observé une grande hétérogénéité dans le profil d'autonomie fonctionnelle des résidants<sup>24</sup>.

Les résultats obtenus correspondent à ceux d'une étude précédente<sup>23</sup>, réalisée dans divers milieux d'intervention d'un CLSC. Près de la moitié (44,3 %) des occupants des RPH ont besoin d'aide pour la réalisation des AVQ, pour pallier à leurs incapacités motrices et de communication et pour compenser les atteintes

Figure 20.1  
Répartition des profils Iso-SMAF dans différents milieux de vie  
(territoires différents)



des fonctions mentales (profils Iso-SMAF 4 et plus). Le pourcentage de résidents ayant une atteinte motrice (26,3 %) ou mentale (15,9 %) est inférieur à celui constaté dans les études de Bravo<sup>9, 10</sup>. La différence s'explique par l'inclusion de toute la clientèle et de toutes les résidences dans l'étude, plutôt que par l'utilisation d'échantillons établis en fonction de critères liés à la perte d'autonomie ou de l'utilisation de services du CLSC. La comparaison des profils Iso-SMAF et des ILC selon la taille des RPH a aussi mis en évidence la présence d'une clientèle plus lourde dans les résidences de petite et de grande taille. Cette particularité avait aussi été soulignée dans les études de Bravo<sup>9, 10</sup>.

Bien que l'on retrouve toute la gamme des profils Iso-SMAF en RPH, on constate tout de même une complémentarité entre les différents milieux de vie et un alourdissement progressif de la clientèle depuis le domicile privé avec services du CLSC jusqu'au CHSLD. Le niveau d'autonomie fonctionnelle des personnes vivant en RPH est similaire à celui que l'on retrouve chez les personnes hébergées dans les RI-RA du secteur public. Les ILC des différents milieux comparés avec les RPH confirment également cet alourdissement, sauf en ce qui concerne la clientèle des services à domicile des CLSC dont l'ILC est légèrement inférieur à celui des RPH.

Selon les réponses fournies au questionnaire sur les services, la clientèle des RPH reçoit la plupart des services requis. Nous avons toutefois constaté que la gamme des services disponibles variait selon les résidences. D'autre part, le taux de pénétration des CLSC est plutôt faible. Il y aura lieu d'investiguer davantage, lors d'une prochaine étude, le taux d'adéquation de la réponse aux besoins de la clientèle.

La validité interne de la présente étude peut évidemment susciter des questions, mais plusieurs mesures ont été prises pour assurer l'exactitude des résultats. L'une des forces de l'étude est d'avoir évité tout biais de sélection en privilégiant le recensement de toutes les RPH et de leur clientèle dans deux territoires de CLSC. Une attention particulière a été aussi portée au contrôle des biais d'information. À cet effet, la collecte de données a été confiée à des intervenants professionnels expérimentés, rattachés au CLSC de chaque territoire et déjà familiers avec l'outil d'évaluation SMAF. On s'est également assuré d'une utilisation uniforme de tous les instruments de collecte de données. Dès leur réception, les évaluations ont été vérifiées et les données manquantes ou imprécises ont fait l'objet d'un retour systématique à l'évaluation afin de préciser l'information. Des mesures ont également été prises afin de réduire un biais possible lié à la désirabilité sociale. De façon à assurer l'exactitude des informations fournies et pour que les évaluations traduisent bien la réalité, les propriétaires et responsables des RPH ont été sensibilisés aux effets pervers, sur les résultats de l'étude, d'une sous-évaluation ou d'une surévaluation des incapacités de leur clientèle. Nous sommes quand même conscients que nos données présentent une faiblesse potentielle en raison d'informations obtenues auprès d'une source secondaire. En effet, la méthodologie utilisée n'incluait aucun mécanisme permettant de vérifier les informations fournies. Pour étayer la validité de l'évaluation SMAF, nous avons utilisé la distance euclidienne, une technique déjà éprouvée<sup>19, 21</sup>. Seulement 4 des 479 résidents, soit moins de 1 %, avaient une distance euclidienne supérieure à cinq, ce seuil reflétant l'écart d'un profil par rapport à son groupe<sup>20</sup>. Compte tenu des actions déployées pour diminuer les risques de biais, nous sommes confiants d'une bonne validité interne de l'étude.

## Conclusion

Le but premier de cette étude était d'établir un portrait de la clientèle des ressources d'hébergement administrées par le secteur privé dans deux MRC de l'Estrie. Il s'agit, à notre connaissance, de la première étude faisant usage des profils Iso-SMAF pour décrire le niveau d'autonomie fonctionnelle des personnes âgées vivant en RPH. Cette enquête nous a permis non seulement d'établir les profils d'autonomie fonctionnelle des résidents des RPH, mais aussi de comparer cette population à celle des autres milieux d'intervention ou d'hébergement du secteur public que sont le Centre de jour, le CLSC, les RI-RA et les CHSLD.

Cette étude jette un éclairage nouveau sur un segment de la population âgée encore peu connu du réseau public de la santé et des services sociaux jusqu'à maintenant. Les résultats confirment la présence de personnes en perte d'autonomie dans les RPH et traduisent le caractère hétérogène des profils d'autonomie fonctionnelle dans ces milieux. Ils révèlent aussi que l'éventail des services offerts par les RPH est étendu, mais que l'offre de services des CLSC y est minime. Étant donné l'attrait qu'exercent les RPH sur la population âgée, nous estimons qu'il est nécessaire de poursuivre la recherche afin d'établir un portrait plus étendu de la clientèle en RPH qui puisse être représentatif de la réalité québécoise, de mesurer le taux d'adéquation de la réponse aux besoins et d'estimer le financement public et privé des coûts associés à ce type d'hébergement.

## Références

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2003). Nombre de places internes dressées pour de l'hébergement et des soins de longue durée au sein du réseau d'établissements publics et privés conventionnés du Québec, selon la région socio sanitaire, situation observée au 31 mars, de 1991 à 2002.
2. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). Bulletin d'information présentant certaines statistiques extraites du Registre des résidences avec services pour personnes âgées. INFO-RRASPA.
3. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2004). Bulletin d'information présentant certaines statistiques extraites du système d'information des ressources intermédiaires et de type familial – INFO-SIRTF.
4. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2003). Bulletin d'information présentant certaines statistiques sur les lits dressés, les places internes, les usagers admis et les jours-présence, dans le réseau socio sanitaire québécois. Info-Stats.
5. Charpentier, M. (2004). De l'institution au marché : transformation de l'hébergement des personnes âgées et enjeux actuels. *Vie Et Vieillesse*, 3(2) : 2-8.
6. Boucher, G. (1998). Hébergement privé : un développement exponentiel. *Le Magazine De L'Association Des CLSC Et CHSLD Du Québec*, (10) :17.
7. Société canadienne d'hypothèque et de logement. (2000). Le logement-services pour les aînés.
8. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (1997). Les mécanismes régionaux d'orientation et d'admission – Une mise à jour. Gouvernement du Québec.
9. Bravo, G., Charpentier, M., Dubois, M.-F., De Wals, P. et Émond, A. (1997). La qualité des soins dispensés aux personnes âgées en perte d'autonomie par les ressources d'hébergement avec et sans permis ministériel. Centre de recherche sur le vieillissement, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.

10. Bravo, G., Dubois, M.-F., Tardieu, F., De Wals, P. et Tessier, S. (2001). La qualité des soins dispensés dans les ressources d'hébergement de la Montérégie. Centre de recherche sur le vieillissement, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.
11. Dugal, L. (1996). Portrait des résidences privées et de leur clientèle en milieu rural – MRC l'Islet. Faculté des lettres et sciences humaines, Université de Sherbrooke.
12. Désilets, I. et Gervais, P. (2001). Profils d'autonomie des personnes âgées de 65 ans et plus vivant en résidence privée d'hébergement. Rapport remis au CLSC-CHSLD du Haut-St-François.
13. Charpentier, M. (2001). La position des acteurs du secteur public et du secteur privé sur la pertinence d'une régulation des résidences pour personnes âgées au Québec. Centre de recherche sur le vieillissement, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.
14. Ministère de la Famille et de l'Enfance. (2001). Le Québec et ses aînés : engagés dans l'action – Engagements et perspectives 2001-2004. Direction des communications, Gouvernement du Québec.
15. Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie. (2004). La population de la MRC de Coaticook. Direction de la santé publique et de l'évaluation.
16. Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie. (2004). La population de la MRC du Granit. Direction de la santé publique et de l'évaluation.
17. Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie. (2003). Registre des résidences pour personnes âgées avec services – Liste régionale des résidences 2002-2003.
18. Dubuc, N., Tousignant, M., Buteau, Hébert, R. et Coulombe, C. (2002). Services requis par les personnes âgées en perte d'autonomie – Évaluation clinique et estimation des coûts sur le territoire de la Régionale de la santé et des services sociaux de Laval. Centre de recherche sur le vieillissement, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.
19. Hébert, R., Guilbeault, J., Desrosiers, J. et Dubuc, N. (2001). The functional autonomy measurement system (SMAF) : a clinical-based instrument for measuring disabilities and handicaps in older people. *Geriatrics Today : Journal of the Canadian Geriatrics Society*, (September) : 141-7.
20. Dubuc, N. et Hébert, R. (2002). Les profils Iso-SMAF : Un système de gestion clinico-administratif pour la planification des services de longue durée dans un système de soins intégrés. SMAF : Quoi de neuf ? Centre d'expertise de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.
21. Hébert, R., Dubuc, N., Buteau, M., Desrosiers, J., Bravo, G., Trottier, L., St-Hilaire, C. et Roy, C. (2001). Resource and costs associated with disabili-

- lities of elderly people living a home and in institutions. *Canadian Journal on Aging*, 20(1) :1-22.
22. Tousignant, M., Hébert, R., Dubuc, N. et Coulombe, C. (2003). 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. Centre de recherche sur le vieillissement. Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.
  23. Tousignant, M., Hébert, R., Dubuc, N. et Coulombe, C. (2004). Détermination du profil d'autonomie fonctionnelle et de la mesure de l'écart entre les services requis et fournis de la clientèle desservie par le programme de soutien à domicile des CLSC de la Montérégie. Centre de recherche sur le vieillissement. Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.
  24. Tousignant, M., Hébert, R., Dubuc, N., Simoneau, F. et Dieleman, L. (2003). 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. In : Hébert R, Tourigny A, Gagnon M, ed. *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*. Québec : Edisem ; 207-19.





# Chapitre 21

## L'étude PRISMA-Estrie : la détermination du coût des services de santé

---

Danièle Blanchette, Suzanne Durand, Réjean Hébert

---

### **Points saillants**

Ce chapitre présente la méthode de détermination des coûts pour les services sociaux et de santé offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie et dont l'utilisation est susceptible d'être influencée par le RISPA. Les services évalués dans une perspective sociétale et en adoptant les principes du coût d'opportunité et du coût de remplacement, incluent l'hébergement, le support administratif, les activités de soutien, les soins infirmiers et d'assistance, la surveillance, le service de répit, les consultations professionnelles, les médicaments, les séjours hospitaliers, l'hôpital de jour, le centre de jour ainsi que les déplacements à des fins médicales. La conversion, en valeurs monétaires, de l'utilisation des services sociaux et de santé permet de créer une mesure commune pour mesurer l'impact global du RISPA. Connaître la valeur de ces différents services peut également s'avérer utile pour les gestionnaires dans leurs décisions de gestion en pouvant juger de leur importance relative. Il s'agit d'un apport original à la connaissance des coûts de santé en utilisant une perspective sociétale.

### **Introduction**

Le réseau intégré de services pour les personnes âgées (ci-après, RISPA) vise à améliorer l'accessibilité, la continuité et la coordination des services dispensés aux personnes âgées. Il devrait, entre autres, réduire la duplication des services et retarder l'institutionnalisation. On s'attend à ce qu'il ait un effet sur les types et les quantités de services qui sont utilisés par les personnes âgées, ainsi que sur les frais d'hébergement.

Pour mesurer l'impact économique du RISPA, nous avons recueilli de l'information sur l'ensemble des services auxquels ont eu recours les 1501 participants de l'étude PRISMA-Estrie. Ces données sont disponibles sous forme de quantités et de types de services utilisés. La conversion de ces quantités en coûts permet une mesure commune pour identifier l'effet global du RISPA sur l'utilisation de ces multiples services sociosanitaires. La mesure des coûts est le résultat des quantités

de services utilisés multipliées par un coût unitaire<sup>1</sup>. Étant donné la variété des services étudiés, la détermination de tous les coûts unitaires a représenté un défi de taille, notamment à cause du peu de coûts déjà disponibles et de la complexité même du processus d'évaluation des coûts non disponibles. Pour parvenir à compléter cet exercice, nous nous sommes appuyés sur certaines études économiques déjà existantes, mais nous avons surtout dû en réaliser plusieurs nous-mêmes. L'objectif de ce texte est donc d'expliquer comment nous en sommes arrivés à déterminer les coûts unitaires nécessaires à la mesure de l'impact économique du RISPA.

Les coûts se divisent en deux grandes catégories. La première, que nous désignons par « les coûts du RISPA », fait référence aux ressources engagées pour la création du réseau intégré et la réorganisation conséquente de la gestion des services offerts aux personnes âgées, ainsi que pour le fonctionnement de ce réseau. La seconde, « les coûts des services », regroupe les coûts des services sociosanitaires fournis aux personnes âgées. La méthodologie élaborée afin d'identifier les coûts d'implantation et de fonctionnement du RISPA fait l'objet d'une présentation distincte au chapitre 10 de ce même volume (Durand, Blanchette et Hébert). Par conséquent, notre attention est retenue ici par les coûts de la seconde catégorie, à savoir « les coûts des services ».

La première partie du document situe le contexte de la collecte des données ainsi que les principes d'évaluation économique en santé qui ont guidé l'approche méthodologique de notre étude. Nous décrivons ensuite succinctement les principales sources des données d'utilisation des services et des coûts, pour enfin exposer la méthodologie retenue pour déterminer les coûts unitaires des services fournis aux personnes âgées. Nous exposons les différents types de coûts et pour chacun d'eux, nous fournissons quelques résultats. L'ordre adopté pour la présentation de ces types de coûts respecte le classement utilisé dans les deux tableaux à la fin de notre chapitre, les tableaux 21.10 et 21.11, qui présentent un sommaire de notre méthodologie par type de service. Nous y retrouvons les types suivants : (a), (b) l'hébergement incluant les dépenses d'infrastructure et de fonctionnement ; (c) le support administratif ; (d) les activités de soutien ; (e) les soins infirmiers et d'assistance ; (f) la surveillance ; (g) les services de répit, (h), (i) les consultations auprès de médecins et d'autres professionnels de la santé et des services sociaux ; (j), (k) les médicaments et services pharmaceutiques ; (l), (m), (n) les séjours hospitaliers, incluant l'urgence et les services chirurgicaux ; (o), (p) les visites à l'hôpital de jour et au centre de jour ; et enfin (q) les déplacements à des fins médicales. La classification des milieux de vie que nous utilisons consiste en 10 types : 1) domicile individuel, propriétaire ; 2) domicile individuel, locataire ; 3) domicile individuel, pensionnaire unique ; 4a) résidence d'accueil, 9 personnes ou moins ; 4b) résidence privée, 9 personnes ou moins ; 5a) pavillon, 10 personnes et plus ; 5b) résidence privée, 10 personnes et plus ; 6) CHSLD privé conventionné ; 7) CHSLD privé non conventionné ; 8) CHSLD public, incluant les USLD dans les CH. CHSLD signifie centre

d'hébergement et de soins de longue durée, USLD, unités de soins de longue durée et CH, centre hospitalier. Les 7 types d'organismes fournissant des services que nous distinguons sont : 1) organisme public ; 2) organisme bénévole ; 3) agence privée ; 4) entreprise d'économie sociale ; 5) allocation directe ; 6) résidence avec services optionnels ; 7) résidence ou famille d'accueil avec services fournis.

## Contexte de l'étude

Les personnes âgées qui ont fait l'objet d'un suivi se retrouvent dans des milieux de vie très variables. Certaines vivent dans leur propre résidence, comme propriétaires ou locataires, tandis que d'autres séjournent en résidences intermédiaires ou encore en CHSLD publics ou privés, avec ou sans permis ministériel. Outre le niveau de perte d'autonomie, le lieu de résidence du participant exerce une influence sur les coûts des services<sup>2</sup>. Le milieu de vie a également une incidence sur le mode et la capacité de collecte des données utiles à l'établissement des coûts. Nous avons dû en tenir compte dans le développement et l'application de notre méthodologie.

## Évaluation économique

Tel que le privilégie la littérature en économie de la santé<sup>1, 3, 4</sup>, nous avons adopté le principe du coût d'opportunité pour la mesure des coûts. Le coût d'opportunité représente la valeur que la ressource aurait pu produire si elle avait été consacrée à sa meilleure utilisation alternative possible (*best available alternative use*)<sup>3, 4</sup>.

Il peut être difficile d'identifier ou de mesurer un coût d'opportunité<sup>3</sup>. Par exemple, quel est le coût d'opportunité du travail effectué par un employé déplacé d'un service autre que celui des personnes âgées vers le RISPA ? Comment identifier la valeur de ce travail avant le déplacement ? En pratique, on utilise le prix du marché<sup>1, 5</sup>. Selon la théorie économique, les prix dans un marché compétitif reflètent le coût d'opportunité des ressources ; le prix du marché est donc un moyen approprié pour évaluer les changements dans les ressources. S'il s'avère que le prix du marché ne reflète pas adéquatement le coût d'opportunité, à cause de distorsion du marché, il doit être ajusté en conséquence<sup>3</sup>. Dans le cas que nous soulevons, la valeur du travail réalisé par l'employé est établie à partir de son salaire, que nous estimons comme étant représentatif du coût d'opportunité de celle-ci.

Dans certains cas, il n'est pas pertinent de déterminer la valeur d'un service en fonction du montant dépensé, car ce dernier n'est pas disponible, ou n'est plus représentatif de la valeur du service. Dans ce cas, celle-ci doit être établie en fonction de son coût de remplacement. Le coût de remplacement correspond au prix à payer pour recevoir le même service en se basant sur des ressources similaires existantes et facilement accessibles. Le coût de remplacement peut être évalué selon une valeur au marché ou une valeur à neuf, suivant le type de ressource dont il s'agit et la disponibilité de l'information. Par exemple, il est peu représentatif d'estimer la valeur d'un immeuble en fonction de son coût au moment où celui-ci a

été construit si la construction remonte à plusieurs années déjà. L'évaluation municipale (valeur au marché) que nous avons retenue, s'avère plus représentative de sa valeur présente. Il en est de même des équipements que nous avons évalués à leur valeur à neuf plutôt qu'à leur coût au moment de l'achat.

Nous avons adopté une perspective sociétale pour l'évaluation des coûts<sup>1</sup>, ce qui implique de tenir compte à la fois des coûts assumés par l'ensemble des sources publiques, privées et bénévoles. Toutefois, la valorisation des services bénévoles est exclue de notre présentation, car au moment de mettre ce chapitre sous presse, les analyses pour cette partie des services n'étaient pas entièrement terminées.

L'impact économique du RISPA est mesuré à partir de coûts différentiels<sup>1,3,5</sup>. Nous avons tenu compte uniquement des services dont l'utilisation pouvait être influencée par la présence ou l'absence d'un RISPA et ainsi générer des coûts différents selon l'une ou l'autre des régions.

Nous avons opté pour une valorisation des soins et services à l'aide de coûts normalisés applicables à la fois à la région expérimentale et à la région témoin. Cette approche favorise une meilleure mesure de l'impact du RISPA sur le coût des services en faisant bien ressortir les différences d'utilisation tout en évitant de prendre en compte des disparités régionales et des différences dans la performance des établissements des diverses régions<sup>5,6</sup>.

Enfin, soulignons que nous avons déterminé des coûts en dollars constants de 2002 afin de contrer l'effet possible de l'inflation<sup>1</sup>.

## Utilisation des services

Une enquête téléphonique réalisée auprès des personnes âgées participantes a permis d'établir la fréquence d'utilisation des divers services, autres que l'hébergement et les dépenses connexes. Pour certains types de services, le coût est directement relié au nombre d'utilisations, comme dans le cas de la Popote roulante. Par contre, pour la majorité des services retenus dans la présente étude, le coût est aussi fonction du temps consacré à rendre le service ou du type de service lui-même. Nous parlons ici notamment des soins infirmiers, des services rendus par les professionnels de la santé ou des soins d'assistance. Il faut donc, pour en estimer le coût, déterminer avant tout la durée et le caractère de chaque service (par exemple, une visite chez le dentiste : examen annuel régulier, nettoyage, traitement de carie, etc.). Étant donné le caractère pointu de ces informations, celles-ci s'avéraient difficiles à obtenir des personnes âgées. Nous avons donc convenu d'estimer une durée moyenne ou un « cas-type » pour chacun des services concernés. Pour ce faire, plusieurs approches ont été utilisées. Dans certains cas, une enquête téléphonique auprès d'intervenants, le nombre variant selon les caractéristiques du service et la disponibilité des intervenants concernés, a permis d'établir un « profil-type » des services fournis aux personnes âgées. À titre d'exemple, trois dentistes de la région estrienne ont été interrogés sur les services généralement

offerts à ce type de clientèle. Dans d'autres cas, c'est une discussion avec des professionnels du milieu ou des études antérieures qui ont servi de référence.

### Études de référence

Les sources de données à la base de nos résultats sont multiples, mais certaines se sont révélées d'une utilité telle que nous avons jugé opportun d'en faire une brève présentation afin que le lecteur soit mieux en mesure d'en comprendre l'apport dans le processus de détermination des coûts.

**HÉBERT ET AL. (1997)<sup>2</sup>** : Services requis par les personnes âgées en perte d'autonomie – Évaluation clinique et estimation des coûts selon le milieu de vie

Cette étude transversale a évalué, à l'aide du SMAF<sup>7</sup>, le niveau d'incapacité de 1 977 personnes âgées en perte d'autonomie vivant dans neuf milieux de vie différents (domicile, ressources de types familiale et intermédiaire, hébergement de longue durée), pour ensuite déterminer les ressources requises pour compenser la perte d'autonomie et estimer les coûts engendrés par les soins et services fournis. Les services évalués comprennent l'hébergement, les soins infirmiers, d'assistance et de soutien, la surveillance, le transport et le support administratif. Un estimé des coûts ainsi que la répartition de leur financement entre les secteurs public, privé et bénévole, ont été réalisés à partir des données financières obtenues auprès des établissements concernés par l'étude et à partir d'informations recueillies lors d'entrevues avec les sujets.

Ainsi, pour les ressources de types familial et intermédiaire, un questionnaire destiné à la personne responsable de la résidence a permis de recueillir des informations sur les caractéristiques de l'habitation (nombre de pièces, inventaire de l'ameublement, valeur municipale du terrain et du bâtiment et dépenses d'exploitation), la main-d'œuvre rémunérée, les dépenses associées à l'administration de l'établissement, le nombre de lits de la résidence, le taux d'occupation et le cas échéant, les autres personnes habitant la résidence. Dans le cas des établissements publics, la majorité des informations nécessaires proviennent des états financiers vérifiés AS-471 et des rapports statistiques AS-478 ou encore de certains rapports internes et de questionnaires spécifiques lorsque des informations plus détaillées étaient nécessaires.

**DUBUC ET AL. (2002)<sup>8</sup>** : Services requis par les personnes âgées en perte d'autonomie – Évaluation clinique et estimation des coûts sur le territoire de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval

Dubuc et al. ont reproduit dans les grandes lignes l'étude de Hébert et al. sur le territoire de la Régie régionale de Laval, mais ils ont enrichi leur échantillon en incluant comme milieu de vie les résidences privées, qui n'avaient pas été considérées par Hébert et al.

## **Enquête sur les résidences privées, réalisée dans le cadre de PRISMA-Estrie**

L'étude de Dubuc et al. (2002) ne fournissait pas de données suffisamment détaillées sur les coûts des services en résidences privées pour répondre aux besoins de notre étude. Par conséquent, nous avons procédé à une enquête similaire à celle réalisée par ces chercheurs dans 17 résidences privées de la région expérimentale. Pour déterminer les coûts des différents services, nous avons eu recours aux mêmes outils que ceux utilisés dans les deux études précédentes.

**DURAND ET AL. (2001)<sup>9</sup>** : Développement et implantation d'un système de prix de revient des soins et 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)

Cette étude, qui a mené au projet PRISMA-Estrie, a cherché à déterminer l'impact du réseau de services intégrés sur les personnes âgées en perte d'autonomie et leur réseau de soutien, de même que sur l'utilisation des services de santé et les services sociaux, mais uniquement en termes de financement public. Élaborée sur la base d'un devis quasi-expérimental comprenant des mesures pré et post, l'étude a suivi 482 sujets pendant 3 ans, certains d'entre eux profitant du RISPA développé dans la zone expérimentale. Les coûts qui ont été estimés réfèrent essentiellement à des services rendus par les établissements publics, à savoir, hospitalisation, chirurgie, hébergement en centre de soins de longue durée, centre de jour, hôpital de jour et unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI). Les états financiers vérifiés AS-471, des rapports statistiques ainsi que des fichiers administratifs (par exemple, Med-echo), combinés aux techniques de la comptabilité par activités, ont fourni les bases de données nécessaires aux calculs des coûts de main d'œuvre des soins infirmiers et d'assistance et des frais connexes (services diagnostiques et thérapeutiques, services administratifs et techniques, prothèses) propres à chaque type de service.

## **Méthodologie de la détermination des coûts unitaires**

Les sections qui suivent présentent l'approche adoptée pour estimer le coût de chacun des types de services retenus dans la présente étude. Les tableaux 21.1 à 21.9 présentés à la suite de certaines catégories de services offrent un aperçu des coûts unitaires que notre travail d'évaluation a généré tandis que les tableaux 21.10 et 21.11 présentés à la fin, apportent des précisions sur la façon dont notre méthodologie a été adaptée pour se plier aux spécificités des milieux ou des types de services.

Rappelons que notre méthodologie demande d'utiliser des dollars constants de 2002. Lorsque nous avons dû indexer pour répondre à cette exigence, nous nous sommes servis des taux de Statistique Canada ou de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, selon la situation en cause.

## Hébergement

L'hébergement regroupe l'infrastructure et son fonctionnement. L'infrastructure qui sert à l'hébergement des sujets inclut le terrain, la bâtisse, l'ameublement et l'équipement ainsi que les modifications apportées au domicile. Les terrains et bâtisses ont été évalués à leur valeur municipale qui a été majorée dans certains cas, pour tenir compte de rénovations majeures et d'adaptations au domicile. Dans le cas de l'ameublement et de l'équipement, un inventaire de ceux-ci a d'abord été établi puis la valeur en a été estimée à partir de listes de prix fournies par des regroupements de marchands ou par le MSSS, selon le cas. Pour tous ces actifs, un amortissement a été calculé pour une période variant entre 15 et 40 ans afin de ramener le coût sur une base annuelle et, ensuite, sur une base journalière par personne.

Nous avons eu recours à plusieurs sources d'informations pour établir le coût de l'hébergement afin de profiter du plus grand bassin possible de données, à savoir les études de Hébert et al. (1997) et de Dubuc et al. (2002) ainsi que notre propre enquête auprès de propriétaires de résidences privées. À l'intérieur même de ces études, la méthodologie utilisée demeure la même pour tous les milieux de vie mais a été adaptée selon les spécificités de chacun<sup>2</sup>.

Par fonctionnement, nous entendons toutes les dépenses d'entretien permettant de garder en bonne condition les infrastructures ainsi que les taxes municipales, les assurances, l'électricité, le chauffage, l'entretien extérieur, l'achat d'accessoires divers et le téléphone. Les dépenses d'exploitation sont tirées de données fournies par Statistiques Canada, d'états financiers de résidences ou d'établissements de santé selon le cas. Les coûts quotidiens d'hébergement par milieu de vie et par type de zone sont présentés au tableau 21.1.

La distinction entre le financement public et le financement privé s'avérait pertinente à faire uniquement pour les sujets en résidence intermédiaire ou institutionnalisés, l'hébergement des autres milieux de vie étant considéré totalement comme du financement privé. Des données extraites de l'étude de Hébert et al. (1997) ont servi à calculer les proportions publiques et privées propres à chacun des milieux de vie concernés.

## Support administratif

Le support administratif fait référence aux dépenses inhérentes à la gestion et à l'encadrement des différents milieux d'hébergement. Il n'y a pas de coût dans le cas d'un domicile individuel. Dans le cas des résidences d'accueil et des pavillons publics, le support administratif inclut deux dimensions, soit le support fourni par la personne responsable du domicile, regroupant notamment divers frais d'administration (frais bancaires, honoraires professionnels, etc.), et celui offert par l'établissement responsable de l'encadrement de ces milieux de vie<sup>2</sup>. Dans le cas des CHSLD, tout comme dans celui des résidences privées, le support



Tableau 21.1  
Coût d'hébergement quotidien selon le milieu de vie

Milieu de vie		Zone urbaine	Zone rurale
1 à 3	Domicile unifamilial (maison, appartement, pensionnaire unique)	14,74\$	13,17\$
4A	Résid. interm. avec permis - 9 pers. et moins	6,76\$	6,62\$
4B	Résid. interm. sans permis - 9 pers. et moins	7,13\$	7,13\$
5A	Résid. interm. avec permis - 10 pers. et plus	7,04\$	5,05\$
5B	Résid. interm. sans permis - 10 pers. et plus	6,60\$	6,04\$
6	CHSLD privé, conventionné	14,75\$	9,48\$
7	CHSLD privé, non conventionné	8,75\$	8,90\$
8	CHSLD public	13,39\$	13,14\$

administratif regroupe l'administration générale, l'administration des soins, et autres frais de gestion connexes.

Les coûts journaliers, présentés au tableau 2, ont été calculés à l'aide de statistiques variant selon le type de dépenses et le milieu de vie (usagers, jours-présence, dossiers). Nous avons fait appel aux mêmes sources d'information que celles utilisées pour le calcul du coût de l'hébergement et la répartition du financement entre le réseau public et le secteur privé<sup>2,8</sup> (notre enquête auprès de propriétaires de résidences privées).

On entend également par support administratif toute la structure matérielle et de gestion qui supporte les professionnels de la santé dans le cadre de leur travail. Cette partie du support administratif a été considérée dans le coût de la main d'œuvre et son évaluation est décrite dans les rubriques concernées.

Tableau 21.2  
Support administratif quotidien selon le milieu de vie

Milieu de vie		Zone urbaine	Zone rurale
1 à 3	Domicile unifamilial (maison, appartement, pensionnaire unique)	---	---
4A	Résid. interm. avec permis - 9 pers. et moins	3,57\$	2,42\$
4B	Résid. interm. sans permis - 9 pers. et moins	1,72\$	1,72\$
5A	Résid. interm. avec permis - 10 pers. et plus	5,29\$	4,02\$
5B	Résid. interm. sans permis - 10 pers. et plus	3,31\$	3,08\$
6	CHSLD privé, conventionné	16,62\$	10,78\$
7	CHSLD privé, non conventionné	8,96\$	3,10\$
8	CHSLD public	17,86\$	16,45\$

### Activités de soutien

Les activités de soutien comprennent l'entretien ménager, la buanderie et l'alimentation. Les services, tout comme leurs fournisseurs, sont multiples et varient

selon les milieux de vie. Nous avons donc dû adopter plusieurs méthodes pour en identifier les utilisations et les coûts.

Dans le cas des sujets en résidences intermédiaires ou institutionnalisés, tous les services sont rendus par l'établissement hôte. Nous avons retenu les données des études de Hébert et al. (1997) et Dubuc et al. (2002) pour établir les coûts de ces activités. Les chercheurs ont identifié les coûts globaux des activités de soutien à l'aide de questionnaires ou par l'analyse d'états financiers. Par la suite, ces coûts ont été combinés à diverses mesures, relevées directement ou établies par observation (jours-présence, repas, temps consacré par activité, etc.) pour en arriver à produire des coûts par jour-présence, présentés au tableau 21.3. La répartition, le cas échéant, entre le financement public et le financement privé, s'est effectuée sur la base de la contribution des adultes hébergés selon l'étude de Hébert et al. (1997).

Pour les sujets vivant dans leur propre domicile ou en résidence privée, le suivi téléphonique nous a permis de relever les services fournis par les réseaux publics et privés tandis le SMAF a servi à recueillir les fréquences et les durées des services rendus bénévolement<sup>8</sup> (à l'usage, nous avons nommé « SMAF économique », la partie « ressources-paiement-fréquence du handicap » dans le SMAF, qui comporte les ressources pour pallier les incapacités, la source de paiement ainsi que la fréquence d'utilisation<sup>8</sup>). Ces coûts sont donc évalués à l'aide de tarifs horaires ou de coûts par repas. En ce qui concerne les coûts des services du secteur privé, nous les avons obtenus auprès d'agences privées et de l'enquête que nous avons menée auprès des propriétaires de résidences privées. Les états financiers d'organismes communautaires et d'établissements publics ont servi à évaluer le coût des services provenant de ces milieux ainsi que la répartition entre les financements privé et public.

Tableau 21.3  
Coût quotidien pour l'ensemble du soutien selon le milieu de vie

Milieu de vie	Zone urbaine	Zone rurale
1 à 3 Domicile individuel	—	—
4A Résid. interm. avec permis – 9 pers. et moins	10,07 \$	12,21 \$
4B Résid. interm. sans permis – 9 pers. et moins		
Entretien et buanderie	2,28 \$	2,28 \$
Repas - optionnels	6,16 \$	6,93 \$
5A Résid. interm. avec permis – 10 pers. et plus	7,45 \$	6,40 \$
5B Résid. interm. sans permis – 10 pers. et plus		
Entretien et buanderie	1,33 \$	3,00 \$
Repas - optionnels	6,16 \$	6,93 \$
6 CHSLD privé, conventionné	25,14 \$	21,65 \$
7 CHSLD privé, non conventionné	11,58 \$	11,42 \$
8 CHSLD public	29,72 \$	33,84 \$

## Soins infirmiers et soins d'assistance

Les soins d'assistance font référence aux heures passées auprès d'un sujet pour l'aider dans ses soins personnels et ses activités de la vie quotidienne. Tout comme dans le cas des services de soutien, les soins d'assistance proviennent de sources multiples, ce qui a demandé des adaptations méthodologiques.

Dans le cas des personnes vivant à domicile ou en résidence privée, les services d'assistance ont été évalués de façon similaire aux services de soutien pour ces mêmes milieux. Les taux horaires sont présentés au tableau 21.4. Les soins infirmiers sont pris en considération dans la rubrique « consultations professionnelles ». Le financement est regardé selon la source du service (privé, public).

Hébert et al. (2000)<sup>10</sup> proposent une équation de régression permettant d'estimer les heures de soins infirmiers et d'assistance requises pour les personnes âgées en résidences intermédiaires ou institutionnalisées. Cette équation repose sur l'évaluation obtenue par le SMAF. De plus, cette même étude a démontré que dans ces milieux de vie, le taux de réponse aux besoins est près de 100 %, en distinguant la source du service (professionnels ou para-professionnels)<sup>2</sup>. C'est donc cet outil que nous avons privilégié pour estimer les heures de soins requises par les sujets de notre étude se retrouvant dans des milieux semblables. Nous avons utilisé les données des études de Hébert et al. (1997) et Dubuc et al. (2002) pour calculer les taux horaires « mixtes » (professionnels ou para-professionnels), présentés au tableau 21.5, que nous avons appliqués aux heures de soins requises. Au besoin, la répartition entre les financements privé et public est basée sur la contribution des adultes hébergés selon Hébert et al. (1997).

Tableau 21.4  
Taux horaire pour les soins d'assistance selon le dispensateur de service

Dispensateur du service		Zone urbaine	Zone rurale
1	Organisation publique	31,13 \$	31,13 \$
2 et 4	Organisation bénévole / Entreprise d'économie sociale	15,00 \$	15,00 \$
3 et 5	Agence privée / Allocation directe	13,77 \$	14,12 \$
6 et 7	Résidence privée, services inclus ou non	11,27 \$	11,27 \$

## Surveillance

La surveillance comprend le service de gardiennage occasionnel offert pour les personnes à domicile ainsi que le service assuré à temps complet dans les autres milieux. Pour établir le coût du service occasionnel, les heures ont été relevées à l'aide du suivi téléphonique tandis que les tarifs horaires ont été tirés de sources diverses (circulaires du MSSS, états financiers de coopératives, etc.) selon le dispensateur du service.

Dans le cas du service assuré à temps complet, les heures de surveillance correspondent aux heures disponibles pour la surveillance desquelles ont été sous-

Tableau 21.5  
**Taux horaire pour les soins infirmiers et d'assistance selon le milieu de vie**

Milieu de vie	Zone urbaine	Zone rurale
1 à 3 Domicile individuel	—	—
4A Résid. interm. avec permis – 9 pers. et moins	6,33 \$	5,81 \$
4B Résid. interm. sans permis – 9 pers. et moins	—	—
5A Résid. interm. avec permis – 10 pers. et plus	11,77 \$	13,67 \$
5B Résid. interm. sans permis – 10 pers. et plus	—	—
6 CHSLD privé, conventionné	27,05 \$	28,44 \$
7 CHSLD privé, non conventionné	8,59 \$	14,34 \$
8 CHSLD public	25,75 \$	25,01 \$

traites les heures fournies en soins infirmiers et d'assistance. Les tarifs horaires en résidences privées proviennent de l'enquête que nous avons effectuée tandis que ceux des autres milieux ont été calculés à partir des données des travaux de Hébert et al. (1997) et Dubuc et al. (2002).

### Service de répit

Les coûts liés au service de répit regroupent les frais d'hébergement temporaire incluant l'hébergement, le support administratif, les activités de soutien, les soins infirmiers et d'assistance et la surveillance tels qu'ils sont évalués pour une personne hébergée dans un CHSLD public.

### Consultations professionnelles

#### Consultations médicales

La Régie de l'assurance maladie du Québec (ci-après, RAMQ) publie annuellement des statistiques sur les actes rendus par les médecins. De façon plus précise, le tableau 2.12 (année 2002) qui décrit le nombre et le coût des actes médicaux selon le sexe et le groupe d'âge des participants et le type de service (consultations, examens à domicile, CHSLD, actes chirurgicaux, etc.), nous a fourni l'information utile au calcul du coût des diverses consultations et actes médicaux dont nous avons besoin pour notre étude. Ainsi, par exemple, le coût d'une consultation à domicile pour un omnipraticien correspond à la moyenne obtenue pour la rubrique « examens à domicile » pour les personnes de 75 ans et plus. Par contre, le coût d'un acte médical pour une chirurgie correspond à la somme des rubriques « actes chirurgicaux », « assistance chirurgicale » et « anesthésie chirurgicale » pour ces mêmes personnes. Ce sont des discussions avec des médecins et des gestionnaires en établissement qui ont permis de cerner les actes propres à chaque situation.

Au Québec, le coût des consultations médicales relevant du réseau public, aucune répartition du financement n'a été nécessaire.

### Autres consultations professionnelles

Lors de l'enquête téléphonique, les personnes âgées ont mentionné faire appel aux services d'une grande variété de professionnels. Toutefois, nous n'avons retenu que ceux qui sont liés de près à la santé des personnes ainsi qu'à leur autonomie fonctionnelle et sociale. Les différents types de professionnels concernés sont présentés au tableau 21.6 qui inclut également les coûts par consultation selon qu'il s'agisse d'une consultation en cabinet ou à domicile, financée par le secteur public ou privé.

Pour estimer le coût d'une consultation du secteur privé, nous avons, pour chaque type d'intervenant, logé un appel auprès de l'association ou ordre professionnel concerné, afin d'obtenir les tarifications moyennes et les types de services généralement offerts aux personnes âgées. Par la suite, nous avons corroboré ces informations auprès d'un certain nombre de praticiens ou agences selon la disponibilité des intervenants et le genre de services visés. Il est à noter que le coût d'une consultation englobe à la fois la rémunération de l'intervenant lui-même, les frais indirects reliés à sa tâche (infrastructure et frais d'exploitation) ainsi qu'une part de profit.

Dans le cas des infirmières qui œuvrent dans les résidences privées, la situation est particulière car celles-ci peuvent se déplacer plusieurs fois par jour auprès des personnes âgées, mais pour des raisons et des périodes très variables. À partir de l'étude de Gervais et al. (2004)<sup>11</sup> établissant une recension et un pourcentage des actes réalisés par l'infirmière auprès des personnes âgées en résidences privées, nous avons pu estimer une durée moyenne d'intervention. D'autre part, l'enquête réalisée auprès des résidences privées a permis de calculer le coût horaire moyen, bénéfices marginaux et support administratif inclus, d'une infirmière en résidence privée. La combinaison de ces deux éléments nous a permis d'établir un coût quotidien à 10 \$.

Tout comme dans le cas des infirmières en résidences privées, l'estimation du coût d'une consultation dans le réseau public a demandé deux étapes : l'estimation du temps moyen par type de consultation et l'établissement d'un taux horaire moyen correspondant à cette dernière.

Les informations contenues dans les rapports financiers annuels (AS-471) de 2002 des établissements des MRC expérimentales et témoins ont servi à calculer les taux horaires. Nous avons considéré les salaires de base que nous avons majorés pour tenir compte des charges sociales, des avantages sociaux ainsi que des frais connexes à l'activité (frais de déplacement, papeterie, fournitures, etc.). De plus, nous avons ajouté des frais administratifs représentant une portion des infrastructures, équipement et frais d'administration supportant les intervenants dans leur travail. Ces derniers ont été calculés à partir de données extraites de l'étude de Dubuc et al. (2002) en utilisant les principes de la comptabilité par activité puisque nous disposions à la fois des coûts et données opérationnelles pertinentes (heures travaillées, surface, etc.) pour quatre CLSC. L'ajout des frais

connexes et des frais administratifs s'est fait dans un souci d'assurer la comparabilité des calculs avec le secteur privé.

Pour estimer la durée d'une consultation, nous nous sommes référés à la même étude de Dubuc et al. (2002) qui ont observé pendant deux semaines, selon le CLSC et selon la catégorie d'intervenants concernée, entre un et six professionnels (infirmières, ergothérapeutes, physiothérapeutes, travailleurs sociaux). Ces observations les ont conduits à décrire les différentes tâches effectuées par les intervenants et d'y associer un temps moyen.

La distinction entre le financement public et privé a été faite en tenant compte du type de consultant et de son secteur de travail (privé, public) puisque dans le cas des personnes de plus de 65 ans, il existe certains services offerts par le secteur privé qui sont assumés par le secteur public (par exemple, optométriste).

Tableau 21.6  
Coût par consultation professionnelle selon le dispensateur du service

Dispensateur du service	Public, en cabinet	Public, à domicile	Privé, en cabinet
Médecin de famille	34,41 \$	41,30 \$	
Médecin spécialiste	65,34 \$	65,34 \$	
Soins infirmiers			
Infirmière	55,03 \$	71,99 \$	
Réadaptation			
Orthophoniste	111,96 \$	128,99 \$	60,00 \$
Ergothérapeute	169,73 \$	186,76 \$	90,00 \$
Physiothérapeute	111,96 \$	128,99 \$	35,00 \$
Psychosocial			
Travailleur social	158,64 \$	173,34 \$	75,00 \$
Psychologue	96,73 \$	111,44 \$	80,00 \$
Autres intervenants			
Optométriste	40,50 \$	40,50 \$	40,50 \$
Inhalothérapeute	72,45 \$	86,77 \$	
Diététiste/nutritionniste	101,30 \$	116,71 \$	60,00 \$
Audiologiste	30,00 \$	30,00 \$	30,00 \$
Chiropraticiens			40,00 \$
Dentiste	80,00 \$		80,00 \$
Acupuncteur			35,00 \$
Podologue			35,00 \$
Orthodontiste			50,00 \$

## Médicaments

Selon le milieu de vie de la personne âgée, nous distinguons deux types de médicaments et deux sources d'information distinctes pour en établir le coût. Pour l'ensemble des sujets non institutionnalisés et ceux vivant en CHSLD privé non conventionné, nous disposons de la banque de données de la RAMQ permettant

d'établir un coût total des médicaments (incluant les services pharmaceutiques) achetés par chaque sujet tout en distinguant les parts de financement privée et publique (assurance-médicament). Dans les cas des personnes institutionnalisées, un coût quotidien moyen provincial des services pharmaceutiques et des médicaments assumés par les institutions publiques et privées, a été extrait d'un rapport fourni par l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie indiquant l'ensemble des coûts de pharmacie et de jours / présence pour l'ensemble des CHSLD du Québec. Pour ces dernières, c'est le milieu de vie qui détermine la source de financement.

### **Séjours hospitaliers**

Sur la base des informations obtenues lors du suivi téléphonique, les séjours hospitaliers ont été compilés en identifiant les unités de séjour : médecine et chirurgie, soins intensifs, courte durée gériatrique, réadaptation fonctionnelle intensive, urgence, chirurgie d'un jour et bloc opératoire. Les coûts ont donc été calculés en conséquence et regroupent, dans des mesures différentes pour chaque unité, des frais d'infrastructure et d'équipement de l'établissement, de la main-d'œuvre et autres charges connexes, des services diagnostiques et thérapeutiques, des services administratifs et techniques, des services alimentaires, des actes médicaux et, lorsque pertinent, du temps de bloc opératoire et le coût d'une prothèse.

Quatre sources d'information ont été mises à profit pour la compilation de ces coûts. Une partie de nos données reposent sur l'étude de Durand et al. (2001). Dans un projet d'implantation d'un réseau intégré dans les Bois-Francs, ces chercheurs ont développé et implanté un système de prix de revient leur permettant d'établir l'ensemble des coûts cités ci-dessus à l'exception des frais d'infrastructure et d'équipement et des actes médicaux. Nous avons donc extrait et indexé ces données pour les convertir en dollars de 2002. Tel que précisé dans la rubrique « consultations médicales » ci-dessus, les coûts des actes médicaux ont été évalués à partir des statistiques de la RAMQ. Nous avons obtenu une liste d'équipements avec leur valeur correspondante ainsi qu'un certain nombre de données opérationnelles (lits, chambres, heures d'opération, civières) directement de l'établissement étudié par Durand et al. (2001). Nous avons pu ainsi déterminer la valeur des équipements à attribuer à chaque service hospitalier. Enfin, les frais d'infrastructure ont été estimés à partir du compte de taxes municipales d'un centre hospitalier de nature et de taille semblables faisant partie de notre étude. La valeur retenue a été répartie au prorata du nombre de lits dans chacun des services et ajustée pour tenir compte du contexte spécifique des urgences et du bloc opératoire. La totalité des coûts d'hospitalisation et de chirurgie, présentés au tableau 21.7, sont financés par le réseau public.

Tableau 21.7  
Coûts des services hospitaliers

Unité de séjour	Unité de coût	Coût
Médecine et chirurgie	Journée	404,75 \$
Soins intensifs	Journée	907,10 \$
Courte durée gériatrique	Journée	546,21 \$
Réadaptation fonctionnelle intensive	Journée	513,09 \$
Urgence	Visite	264,98 \$
Chirurgie d'un jour	Opération	1 409,26 \$
Chirurgie	Opération	3 160,98 \$

### Hôpital de jour et Centre de jour

Le coût d'une visite à l'hôpital de jour ou en centre de jour inclut les salaires des professionnels de la santé et autres charges connexes liées à leurs activités, l'entretien des installations, la valeur des infrastructures et des frais administratifs.

La majeure partie du coût d'une visite à l'hôpital de jour repose sur les données tirées de l'étude de Tousignant et al. (2001)<sup>12</sup>. À partir des informations financières de l'établissement et du suivi qu'ils ont réalisé pendant un an auprès de 151 personnes âgées de plus de 75 ans admises dans divers programmes, ces chercheurs en sont arrivés à établir le coût d'une visite à l'hôpital de jour de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. Dans le cas du centre de jour, ce sont les données financières et opérationnelles des quatre CLSC étudiés par Dubuc et al. (2002) et issues de leur banque de données, qui ont servi de base de calcul.

Dans un cas comme dans l'autre, des frais d'entretien des installations, la valeur des infrastructures et des frais administratifs ont été rajoutés, ceux-ci n'étant pas inclus dans les calculs précédents. Nous avons évalué ces derniers en faisant appel à la même approche que celle décrite dans les rubriques précédentes pour les autres types de services et en utilisant les données financières et opérationnelles de plusieurs établissements, dont ceux ayant fait l'objet des études citées dans la présente rubrique.

Dans le cas de l'hôpital de jour comme celui du centre de jour, tous les coûts sont absorbés par le réseau public. Ces derniers sont présentés au tableau 21.8 ci-dessous.

Tableau 21.8  
Coûts d'une visite à l'hôpital de jour et au centre de jour

Unité de séjour	Unité de coût	Coût
Hôpital de jour	Journée	255,32 \$
Centre de jour	Demi-journée	46,52 \$



## Déplacements

À titre de déplacements, nous avons considéré uniquement les déplacements en lien avec les hospitalisations et les consultations professionnelles retenues. Comme le présente le tableau 21.9, nous avons compilé les coûts de déplacements en ambulance, en automobile et ceux reliés aux services de transport d'un établissement.

Pour établir le coût d'un déplacement en ambulance, nous avons comparé les coûts issus d'études et états financiers divers, pour finalement retenir comme coût moyen, le budget que le ministère de la Santé et des Services sociaux allouait en 2002 pour un tel déplacement. Notons que dans le cas des personnes de plus de 64 ans, la totalité de la dépense est assumée par le réseau public.

Dans le cas où le sujet se déplace par lui-même, nous avons présumé qu'il le faisait toujours en automobile. Le coût au kilomètre correspond à celui calculé par l'Association canadienne des automobilistes (2002)<sup>13</sup>. Afin de calculer la distance moyenne d'un déplacement, nous avons mesuré, pour un échantillon de sujets, la distance entre leur lieu de résidence et leur destination. Pour chaque sous-région où des mesures ont été prises, les destinations ont été résumées en un ou deux points centraux (CLSC, hôpital). Ces dernières et les lieux de résidence des sujets ont été identifiés à l'aide des codes postaux, et le logiciel « Mapquest » a fourni les kilométrages recherchés. Ce déplacement est considéré à la charge de la personne âgée, c'est donc considéré comme du financement privé.

La personne âgée qui est inscrite à l'hôpital de jour ou au centre de jour peut s'y rendre par ses propres moyens ou utiliser les services de l'établissement. Nous avons eu recours à la banque de données de Durand et al. (2001) pour compléter nos informations et refléter cette réalité. Cette banque cumule le nombre et le type de déplacements dans un centre de jour ainsi que le coût pour l'établissement, pour une période de deux ans. En combinant ces données avec celles estimées à l'aide de « Mapquest », nous avons établi le coût d'un déplacement moyen pour une visite en centre de jour ou à l'hôpital de jour, tout en distinguant la partie assumée par le réseau public et celle assumée par le bénéficiaire.

Tableau 21.9  
Coût d'un déplacement

Type de déplacement	Zone urbaine	Zone rurale
Ambulance	462,00 \$	462,00 \$
Centre de jour ou hôpital de jour – aller et retour	11,92 \$	11,92 \$
Consultation professionnelle – aller et retour	5,40 \$	12,53 \$
Hôpital – aller et retour	5,40 \$	23,68 \$

## Conclusion

Les services de santé et de maintien de l'autonomie qui sont essentiels pour les personnes âgées sont très variés. Les types et les dispensateurs des services, tout comme le milieu de vie des bénéficiaires influent sur les coûts de ces services<sup>2</sup>.

La détermination de coûts spécifiques à chacun de ces services était essentielle pour être en mesure d'évaluer l'impact économique du RISPA implanté en Estrie (chapitre 13). L'ampleur et la complexité de la détermination de tous ces coûts unitaires ont justifié le développement d'une méthodologie très élaborée. Tel que nous l'avons présenté, nous avons adopté les principes du coût d'opportunité et du coût de remplacement, appliqués dans une perspective sociétale. Aux fins de l'évaluation, nous avons retenu uniquement les services sur lesquels le RISPA pouvait avoir une influence et nous avons utilisé des coûts normalisés pour les régions expérimentale et témoin afin d'éliminer les disparités régionales et inter-établissements.

La méthodologie ainsi présentée peut inspirer d'autres recherches. Les coûts, évalués en dollars de 2002, que nous avons présentés seront aussi utiles pour des évaluations économiques futures. Enfin, les tableaux 21.10 et 21.11, présentés ci-dessous, fournissent un sommaire de notre méthodologie pour chaque type de coûts et chaque type de milieu de vie.

Tableau 21.10  
**Coûts des services – Sommaire de la méthodologie**

Dix milieux de vie, urbains et ruraux	Sept types d'organismes fournissant les services
M1 Domicile individuel, propriétaire	1 Organisme public
M2 Domicile individuel, locataire	2 Organisme bénévole
M3 Domicile individuel, pensionnaire unique	3 Agence privée
M4A Résidence d'accueil, 9 personnes ou moins	4 Entreprise d'économie sociale
M4B Résidence privée, 9 personnes ou moins	5 Allocation directe
M5A Pavillon, 10 personnes et plus	6 Résidence avec services optionnels
M5B Résidence privée, 10 personnes et plus	7 Résidence ou famille d'accueil avec services fournis
M6 CHLSD privé conventionné	
M7 CHSLD privé non conventionné	
M8 CHSLD public, incluant les USLD dans les CH	
3 scénarios pour le bénévolat	Utilisation
Tarif nul	ST source : suivi téléphonique
Tarif du secteur public	n quantité
Tarif du secteur privé, salaire minimum	
Sources d'information pour les coûts (en dollars de 2002)	
E-1997 Hébert et al. (1997) <sup>2</sup> : Services requis par les personnes âgées en perte d'autonomie – Évaluation clinique et estimation des coûts selon le milieu de vie	
E-BF Durand et al. (2001) <sup>9</sup> : Développement et implantation d'un système de prix de revient des soins et 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)	
E-Laval Dubuc et al. (2002) <sup>8</sup> : Services requis par les personnes âgées en perte d'autonomie - Évaluation clinique et estimation des coûts sur le territoire de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval	
E-TM Dubuc et al. (2002) <sup>14</sup> : Temps consacré aux différentes activités de services de soutien à domicile fournis par les CLSC de la RRSSS de Laval	
E-PR Enquête sur les résidences privées, réalisée dans le cadre de PRISMA-Estrie	
E-RIS Étude des coûts d'implantation et de fonctionnement du RISPA, réalisée dans le cadre de PRISMA – Estrie (voir chapitre 10)	
E-IMP Veil, A., et Hébert, R. (2005) <sup>15,16</sup> : Évaluation de l'implantation des mécanismes et outils d'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie : Résultats de mise en œuvre.	

Tableau 21.11  
Coûts des services – Sommaire des composantes

Catégorie Description	Utilisation	Unité de mesure	Coût Source d'information	Coût Source de financement
<b>(A) Hébergement infrastructure</b> Terrain, bâtisse et ameublement	ST pour n jours dans le milieu de vie	Jour / présence	M1 à 3 urbain et rural ; 4A, 5A, 6 à 8 rural : E-1997 indexée M4A, 5A, 6 à 8 urbain : Moyenne pondé- rée E-1997 et E-Laval indexées M4B et 5B : E-PR	Selon le milieu de vie privé ou public Au besoin, la proportion privée / publique est basée sur la contribution des adultes hébergés selon E-1997
<b>(B) Hébergement fonctionnement</b> Dépenses d'entretien	ST pour n jours dans le milieu de vie	Jour / présence	M1 à 3 urbain et rural ; 4A, 5A, 6 à 8 rural : E-1997 indexée M4A, 5A, 6 à 8 urbain : Moyenne pondé- rée E-1997 et E-Laval indexées M4B et 5B : E-PR	Selon le milieu de vie privé ou public Au besoin, la proportion privée / publique est basée sur la contribution des adultes hébergés selon E-1997
<b>(C) Soutien administratif</b> Frais de gestion des infras- tructures d'hébergement	<b>(M4A-B, 5A-B, 6 à 8)</b> ST n jours dans le milieu de vie	Jour / présence	M4A, 5A, 6 à 8 rural : E-1997 indexée M4A, 5A, 6 à 8 urbain : Moyenne pondé- rée E-1997 et E-Laval indexées M4B et 5B : E-PR	Selon le milieu de vie privé ou public Au besoin, la proportion privée / publi- que est basée sur la contribution des adultes hébergés selon E-1997
Supervision des résiden- ces et pavillons avec per- mis	<b>(M4A et 5A)</b> ST n jours dans le milieu de vie	Jour / présence	E-1997 indexée	Public
<b>(D) Activités de soutien</b> Entretien ménager et buan- derie (AVD) et alimentation	<b>(M1 à 3, 4B, 5B)</b> ST pour n heures d'AVD : SMAF économique pour établir bénévolat	Heure de service	Selon organisme au ST Taux horaires : 1 : voir section consultations 2, 4, 5 : <i>Portrait des entreprises en aide domestique</i> de Industrie et Commerce Québec <sup>17</sup> , pour 2000-2001, indexé 3 : voir section consultations Pour bénévolat, 3 scénarios	Selon l'organisme (public, privé) qui rend le service, ou bénévolat Allocation directe considérée comme public Prise en compte de la proportion de financement public des entreprises d'aide domestique et du crédit d'impôt pour le maintien à domicile (23 %)

Catégorie Description	Utilisation	Unité de mesure	Coût Source d'information	Coût Source de financement
	<b>(M1 à 3, 4B, 5B)</b> ST pour n repas reçus, autres repas établis par différence ; SMAF économique pour établir bénévolat	Repas	Selon organisme au ST Coût par repas : 2, 4 : états financiers de Sercovie au 31 août 2001 6, 7 : E-PR Autres repas : E-1997 indexée Pour bénévolat, 3 scénarios	Selon l'organisme (public, privé) qui rend le service, ou bénévolat Autres repas considérés privés
	<b>(M4A-B, 5A-B, 6 à 8)</b> ST pour n jours dans le milieu de vie	Jour / présence	M 4A, 5A, 6 à 8 rural : E-1997 indexée M4A, 5A, 6 à 8 urbain : Moyenne pondé- rée E-1997 indexée et E-Laval indexée M4B et 5B : E-PR	Selon le milieu de vie privé ou public Au besoin, la proportion privée / publique est basée sur la contribution des adultes hébergés selon E-1997
<b>(E) Soins infirmiers et assistance</b> Assistance pour AVQ	<b>(M1 à 3, 4B, 5B)</b> ST pour n heures d'assistance reçues (AVQ) ; SMAF écono- mique pour établir le bénévolat	Heure de service	Selon organisme au ST Taux horaires : 1 : voir section consultations 2, 4 : 2 coopératives de services à domi- cile, taux de 2004 équivalent celui de 2002. 3, 5 : E-1997 indexée 6, 7 : E-PR Pour bénévolat, 3 scénarios	Selon l'organisme (public, privé) qui rend le service, ou bénévolat Allocation directe considérée comme public Prise en compte de la proportion de financement public du crédit d'impôt pour le maintien à domicile (23%)
<b>Ensemble des soins infirmiers et d'assistance fournis par le milieu de vie</b>	<b>(M4A, 5A, 6 à 8)</b> n heures de services requis selon l'équa- tion de régression de l'article Hébert et al. (2001)	Heure de service requis	Taux horaires de base de soins infir- miers et de soins d'assistance : pour urbain, selon moyenne pondérée E- 1997 et E-Laval indexées ; pour rural, selon E-1997 indexée Taux horaire établi selon la pondération du personnel professionnel/para-pro- fessionnel qui fournit le service	Selon le milieu de vie privé ou public Au besoin, la proportion privée / publi- que est basée sur la contribution des adultes hébergés selon E-1997

Catégorie Description	Utilisation	Unité de mesure	Coût Source d'information	Coût Source de financement
<b>(F) Surveillance</b> Gardiennage occasionnel pour les personnes à domicile	<b>(M1 à 3)</b> ST pour n heures de gardiennage reçues	Heure de service	<p>Selon organisme au ST</p> <p>Taux horaires :</p> <p>1 : taux 2002, selon annexe à la circulaire 2003-003 du MSSS</p> <p>2, 4 : 2 coopératives de services à domicile, taux de 2004 équivalent celui de 2002</p> <p>3 : E-1997 indexée</p> <p>Selon 3 scénarios</p>	<p>Selon l'organisme (public ou privé) qui rend le service</p> <p>Prise en compte de la proportion de financement public du crédit d'impôt pour le maintien à domicile (23 %)</p>
Surveillance pouvant aller jusqu'à 24 heures par jour	<b>(M1 à 3)</b> SMAF économique pour n heures requises et fournies par l'entourage	Heure de surveillance assurée	Bénévole	
	<b>(M4B et 5B)</b> n heures disponibles pour la surveillance (-) n heures d'AVQ reçues selon le ST		E-PR	<p>Selon le milieu de vie privé</p> <p>Prise en compte de la proportion de financement public du crédit d'impôt pour le maintien à domicile (23 %)</p>
	<b>(M4A, 5A, 6 à 8)</b> 24 heures (-) n heures soins infirmiers et assistance requises (voir sous-section E)		<p>M 4A urbain et rural ; 5A, 6 à 8 rural : E-1997 indexée.</p> <p>M5A, 6 à 8 urbain : moyenne pondérée E-1997 indexée et E-Laval indexée</p> <p>M4B et 5B : E-PR</p>	<p>Selon le milieu de vie privé ou public</p> <p>Au besoin, la proportion privée / publique est basée sur la contribution des adultes hébergés selon E-1997</p>
<b>(G) Service de répit</b> Tous les frais d'hébergement temporaire, y compris :	ST n jours du service de répit	Jour / présence	Coûts d'hébergement cumulés selon les sous-sections A, B, C et D pour M8	<p>La proportion privée correspond à 20\$/jour selon le service des finances de l'Institut Universitaire de Gériatrie de Sherbrooke ; ce montant couvre l'ensemble des services</p>

Catégorie Description	Utilisation	Unité de mesure	Coût Source d'information	Coût Source de financement
Soins infirmiers et assistance	ST n jours, calcul des heures de services requises, voir sous-section E	Heure de service requise	Voir sous-section E pour M8	
Surveillance	ST n jours, 24 heures (-) n heures soins infirmiers et assistance requises, voir sous-section E	Heure de service	Voir sous-section F pour M8	
<b>(H) Consultations des médecins</b> Omnipraticiens et spécialistes	ST n visites par type de spécialité	Visite	Coût moyen d'un examen (pour les omnipraticiens), d'une consultation (pour les spécialistes) Statistiques RAMQ, tableau 2.12, pour les personnes de plus de 75 ans, année 2002	Public
<b>(I) Consultations autres</b> Professionnels de la santé ou des services sociaux	ST n visites par type d'intervenant	Visite	Privé : liste de tarifs selon l'ordre professionnel ou l'organisme régissant la profession Public : Temps d'intervention : estimés à partir de E-TM Taux des différents professionnels : moyennes salaires, avantages sociaux et fournitures des centres d'activités concernés selon états financiers au 31 mars 2002 des MRC expérimentales et de contrôle, plus frais pour support administratif et les infrastructures (établis à partir de E-Laval)	Selon ST public ou privé

Catégorie Description	Utilisation	Unité de mesure	Coût Source d'information	Coût Source de financement
<b>(J) Médicaments à domicile</b> Tous les médicaments sous ordonnance achetés dans l'année	<b>M1 à 3, 4 A-B, 5 A-B, 7</b> Dossier RAMQ	Coût total spécifique pour chaque sujet	Banque de données de la RAMQ incluant coût des services pharmaceutiques et des médicaments	Banque de données de la RAMQ partie publique assumée par la RAMQ (assurance médicament), partie privée assurée par la personne
<b>(K) Services pharmaceutiques et médicaments assumés par l'institution</b> Tous les médicaments sous ordonnance fournis aux sujets	<b>M6 et 8</b> ST n jours dans le milieu de vie	Jour / présence	Coût quotidien moyen provincial calculé à partir de données extraites du rapport intitulé « 2001-2002, Pharmacie-Médicaments seulement, Coût moyen des médicaments par jour en CHSLD »	Coût moyen provincial pour les CHSLD publics Coût moyen provincial pour les CHSLD privés conventionnés
<b>(L) Hospitalisation</b> Infrastructures, gestion, soins, services, actes médicaux (non chirurgicaux) et médicaments	ST n nuits d'hospitalisation, de visites à l'urgence (ne couche pas à l'hôpital) ; département déterminé selon dossier du patient	Jour / présence	Coût moyen par jour calculé à partir de E-BF Ajout d'un coût pour les actes médicaux (voir H), les installations et les infrastructures	Public
<b>(M) Chirurgie d'un jour</b> Tous les frais liés à l'hospitalisation temporaire et à la chirurgie	ST n visites hôpital	Coût par chirurgie (incluant séjour à l'hôpital)	Coût moyen établi à partir de E-BF Actes chirurgicaux estimés à partir des Statistiques RAMQ, tableau 2.12, année 2002 Prise en compte du coût des équipements et des infrastructures	Public



Catégorie Description	Utilisation	Unité de mesure	Coût Source d'information	Coût Source de financement
<b>(N) Chirurgie patient hospitalisé</b> Tous les frais reliés à la chirurgie	ST hôpital, colonne chirurgie Oui	Coût par chirurgie (excluant séjour)	Coût moyen établi à partir de E-BF Actes chirurgicaux estimés à partir des Statistiques RAMQ, tableau 2.12, année 2002 Prise en compte du coût des équipements et des infrastructures	Public
<b>(O) Hôpital de jour</b> Tous les frais d'infrastructure, de consultations et de soins	ST n visites à l'hôpital de jour	Journée	Coût moyen d'une visite, étude IUGS Tousignant et al. (2001) incluant les services spécialisés, indexé Ajout d'un coût pour le support administratif, l'entretien et les infrastructures	Public
<b>(P) Centre de jour</b> Tous les frais	ST n visites au centre de jour	Demi-journée	Coût moyen incluant intervenants, repas et autres, support administratif, entretien et infrastructures, établi à partir des données de E-Laval	Public
<b>(Q) Déplacement</b> Déplacements à des fins médicales et psychosociales	ST pour les services pour lesquels la personne âgées s'est déplacée, en ambulance ou non (hospitalisation, visite à un intervenant, au centre de jour ou à l'hôpital de jour)	Déplacement en ambulance  Déplacement non en ambulance	Coût moyen global pour un déplacement en ambulance selon budget du MSSS 2001-02	Pour les personnes de plus de 64 ans, financement assumé à 100 % par le public sauf cas d'exception (non considéré)
			Coût au km selon étude du Club automobile (CAA) Distance moyenne entre résidence et destination (hôpital, clinique, hôpital ou centre de jour), estimée pour un échantillon à l'aide du logiciel « Mapquest »	Considéré comme assumé à 100 % par le privé, sauf pour le centre de jour et l'hôpital de jour dont la proportion privée/publique est basée sur E-BF

Catégorie Description	Utilisation	Unité de mesure	Coût Source d'information	Coût Source de financement
<b>(R) Coût RISPA</b> Amortissement des frais d'implantation (7 ans) et les frais de fonctionnement du RISPA				
Pour concertation et guichet unique	<b>(M1 à 3, 4A-B, 5A-B)</b> ST n jours de partici- pation dans le milieu de vie	Jour / présence	E-RIS	Public Coûts privés et bénévoles non matériels
Pour gestion de cas et SIGG	<b>(M1 à 3, 4A-B, 5A-B)</b> n jours comme dos- sier actif en gestion de cas, selon E-IMP	Jour / présence	E-RIS	Public Coûts privés et bénévoles non matériels

## Références

1. Drummond, M. F., O'Brien, B. J., Stoddart, G. L. et Torrance, G. W. Méthodes d'évaluation économique des programmes de santé. Paris: Économica : 1998.
2. 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. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la recherche et de l'évaluation : 1997.
3. Weinstein, M., Siegel, J., Gold, M., Kamlet, M. et Russel, L. Recommendations of the Panel on cost-effectiveness in health and medicine. *Journal of the American Medical Association*. 1996; 276(15) : 1253-1258.
4. Robinson, R. Economic Evaluation and Health Care: Costs and cost-minimisation analysis. *British Medical Journal*. 1993; 307(6906) : 726-8.
5. Bourgueil, Y., Brémond, M., Develay, A., Grignon, M., Midy, F., Naiditch, M., et Polton, D. L'évaluation des réseaux de soins, enjeux et recommandations. Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES), Groupe Image-Ensp. : 2001.
6. Raikou, M., Briggs, A., Gray, A. et McGuire, A. Centre-specific or average unit costs in multi-centre studies? Some theory and simulation. *Health Economics*. 2000; 9: 191-198.
7. Hébert, R., Guilbeault, 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: Journal of the Canadian Geriatrics Society*. 2001; 4: 141-147.
8. Dubuc, N., Tousignant, M., Hébert, R., Buteau, M. et Coulombe, C. Services requis par les personnes âgées en perte d'autonomie - Évaluation clinique et estimation des coûts sur le territoire de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval. Rapport numéro 3. Rapport de recherche présenté à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval : 2002.
9. Durand, P. J., Lemay, A., Tourigny, A., Bonin, L. et 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 de services dans les Bois-Francs avec une coordination des services de gestion de cas (case-management). (Rapport QC123). Fonds pour l'adaptation des services de santé : 2001.
10. 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 of Aging*. 2000 : 20(1) : 1-21.

11. Gervais, P., Hébert, R. et Tousignant, M. Profils d'autonomie fonctionnelle des personnes âgées vivant dans les résidences privées d'hébergement en Estrie. Rapport de recherche. Centre de recherche sur le vieillissement de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke; 2004.
12. Tousignant, M. Hébert, R. et Desrosiers, J. Economic evaluation of geriatric day hospital: Cost-benefit analysis based on functional autonomy changes. A Report Prepared for the Health Transition Fund, Health Canada. National Evaluation of the Cost-Effectiveness of home Care and Centre de Recherche en gérontologie et gériatrie de Sherbrooke; 2001.
13. Association Canadienne des Automobilistes. Coût d'utilisation d'une automobile. Ottawa ; 2002.
14. 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. Rapport de recherche. Centre de recherche sur le vieillissement et Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval; 2002.
15. Veil, A. et Hébert, R. Évaluation de l'implantation des mécanismes et outils d'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie: Résultats de mise en œuvre. In Actes du 3<sup>e</sup> Colloque PRISMA: L'intégration des services: un moyen essentiel pour améliorer la réponse aux besoins des personnes âgées. Sainte-Foy; 2005.
16. 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. (Rapport intérimaire : Étude de cas comparative entre trois MRC de l'Estrie, résultats partiels). Sherbrooke : Centre de recherche sur le vieillissement, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke; 2002.
17. Industrie et Commerce Québec. Portrait des entreprises en aide domestique. Direction des coopératives, Ministère de l'Industrie et du Commerce; 2002.



## Chapitre 22

# Le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave avec le questionnaire PRISMA-7 : présentation, implantation et utilisation\*

---

Michel Raïche, Réjean Hébert, Marie-France Dubois, Johanne Bolduc, Maryse Grégoire, Céline Bureau, Anne Veil

---

### Points saillants

- On constate que peu de repérage des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave a été fait jusqu'à maintenant.
- Cet article présente une revue du sujet, propose un instrument, décrit son utilisation et son implantation.
- Le questionnaire PRISMA-7 présente une sensibilité de 78 % et une spécificité de 75 % pour repérer les personnes présentant un score SMAF  $\leq -15$ .
- Le questionnaire est présentement utilisé à l'urgence, au CLSC et lors de campagnes de vaccination, par téléphone, par écrit ou face à face.
- Avec une approche opportuniste et systématique, il est possible d'identifier les cas prévalents de perte d'autonomie significative qui étaient inconnus du réseau de la santé, et de maximiser le potentiel des interventions.

**Mots clés :** repérage – perte d'autonomie – personnes âgées – validité – implantation

### Résumé

Une portion importante des personnes âgées vit à domicile avec des incapacités significatives. Parmi celles-ci, certaines ne sont pas connues et identifiées par le réseau de la santé, et bénéficieraient à tout le moins d'une évaluation. La région de l'Estrie au Québec a mis en place diverses approches pour repérer ces per-

---

\* Reproduit avec l'aimable autorisation de **La Revue de Gériatrie**, et paru sous : Raïche, M., Hébert, R., Dubois, M.-F., Grégoire, M., Bolduc, J., Bureau, C. et Veil, A. Le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave avec le questionnaire PRISMA-7 : présentation, implantation et utilisation. *La Revue de Gériatrie* 2007 ; 32(3) : 209-218.

sonnes. L'outil PRISMA-7 a préalablement été développé et validé pour repérer les personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave. Ses seuils de sensibilité et spécificité sont présentés, tout comme son utilisation et son implantation. L'outil devient progressivement utilisé en plusieurs lieux de consultation et en différents moments. Il y a notamment à Sherbrooke un Guichet unique pour l'accueil et l'orientation des personnes âgées où l'orientation est effectuée à l'aide de l'outil. L'implantation a débuté aux urgences du CHUS en 2005. Pour les personnes repérées par le questionnaire, les cas sont transmis au CLSC lorsque la personne est retournée à domicile. Les cliniques préparatoires à la chirurgie du CHUS débute l'implantation. La campagne de vaccination annuelle contre l'influenza est une belle occasion d'effectuer un repérage quasi-systématique. En utilisant ainsi l'outil de repérage, on peut décrire cette implantation comme le croisement d'une approche opportuniste (guichet unique, urgences et cliniques préparatoires à la chirurgie) et systématique (campagne annuelle de vaccination) de repérage. Les personnes repérées positives sont alors dirigées vers une évaluation complète de leur autonomie. Le processus et l'approche de repérage, ainsi que la logistique d'évaluation sont discutés.

## Introduction

Une portion importante des personnes âgées vit à domicile avec des incapacités significatives<sup>1, 2</sup>. Parmi celles-ci, certaines ne sont pas connues du réseau de la santé, et pourraient bénéficier d'une évaluation. Dans un système de santé optimal, toutes les personnes âgées présentant des incapacités légères, modérées ou graves seraient identifiées et évaluées, les interventions requises seraient en place. En pratique, toutefois, ce ne sont même pas toutes les personnes âgées avec des incapacités modérées à graves qui sont détectées et identifiées par les cliniciens. Il n'existe que très peu de travaux sur les moyens démontrés efficaces pour repérer les personnes âgées dépendantes. Pourtant de nombreux outils de dépistage ont été validés pour identifier d'autres problèmes de santé ou événements touchant les personnes âgées, et sont utilisés à différents degrés<sup>3-5</sup>.

Pourquoi le repérage de la perte d'autonomie a suscité aussi peu d'intérêt jusqu'à maintenant ? *The Lancet* publiait en 1991 un éditorial<sup>6</sup> précisément sur ce sujet et avançait plusieurs facteurs pour expliquer cette situation. Étaient alors mentionnés, le manque de temps pour l'évaluation, les usagers qui sous-rapportent leurs problèmes d'autonomie, ainsi que les questionnaires trop longs ou complexes développés surtout pour la recherche. D'autres publications faites en 1999 et 2004<sup>7-8</sup> nous indiquaient que cet enjeu crucial était toujours persistant, et il l'est encore à ce jour. En fait, nous ne sommes qu'au début des actions concrètes face à cet enjeu. Quelques auteurs ont spécifiquement fait état des difficultés liées au repérage des personnes âgées présentant certaines conditions, que ce soit des incapacités ou la fragilité<sup>9-10</sup>.

Ne pas repérer les personnes âgées en perte d'autonomie significative entraîne des conséquences. Les cliniciens et les gestionnaires de services à domicile et hospitaliers se retrouvent trop souvent devant des personnes âgées en se demandant, comment se fait-il qu'ils ne connaissent pas, qu'ils n'avaient pas vu cette personne âgée auparavant. Comment a-t-elle pu se retrouver en perte d'autonomie à ce point sans qu'un intervenant ne s'en aperçoive plus tôt. On retrouve souvent ces personnes aux urgences, fréquente porte d'entrée dans le réseau québécois quand une personne âgée ou ses proches ne savent pas à qui s'adresser.

Les leviers d'action pour stabiliser une perte d'autonomie sont très réduits lorsque les aidants contactent le réseau de la santé alors qu'ils ont atteint un degré élevé d'épuisement. Une intervention plus précoce, notamment s'il y avait eu repérage, aurait pu permettre d'éviter de se rendre à ce point. Sinon, c'est la nécessaire mobilisation urgente de nombreux intervenants de soutien à domicile qui doit s'installer, pour tenter d'éviter partiellement les hospitalisations prolongées inutiles et les visites répétées aux urgences, qui sont autant de réponses coûteuses et inappropriées d'un réseau de santé au problème de base.

Mais une fois les personnes âgées en perte d'autonomie identifiées, existe-t-il des interventions efficaces ? La perte d'autonomie est de nature pluridisciplinaire, impliquant plusieurs intervenants d'établissements, organisations et services ayant des rôles complémentaires qui doivent agir de manière concertée. Les interventions coordonnées et intégrées semblent les plus porteuses de solution<sup>11-12</sup>. Sinon, le manque de coordination peut lui-même devenir un facteur de risque de perte d'autonomie<sup>13</sup>.

Nous précisons ici la distinction que nous faisons entre le dépistage et le repérage. Le dépistage réfère à l'identification des individus qui seront affectés dans le futur par une pathologie ou un état de dépendance (*screening*, prédiction des cas incidents), alors que le repérage réfère à l'identification des individus qui sont déjà affectés par une pathologie ou un état de dépendance (*case-finding*, cas prévalents)<sup>14</sup>.

Plusieurs travaux ont été recensés quant aux prédicteurs de la perte d'autonomie et de son dépistage. Or, on constate que très peu de dépistage est réellement effectué sur le terrain. Possiblement parce qu'avant de se préoccuper des personnes âgées qui vont perdre de l'autonomie, il faudrait d'abord s'occuper de toutes celles qui sont actuellement en perte d'autonomie significative et dont on ignore l'état.

En Estrie, au Québec, la mise en place en 2001 d'un réseau intégré de services pour personnes âgées (RISPA) s'est déroulée en collaboration avec l'équipe de recherche PRISMA (Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie)<sup>11-12</sup>. Le besoin d'un outil de repérage des personnes âgées en perte d'autonomie est né au fil des discussions de concertation pour la mise en place du RISPA. Les intervenants voulaient passer d'un mode réactif à un mode plus proactif face à la perte d'autonomie, afin d'éviter



d'être interpellés tels des pompiers pour éteindre des feux, devant l'urgence des situations.

En 2005, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a publié son **Plan d'action 2005-2010**<sup>15</sup>. Il y est indiqué, p.39 :

« Agir précocement, selon des standards de pratique reconnus pour réduire la dépendance, auprès des personnes âgées dont la condition de santé requiert des soins aigus.

Définir un protocole de repérage de la perte d'autonomie, qui tient compte des spécificités selon le sexe, à être utilisé par les centres hospitaliers aux urgences ainsi qu'à l'admission afin que les médecins et les autres professionnels de la santé adaptent toutes leurs interventions ultérieures au profil de besoins de la personne. »

Le ministère parle donc ici de prévention secondaire de la perte d'autonomie significative (modérée à grave). L'on souhaite remonter un peu en amont du processus de perte d'autonomie, même si celui-ci est déjà engagé. Dans une **approche populationnelle de santé publique**, il y a un grand intérêt pour identifier les personnes âgées en perte d'autonomie afin d'éviter que leur état ne se détériore. Quatre questions se posent alors : **quel instrument utiliser, comment l'utiliser, où l'utiliser, et que faire des personnes repérées positives**. Les sections suivantes visent à répondre à ces questions en présentant l'outil PRISMA-7, en exposant des statistiques d'utilisation et des pistes de réflexion et discussion sur l'implantation d'un processus de repérage.

## L'instrument de repérage

En l'absence d'instrument reconnu pour repérer les personnes âgées en perte d'autonomie significative, de nombreux cliniciens ont développé dans leurs milieux des instruments maison qui cernent les principaux et fréquents problèmes touchant les personnes âgées, qui sont en lien avec les incapacités. On y retrouve souvent des questions sur les difficultés de mémoire, les médicaments, les chutes et le besoin d'aide pour faire le ménage.

On a fréquemment observé un allongement progressif de ces instruments. On y ajoute progressivement une question sur la nutrition, ensuite sur la mobilité parce que c'est important aussi, etc. Toutes ces questions demeurent cliniquement pertinentes. Toutefois, il arrive un moment où il faut choisir entre un instrument-résumé, court, qui a été validé avec une mesure-étalon des incapacités, ou bien évaluer les incapacités exhaustivement. Si cela requiert davantage de temps de répondre à une compilation de nombreuses questions pour avoir une idée des incapacités, mieux vaut mesurer directement les incapacités. Dans une visée de repérage de masse, un instrument court, simple si possible et validé (c'est-à-dire ayant de bonnes propriétés de sensibilité et spécificité), devient incontournable.

Les études existantes ciblant le dépistage ou le repérage des personnes âgées ont surtout visé les problèmes de santé généraux, même si elles ont mentionné les incapacités<sup>16-17</sup>. À notre connaissance, très peu ont utilisé les incapacités en tant que critère de validité<sup>10, 18-25</sup>, même si quelques-unes ont présenté un processus de validation détaillé et l'information sur la sensibilité et la spécificité<sup>19-25</sup>. Une étude a utilisé un critère très large (dépendance envers une autre personne pour un soin quotidien quelques fois durant l'année<sup>22</sup>) et une autre a utilisé un devis de validité de construit<sup>19</sup>. Un article a présenté à la fois un aspect prospectif et de prévalence<sup>21</sup>; quelques-uns ont présenté uniquement un devis prospectif<sup>22-24</sup>, pendant que d'autres présentaient uniquement une mesure de prévalence<sup>20, 25</sup>.

La définition de l'incapacité requiert une précision. Les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD) occultent souvent d'autres dimensions de l'incapacité, comme les fonctions mentales et la mobilité, qui devraient recevoir davantage d'attention<sup>10, 23</sup>. Même si plusieurs auteurs sont d'accord avec cela, très peu d'études ont rapporté une validation pour un repérage avec des incapacités multidimensionnelles. Seuls deux articles<sup>20, 25</sup> ont rapporté une validation avec un instrument clinique mesurant les incapacités de manière multidimensionnelle, en l'occurrence le Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle (SMAF<sup>26</sup>). Le premier article a présenté des résultats pour un instrument utilisé aux urgences<sup>20</sup>. L'instrument a malheureusement obtenu une faible sensibilité ( $\leq 60\%$ ) pour identifier au moins une incapacité sur chacune des cinq sous-échelles du SMAF. Le second article<sup>25</sup> a présenté un outil pour identifier les personnes âgées avec incapacité (même légère), mais ne semble pas avoir été utilisé parce qu'il identifiait une trop grande portion des personnes âgées. Se concentrer sur les incapacités modérées à graves apparaît davantage réalisable et réaliste cliniquement<sup>11, 12</sup>.

Nous avons donc développé un instrument nommé PRISMA-7 afin de répondre au besoin d'identifier les personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave. Le développement de cet outil est présenté en détails dans une autre publication<sup>27</sup>. Brièvement, mentionnons qu'à partir d'une liste initiale de 21 questions à répondre par oui/non, 7 questions (figure 22.1) se sont révélées les meilleures afin d'identifier les personnes âgées ayant un score SMAF  $\leq -15$ . Le SMAF est une échelle de mesure clinique de l'autonomie comprenant 29 items évaluant cinq dimensions des incapacités : AVQ (7 items), communications (3 items), fonctions mentales (5 items), mobilité (6 items) et AVD (8 items). Chaque item est coté entre 0 (indépendant) et -3 (dépendant), pour un score maximum de -87. Le seuil de -15 a été basé sur des critères cliniques et épidémiologiques<sup>1, 12, 28</sup>, afin de départager les incapacités légères des incapacités modérées à graves. Mentionnons que le SMAF a connu un processus de validation détaillé<sup>26, 29-31</sup> et est depuis 2002 l'instrument du ministère de la Santé et des Services sociaux utilisé dans tout le Québec par les cliniciens, pour mesurer l'autonomie fonctionnelle (l'instrument est utilisé dans un nombre

croissant de pays également). Il s'agit donc au Québec d'un langage connu des cliniciens lorsqu'on se réfère à un score  $\leq -15$  sur cette échelle de mesure.

Figure 22.1  
Les 7 questions du questionnaire PRISMA-7

Question	Réponse	
	oui	non
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
<b>Nombre de « oui » et de « non »</b>		
	_____	_____

Pour valider l'outil de repérage, 594 personnes, âgées de 75 ans et plus et vivant à domicile, y ont dans un premier temps répondu. Elles ont ensuite été évaluées à leur domicile avec le SMAF. 19,4 % présentaient un score SMAF  $\leq -15$ . Ce sont ces personnes que l'on souhaite identifier. Deux scores-seuils de l'outil se sont avérés très intéressants en termes de sensibilité et spécificité. Le tableau 22.1 présente les résultats obtenus pour les seuils de 3 « oui » et plus, ainsi que 4 « oui » et plus au questionnaire PRISMA-7.

Tableau 22.1  
Propriétés du questionnaire PRISMA-7 pour repérer les personnes âgées ayant obtenu un score SMAF  $\leq -15$

Seuil critique	Repérage positif	Sensibilité	Spécificité	Valeur prédictive	
				positive	négative
<b>3 oui et plus</b>	35,5 %	78,3 %	74,7 %	42,7 %	93,5 %
<b>4 oui et plus</b>	19,0 %	60,9 %	91,0 %	62,0 %	90,6 %

Ces combinaisons de sensibilité et de spécificité rendent l'instrument très intéressant en termes de santé publique. Le temps requis pour administrer le questionnaire est évidemment minime. Une utilisation simple et rapide rend faisable le repérage de masse de la perte d'autonomie significative prévalente. Le PRISMA-7 a aussi l'avantage d'être à l'abri des trois problèmes identifiés en début d'article comme pouvant expliquer l'absence de connaissance de l'état d'autonomie. En effet, le PRISMA-7 permet de cibler les évaluations complètes à effectuer, évitant le problème de temps lié à l'évaluation de toutes les personnes âgées. De même, il a été validé à partir des perceptions des personnes âgées d'une part, avec une évaluation rigoureuse de l'état d'autonomie d'autre part. On évite ainsi les usagers qui pourraient sous-rapporter leurs problèmes d'autonomie. Enfin, l'outil n'ayant pas été développé uniquement pour la recherche, son utilisation clinique est non seulement potentielle, mais réelle comme il le sera présenté aux sections qui suivent.

### **Comment utiliser l'outil de repérage ?**

Comme le PRISMA-7 est composé de 7 questions à répondre par oui/non, son utilisation est relativement simple. Il suffit de respecter quelques consignes, la principale étant de considérer la réponse de la personne âgée comme étant la bonne. Aucun jugement clinique ne doit intervenir au stade de la collecte des réponses oui/non ; il ne s'agit pas de déterminer la réponse que l'évaluateur estime la bonne. Il ne faut pas oublier que ce sont les impressions des aînés qui ont été mises en relation avec une évaluation clinique de l'autonomie lors du développement de l'outil. Induire une autre réponse que celle de la personne âgée viendrait biaiser le résultat. L'outil est utilisé par téléphone, par écrit ou face à face. Un guide d'utilisation a été développé, cela constitue le chapitre d'un livre<sup>32</sup> disponible en ligne gratuitement ([www.prisma-qc.ca](http://www.prisma-qc.ca)).

### **Les 2 scores-seuils**

Aucun outil de repérage n'est sensible et spécifique à 100 %. Il faut toujours faire un compromis entre les deux paramètres, selon le problème à détecter. Les deux seuils (3 ou 4 oui et plus) présentés au tableau 22.1 constituent des options intéressantes. Lors de l'implantation, certaines équipes ont choisi de commencer avec le seuil de quatre réponses positives et plus, puis une fois rodées, elles ont abaissé le seuil à trois réponses positives et plus. 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.

### **Les approches**

Dans un repérage de masse de ce type, trois approches sont possibles. On peut d'abord utiliser une approche opportuniste en profitant d'un contact avec le réseau de la santé pour effectuer le repérage (exemples : guichet unique, urgen-

ces, cliniques externes et cabinets médicaux). On peut également utiliser une approche systématique ou quasi systématique, en l'administrant à toutes les personnes âgées lors des campagnes annuelles de vaccination (qui touchent une bonne partie de la population âgée) ou lors de leur bilan de santé annuel. Une troisième approche est qualifiée de mixte, elle consiste à combiner les deux premières approches pour maximiser le potentiel de détection des cas prévalents.

Si l'approche mixte est mise en place pour repérer, il est probable qu'une personne âgée en perte d'autonomie significative soit repérée plus d'une fois lors de ses différents contacts avec le réseau. Un moyen de communication informatisé efficace est évidemment un soutien très précieux dans un tel processus de repérage. Selon l'endroit où se présente la personne âgée, avoir accès à l'information clinique la concernant permet de savoir si elle est connue du réseau, si son état d'autonomie a été évalué récemment, ou si son état a pu changer significativement depuis la dernière évaluation. On peut alors déterminer s'il est adéquat d'effectuer le repérage. En cas de doute, le peu de temps requis pour l'utilisation du questionnaire justifie son administration.

### **Où utiliser l'outil de repérage ?**

La première étape pour répondre à cette question consiste à identifier quelles sont les portes d'entrée dans le réseau de la santé et des services sociaux (approche opportuniste), ainsi que les événements sanitaires qui rassemblent plusieurs personnes âgées en les mettant en contact régulier avec le réseau (approche systématique). On peut par exemple profiter du temps « captif » d'une salle d'attente dans un service. En ciblant les endroits où il y a le plus grand volume de personnes âgées, on maximise le potentiel de détection de la perte d'autonomie significative.

La région sherbrookoise (située en Estrie, au Québec) a mis en place l'approche mixte de repérage chez les 75 ans et plus. Le questionnaire PRISMA-7 est également en implantation dans la plupart des régions du Québec, principalement au guichet unique des Centres locaux de services communautaires (CLSC) et dans quelques urgences. Nous présentons dans la section suivante quelques exemples d'implantation du repérage qui ont été effectués en Estrie. La région compte près de 300 000 habitants, dont 42 000 personnes de 65 ans et plus, près de 22 000 de 75 ans et plus.

### **Les expériences en cours avec le PRISMA-7**

L'outil devient progressivement utilisé en plusieurs lieux de consultation et en différents moments. En Estrie, dans chaque territoire de CLSC il y a un Guichet unique pour l'accueil et l'orientation des personnes âgées où l'orientation est dorénavant progressivement effectuée à l'aide de l'outil. La plupart des urgences du territoire font du repérage avec l'outil, notamment les urgences de Coaticook et du CHU de Sherbrooke (CHUS). Ce dernier a un rôle d'hôpital

local pour la ville de Sherbrooke (environ 150 000 personnes) et la région de Coaticook notamment (plus de 16 000 personnes), un rôle régional pour l'Estrie et supra-régional pour certains soins tertiaires spécialisés. On y dénombre plus de 10 000 visites aux urgences annuellement, chez les 75 ans et plus.

À Sherbrooke, le PRISMA-7 est également utilisé durant les campagnes annuelles de vaccination des personnes âgées contre l'influenza, ce qui constitue une belle opportunité d'effectuer un repérage quasi-systématique. Quelques services, comme les cliniques préparatoires à la chirurgie du CHUS (cueillette de données avant une chirurgie électorive, prélèvements, préparation de la sortie d'hôpital, etc.), ont débuté l'implantation durant l'année 2006. L'utilisation potentielle est envisagée dans d'autres cliniques externes (ex. Clinique du diabète) ou encore dans les salles d'attente en cabinet de médecin privé (appelés « cabinet de médecin de ville » en France). Les infirmières des Groupes de médecins de famille (GMF) réfèrent également des personnes âgées repérées positives au PRISMA-7 au Guichet unique, tout comme le Centre de réadaptation Estrie, et plusieurs organisations dispensant des services d'entretien domestique.

## **L'implantation du processus de repérage**

### **Au Guichet unique**

L'implantation d'un mécanisme de repérage a entraîné une réflexion sur les contacts menant à une évaluation de l'autonomie, en CLSC. Une fois le PRISMA-7 administré, où sont compilées les informations, quel intervenant va devoir évaluer la personne âgée repérée positive. Lors d'un contact d'une personne âgée au Guichet unique, il faut tout d'abord vérifier si l'usager est connu du réseau, s'il est suivi par les services de soutien à domicile, s'il a été évalué récemment, sinon effectuer le repérage. Après trois années, les gestionnaires en place à Sherbrooke qualifient le repérage de quasi-complet à 100 %, pour les usagers qui doivent faire l'objet de repérage.

### **Aux urgences**

Le repérage aux urgences du CHUS a suivi les travaux régionaux sur les personnes âgées en perte d'autonomie. Il s'en est dégagé un consensus sur les priorités, dont le dépistage et le repérage. Les réflexions suscitées par les travaux du Conseil consultatif national sur les urgences, les problèmes d'engorgement des urgences et la forte proportion de clientèle âgée qui s'y présente ont également fait en sorte que de nouvelles voies devaient être tentées. Le repérage aux urgences et la référence au CLSC semblaient alors mûrs pour une expérimentation.

Différents facteurs ont influencé l'implantation du repérage aux urgences du CHUS. L'engagement de la direction de l'établissement et le leadership de la direction des soins infirmiers et de la qualité (DSIQ) ont bien sûr marqué l'implantation. Les infirmières des urgences ont manifesté des réticences au

départ, mais elles ont ensuite progressivement adhéré à l'idée du repérage. La crainte de l'ajout d'un instrument et des questionnements sur la pertinence d'effectuer un tel repérage aux urgences ont été présents. Dans les discussions, le questionnement a notamment porté sur la manière de procéder. De concert avec la DSIQ et la direction des opérations et partenariats cliniques, la décision d'inclure les questions du PRISMA-7 dans l'instrument d'orientation a facilité le processus. Nous avons monitoré dans quelle mesure la section du PRISMA-7 dans l'instrument d'orientation a dûment été complétée, afin de suivre l'implantation.

Aux urgences des deux sites du CHUS, l'utilisation du PRISMA-7 a débuté en mai 2005. Une portion d'environ 10 à 20 % de la clientèle faisait l'objet de repérage au début, pour augmenter jusqu'à 50 à 60 % selon le site (graphique 22.1). L'augmentation est lente mais continue et graduelle pour l'un des sites, tandis que des fluctuations plus importantes sont observées dans l'autre, mais obtenant à l'occasion près de 70 % de la clientèle faisant l'objet de repérage. On observe que le pourcentage d'implantation semble plafonner autour de 50 % à l'été 2006 mais cela coïncide avec la période des vacances, pendant laquelle du personnel remplaçant est davantage en fonction.

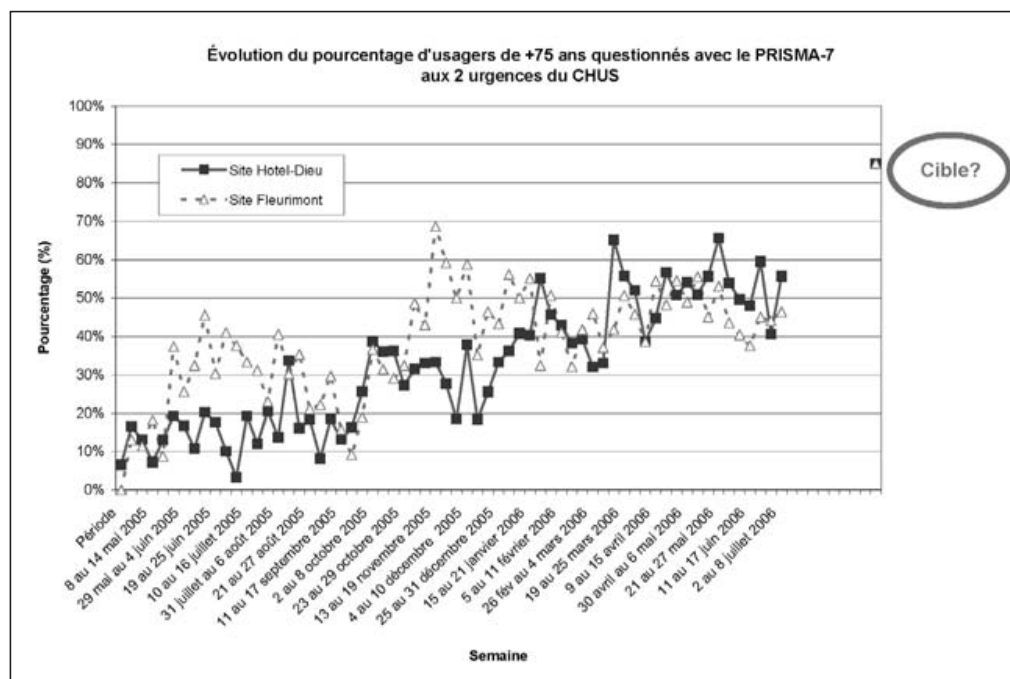
Quelle est la cible à atteindre en termes de pourcentage de clientèle repérée ? Objectivement et cliniquement, l'objectif n'est pas de 100 %. S'il est évident qu'il est inadéquat de faire du repérage quand la visite à l'urgence a pour motif un constat de décès, on peut également en arriver à la même conclusion dans un cas d'accident vasculaire cérébral (AVC) ou d'une fracture du membre inférieur. L'état d'autonomie risque de changer drastiquement suite à cette condition clinique. De plus, l'usager sera hospitalisé et son autonomie sera évaluée. Dans d'autres situations, il peut être impossible d'effectuer un repérage, par exemple suite à un traumatisme crânien, à un trouble délirant paranoïde, à un infarctus, à un usager avec troubles cognitifs (maladie d'Alzheimer, par exemple) et non accompagné. Les données examinées durant une période moyenne du printemps 2006 nous indiquent que 12 à 15 % des consultations sont pour les raisons mentionnées ci-dessus, ce qui porterait la cible à atteindre autour de 85 %. À partir du moment où l'on atteint déjà autour de 50 % de la clientèle faisant l'objet de repérage, on peut donc conclure qu'actuellement  $50/85 = 59\%$  de la cible est atteinte.

Durant cette même période du printemps 2006, nous avons examiné s'il y avait des différences entre les personnes faisant l'objet de repérage ou non. On y a observé qu'il n'y a pas de différence statistique pour l'âge, la moyenne étant de 82,5 ans pour les usagers avec repérage, *versus* 81,6 ans pour les usagers sans repérage ( $p = 0,198$ ). Il n'y a pas de différence pour le sexe non plus, 63,9 % de femmes pour les usagers avec repérage, *versus* 61,9 % sans repérage ( $p = 0,761$ ). On n'observe donc pas de différence sur ces deux variables qui constituent deux des questions du PRISMA-7. Par contre, à l'usage, la clientèle âgée qui se retrouve sur civière à l'urgence semble être celle où il y a le plus de

repérage effectué, on profite du contexte où l'utilisateur séjourne plus longtemps à l'urgence.

Graphique 22.1

### Évolution du % de clients de 75 ans et plus questionnés avec le PRISMA-7 aux urgences du CHUS les 15 premiers mois d'implantation



Tel que mentionné précédemment, afin de faciliter l'implantation à Sherbrooke, on y a jumelé le repérage aux campagnes annuelles de **vaccination** contre l'influenza de manière progressive. À l'automne 2003, les personnes de 85 ans et plus ont été ciblées à Sherbrooke. Depuis 2004, le repérage est fait avec les 75 ans et plus.

En Estrie, il a également été tenté de faire du repérage par des bénévoles de la Popote roulante (repas livrés à domicile). Le repérage positif était transmis au Guichet unique du CLSC après signature d'un formulaire de consentement par la personne âgée. Cependant, les bénévoles éprouvaient un malaise à transmettre ainsi des informations sensibles sur l'autonomie d'une personne qu'elles ne voyaient qu'à l'occasion. De leur côté, les personnes âgées hésitaient à signer le consentement. Cette option a finalement été mise de côté.

Durant l'implantation du PRISMA-7 en ces différents lieux/moments en Estrie, nous avons pu observer quelques marqueurs d'un stade de maturité du repérage. On constate que le processus est relativement implanté quand deux repérages positifs en différents endroits pour une même personne âgée sont signalés, avant même que l'évaluation ait eu lieu. La présence de deux repérages positifs constitue d'ailleurs un facteur de priorisation de l'évaluation (et non



pas le score lui-même avec l'outil PRISMA-7). Également, lorsque le seuil de quatre oui et plus est utilisé, après quelques temps les cliniciens ont l'intuition clinique qu'ils laissent échapper certains cas prévalents. Il est alors temps de changer de seuil, et de passer de quatre à trois oui et plus. On diminue la spécificité, mais on augmente ainsi la sensibilité de l'instrument jusqu'à 78 % (tableau 22.1).

### **Que faire des personnes repérées positives ?**

Une fois les personnes repérées positives, que faire ? C'est simple, il faut alors procéder à une évaluation plus approfondie de l'autonomie et de la situation biopsychosociale, et à l'orientation au besoin vers les services requis. À noter que le PRISMA-7 n'est pas un instrument de priorisation des interventions. L'évaluation (qui doit suivre un repérage positif) détermine les interventions requises, et la priorisation relève d'autres critères comme l'aspect urgent des interventions requises et les ressources disponibles.

Si le repérage a lieu aux urgences, qui et où devrait se faire l'évaluation de l'autonomie ? Évidemment, un réseau coordonné, intégré, fait en sorte que ces questions ont déjà été répondues. D'abord, il est nécessaire de faire un portrait de la logistique en vigueur dans la région, les organisations en place, les services concernés, les intervenants impliqués. À l'heure actuelle, qui évalue les personnes qu'on croit en perte d'autonomie significative ? Sur quels critères dirige-t-on actuellement une personne pour évaluation ? Y a-t-il une liste d'attente ? Une concertation entre les services, établissements et intervenants permet ensuite d'organiser la logistique d'évaluation, de suivi et de relance.

Lorsque survient un repérage positif, à qui devrait être transmise l'information ? Au Québec, le Guichet unique du CLSC tient cette fonction pour un territoire. En France, le CLIC peut-il remplir ce rôle ? La logistique de l'évaluation doit évidemment s'organiser avant que le repérage débute. Le CHUS, par exemple, exerce un rôle d'hôpital régional pour sept territoires de CLSC, incluant la ville de Sherbrooke. Lorsqu'une personne est repérée par le questionnaire à l'urgence, l'information est acheminée à l'infirmière de l'équipe de gériatrie. Si la personne est hospitalisée, l'évaluation est habituellement faite par l'équipe de gériatrie avant la sortie d'hôpital. Si la personne repérée positive est retournée à domicile après la consultation à l'urgence, l'information est transmise par courriel sécurisé au Guichet unique du CLSC correspondant. Pas question qu'il y ait un destinataire durant certaines heures, puis un autre le soir, et encore un autre pendant les vacances. Le destinataire est le Guichet unique, et l'intervenant de fonction fait un retour d'information au CHUS dans les jours qui suivent à savoir si cette personne est connue du service de soutien à domicile, ce qui va être organisé pour cette personne (usager connu, suivi et évaluation « récente », ré-évaluation si évaluation non récente, ou évaluation si usager inconnu du CLSC).

Une question fréquente, durant la planification de **l'implantation** de l'outil, est de savoir quelle sera la quantité de personnes âgées à évaluer. Serons-nous submergés brusquement de demandes d'évaluation ? L'expérience en Estrie nous indique que ce n'est pas le cas, comme le graphique 22.1 en témoigne. L'implantation graduelle permet le rodage de l'équipe d'évaluation. Bien évidemment, tout changement de pratique ne se fait pas sans difficultés et ajustements, inévitables accompagnateurs du changement.

## Conclusion

Le repérage entraîne la coordination et l'intégration des services. L'intégration des services appelle aussi le repérage puisqu'il devient évident que ne pas faire de repérage repousse au lendemain un problème qui ne va que grandir, et requérir davantage de temps, d'énergie, avec moins de résultats. Quand des intervenants d'un territoire se concertent et réalisent qu'il n'y a aucun gain à ne pas être proactifs devant la perte d'autonomie significative, une réelle approche populationnelle se met en place. Celle-ci imprime une responsabilité collective qui consiste à faire son travail dans son champ et son service respectif, tout en étant lié avec les efforts des autres. Selon quelques auteurs, la coordination des services, le repérage et la prévention des incapacités font partie des valeurs centrales de la gériatrie et en sont aussi le futur<sup>(33, 34)</sup>.

Suite à l'implantation du RISPA en Estrie dans l'étude PRISMA, certains effets significatifs observés pourraient être attribuables à l'introduction du repérage. En effet, on y a constaté une réduction de 14 % ( $p \leq 0,001$ ) de l'incidence de perte d'autonomie durant la quatrième année de l'étude. Cet effet était inattendu mais il coïncide avec l'introduction du processus de repérage. Ce processus n'était pas prévu à l'origine du projet, et semble à l'heure actuelle l'explication la plus plausible aux résultats obtenus.

Chose certaine, dans les milieux qui font du repérage, un commentaire souvent entendu des intervenants porte sur le fait que repérer permet d'éviter d'être interpellés surtout en situation d'urgence, devant une perte d'autonomie qui vient de s'accroître suite à un épisode de santé aigu, et en présence d'aidants naturels qui ont atteint un degré d'épuisement important. La marge de manœuvre pour les interventions est augmentée par le repérage. Les intervenants ne retourneraient plus en arrière où aucun repérage n'était effectué.

## Remerciements

À toutes les personnes âgées qui ont participé aux études de développement et validation de l'outil. À Lucie Bonin, pour ses questions toujours essentielles et orientées sur la pratique, sur le repérage et l'organisation des services. Aux infirmières des urgences et de la Clinique préparatoire à la chirurgie du CHUS, et du Guichet unique du CSSS-IUGS, pour leur implication à identifier les personnes âgées dont on ignore trop souvent l'état d'autonomie. À Carole Tardif

du CSSS-IUGS, pour son éclairage indispensable sur le repérage au Guichet unique. Enfin, à tous les intervenants qui font du repérage et qui nous ont alimenté de leurs questions pertinentes et de leurs commentaires judicieux.

## Références

1. Hébert, R., Brayne, C. et Spiegelhalter, D. Incidence of functional decline and improvement in a community-dwelling, very elderly population. *Am J Epidemiol* 1997 ; 145 : 935-44.
2. Colin, C. et Coutton, V. Le nombre de personnes âgées dépendantes d'après l'enquête handicaps-incapacités-dépendance. *Études et résultats – Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*. Ministère de l'Emploi et de la solidarité de la France 2000 ; 94 : 1-8.
3. 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. *J Psychiatr Res* 1975 ; 12 :189-98.
4. Raïche, M., Hébert, R., Prince, F. et Corriveau, H. Screening older adults at risk of falling with the Tinetti balance scale. *Lancet* 2000 ; 356 : 1001-2.
5. Payette, H. Nutrition as a determinant of functional autonomy and quality of life in aging : a research program. *Can J Physiol Pharmacol* 2005 ; 83 : 1061-70.
6. Recognising disability [Editorial]. *Lancet* 1991 ; 338 : 154-5.
7. Ebrahim, S. Disability in older people : a mass problem requiring mass solutions. *Lancet* 1999 ; 353 : 1990-2.
8. Stuck, A.E., Beck, J.C. et Egger, M. Preventing disability in elderly people. *Lancet* 2004 ; 364 :1641-2.
9. Ferruci, L., Guralnik, J.M., Studenski, S. et al. Designing randomized, controlled trials aimed at preventing or delaying functional decline and disability in frail, older persons : a consensus report. *J Am Geriatr Soc* 2004 ; 52 : 625-34.
10. Kasper, J.D., Shapiro, S., Guralnik, J.M., Bandeen-Roche, K.J. et Fried, L.P. Designing a community study of moderately to severely disabled older women : the Women's Health and Aging Study. *Ann Epidemiol* 1999 ; 9 : 498-507.
11. Hébert, R. et le groupe PRISMA. L'intégration des services aux personnes âgées : une solution prometteuse aux problèmes de continuité. *Santé, société et solidarité - Revue de l'Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité* 2003 ; Numéro hors série : 67-76.
12. 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* (www.ijic.org) 2003 ; 3 (march) :1-10.
13. Raïche, M. et Hébert, R. Coordination des services aux personnes âgées en France et au Québec : enjeux, expériences et champs de recherche traitant de leur évaluation. *Santé, société et solidarité - Revue de l'Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité* 2003 ; Numéro hors série : 57-66.
  14. Muir Gray, J.A., Almind, G., Freer, C. et Warshaw, G. Screening and case finding. In : Muir Gray JA, ed. *Prevention of disease in the elderly*. New York : Churchill Livingstone ; 1985 : 51-63.
  15. Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. Plan d'action 2005-2010 – Un défi de solidarité : les services aux aînés en perte d'autonomie. Québec : 2005.(<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/28518fb11a0a47f7852570ab00546f83?OpenDocument>)
  16. 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 : 890-3.
  17. Lachs, M.S., Feinstein, A.R., Cooney, L.M. Jr et al. A simple procedure for general screening for functional disability in elderly patients. *Ann Intern Med* 1990 ; 112 : 699-706.
  18. Mateev, A., Gaspoz, J.M., Borst, F., Waldvogel, F. et Weber, D. Use of a short-form screening procedure to detect unrecognized functional disability in the hospitalized elderly. *J Clin Epidemiol* 1998 ; 51 : 309-14.
  19. Bowns, I., Challis, D. et Tong, M.S. Case finding in elderly people : validation of a postal questionnaire. *Brit J Gen Pract* 1991 ; 41 : 100-4.
  20. McCusker, J., Bellavance, F., Cardin, S. et Trepanier, S. Screening for geriatric problems in the emergency department : reliability and validity. Identification of Seniors at Risk (ISAR) Steering Committee. *Acad Emerg Med* 1998 ; 5 : 883-93.
  21. McCusker, J., Bellavance, F., Cardin, S., Trepanier, S., Verdon, J. et Ardman, O. Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit : the ISAR screening tool. *J Am Geriatr Soc* 1999 ; 47 : 1229-37.
  22. Brody, K.K., Johnson, R.E., Ried, L.D., Carder, P.C. et Perrin, N. A comparison of two methods for identifying frail Medicare-aged persons. *J Am Geriatr Soc* 2002 ; 50 : 562-9.
  23. 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 : 159-67.

24. Dendukuri, N., McCusker, J. et Belzile, E. The identification of seniors at risk screening tool : further evidence of concurrent and predictive validity. *J Am Geriatr Soc* 2004 ; 52 : 290-6.
25. 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. *J Clin Epidemiol* 1996 ; 49 : 373-81.
26. 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.
27. Raïche, M., Hébert, R. et Dubois, M.-F. PRISMA-7 : A case-finding tool to identify older adults with moderate to severe disabilities. Submitted. Note de l'auteur: après la publication du texte dans la *Revue de gériatrie* au printemps 2007, cet article soumis a été accepté et est sous presse dans *Archives of Gerontology and Geriatrics*.
28. Dubuc, N., Hébert, R., Desrosiers, J., Buteau, M. et Trottier, L. Disability-based classification system for older people in integrated long-term care services : the Iso-SMAF profiles. *Arch Gerontol Geriatr* 2006 ; 42 : 191-206.
29. Hébert, R., Carrier, R. et Bilodeau, A. Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). *Revue de gériatrie* 1988 ; 14 :161-167.
30. 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 : 402-6.
31. Hébert, R., Spiegelhalter, D. et Brayne, C. Setting the minimal metrically detectable change on disability rating scales. *Arch Phys Med Rehabil* 1997 ; 78 : 1305-8.
32. Raïche, M., Hébert, R., Dubois, M.-F. et les partenaires PRISMA. Guide d'utilisation du questionnaire PRISMA-7 pour le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave. In : Hébert, R., Tourigny, A., Gagnon, M., ed. *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*. Québec : Edisem ; 2004 : 153-75.
33. American Geriatrics Society Core Writing Group of the Task Force on the Future of Geriatric Medicine. Caring for older americans : The future of geriatric medicine. *J Am Geriatr Soc* 2005 ; 53 Suppl 6 :S245-S256.
34. Leichsenring, K. Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated Care* (www.ijic.org) 2004 ; 4 (sept) :1-15.

# Chapitre 23

## Estimation des ressources en gestion de cas dans un territoire

---

Anne Veil, Réjean Hébert

---

### Points saillants

Cet article décrit une méthode d'estimation des ressources requises en gestion de cas qui répond au besoin des gestionnaires et décideurs quant à l'établissement de balises pour l'allocation des ressources requises en gestion de cas. Cette méthode tient compte des modèles d'intervention en gestion de cas, des modèles d'insertion organisationnelle de la fonction, ainsi que des limites actuelles des grandes banques de données populationnelles lorsqu'on veut dresser un portrait des personnes âgées en perte d'autonomie sur la base de leur milieu de vie et de leur profil de perte d'autonomie.

La méthode proposée permet de bien comprendre les divers modèles de gestion de cas, de situer les charges de cas des gestionnaires de cas à la fois dans les territoires d'expérimentation du projet PRISMA-Estrie et dans la littérature et d'asseoir ainsi la méthode de calcul sur des bases empiriques.

Les résultats de l'application de cette méthode prévalent pour des modèles cliniques de gestion de cas (intervention directe auprès du client et de ses aidants), où les rôles et responsabilités sont partagés entre la coordination de services en majeure et, en mineure, certains actes propres à la profession d'origine (souvent service social ou soins infirmiers). La charge de cas prescrite est de 40 à 45 cas et le taux de roulement annualisé de 25 %. Les proportions de personnes âgées dans les différents milieux de vie sont établies en lien avec leur profil de perte d'autonomie, ce qui permet d'estimer le nombre de personnes âgées vivant dans la communauté admissibles à la gestion de cas et aux services de soutien à domicile.

### Introduction

Dans l'exercice d'estimation du nombre de gestionnaires de cas (GC) requis dans un territoire donné et de leur charge de cas, il y a deux grandes catégories de facteurs à considérer. Le premier ensemble de facteurs touche l'approche d'intervention ainsi que l'ensemble des éléments qui caractérisent le rôle des gestionnaires de cas. Selon les choix des dirigeants de leur organisation d'appartenance, les GC peuvent adopter un rôle plus administratif ou un rôle

essentiellement clinique. Ils peuvent desservir une clientèle homogène (perte d'autonomie modérée à grave, besoin de suivi à long terme) ou ils peuvent cumuler les activités de gestion de cas (coordination de services) et leurs activités cliniques habituelles tant auprès de clients admissibles à la gestion de cas, que de ceux qui ne le sont pas (clientèles hétérogènes). Ces différents aménagements de la fonction, déterminent la capacité des gestionnaires de cas à remplir le rôle attendu d'eux. Les gestionnaires de cas cumulent également d'autres tâches organisationnelles et administratives qui requièrent une partie de leur temps (réunions, formation, présences à des comités, statistiques, etc.). Le temps voué aux interventions directes et indirectes au bénéfice de leur clientèle, par rapport aux autres activités ou responsabilités, n'est pas une information qui a été colligée dans le cadre de l'étude d'implantation Prisma-Estrie.

Le second ensemble de facteurs à considérer regroupe les facteurs organisationnels ou administratifs autour de la gestion de cas. Soulignons d'abord celui qui concerne le « triage » des clientèles, c'est-à-dire la façon dont on détermine l'accès de clients ciblés à un service. En effet, plus les critères d'admissibilité à la gestion de cas sont restrictifs, plus on diminue la proportion de personnes âgées vivant dans la communauté avec une perte d'autonomie qui peut être rejointe spécifiquement par ce service. Un autre facteur à considérer est la charge de cas des GC, qui devrait permettre à la fois de tenir compte de l'achalandage croissant des personnes âgées et de l'objectif d'offrir un service de qualité. Le fait de toujours maintenir le dossier ouvert en gestion de cas, jusqu'au placement, au décès ou au déménagement de la personne comporte un effet direct sur le rythme de remplacement (taux de roulement) des cas suivis – le modèle Prisma implanté en Estrie prévoyait de maintenir le dossier ouvert, même lorsque la personne âgée se rétablissait ou que sa situation se stabilisait.

Toutes ces questions soulèvent des enjeux liés à l'allocation locale et régionale des ressources, à l'organisation des services, à la qualité des services et, en bout de ligne, à la capacité du système à desservir une population âgée grandissante. Puisque ces éléments fondamentaux vont déterminer dans quelle mesure la gestion de cas rejoint sa clientèle et la hauteur des ressources requises pour atteindre les objectifs, nous proposons une méthode d'estimation qui a été construite au fur et à mesure que nos connaissances sur les réalités du terrain s'amélioraient. Une première version, élaborée à partir des données disponibles suite à l'expérimentation des Bois-Francs en Mauricie/Centre du Québec, a posé les premiers jalons de la méthode. Du fait que l'implantation du réseau intégré en Estrie avait une approche populationnelle et devait se confronter aux conditions réelles des organisations, la méthode a été révisée en tenant compte des modèles de gestion de cas, de leur insertion organisationnelle, ainsi que de l'approche d'intervention, la charge de cas et les critères d'admissibilité. Une recension d'écrits a permis de situer l'expérience estrienne parmi d'autres modèles.

Le but de la démarche consiste à établir la cible à atteindre par la gestion de cas en termes de nombre de personnes âgées à desservir et nombre de gestion-

naires de cas requis. Le présent chapitre expose donc des données pertinentes issues de l'expérience d'implantation de la gestion de cas en Estrie et explicite les balises qui servent à la méthode de calcul du nombre de gestionnaires de cas requis en « équivalents temps complet » (ETC) dans un territoire donné, tenant compte d'une charge de cas optimale. Une condition toutefois à l'utilisation de cette méthode : elle ne saurait être transférable à d'autres territoires sans d'abord s'assurer de la comparabilité des modèles de gestion de cas.

## Objectifs

Cet exercice répond à un besoin maintes fois exprimé par les gens du milieu à l'effet d'obtenir des balises sur lesquelles s'appuyer pour déterminer les ressources de gestion de cas requises pour desservir adéquatement une population âgée en perte d'autonomie modérée à grave. C'est le propre des innovations de n'avoir que peu de repères comparatifs disponibles, ce qui place l'expérimentation en cours, à la fois en situation de recherche et de développement de repères. Le contexte du vieillissement accéléré de la population du Québec constitue une motivation supplémentaire à compléter une telle démarche puisqu'elle pourra être utilisée pour planifier les ressources nécessaires dans l'avenir. L'exercice peut aisément être adapté à d'autres régions ou territoires qui implantent des modèles semblables.

La présente estimation est formulée en tenant compte de la nécessité que les GC aient une charge de cas limitée mais optimale et du besoin que la fonction du gestionnaire de cas soit mieux circonscrite (approches, modèles de rôle, modèles d'insertion organisationnelle, charges de cas). Pour atteindre nos objectifs, nous devons d'abord clarifier ces notions autour des modèles de gestion de cas, puis établir le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus qui vivent dans la communauté avec une perte d'autonomie modérée à grave et qui représentent la clientèle ciblée par la gestion de cas.

## Méthodologie

Cette méthode d'estimation du nombre requis de gestionnaires de cas a été élaborée en considérant le modèle hybride de gestion de cas qui suppose de desservir une clientèle homogène de personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave et d'adopter un rôle clinique avec majeure en coordination de services. Ces modalités permettent d'atteindre un standard d'intervention propre à la gestion de cas. Selon nos mesures et observations, ce modèle a été celui qui permettait de mieux établir le rôle de gestionnaire de cas tout en assurant une meilleure efficacité et une meilleure continuité des services.

Pour atteindre notre objectif, nous utilisons deux principales sources d'information : la littérature nationale et internationale sur la gestion de cas (approches, modèles, charges de cas) ainsi que certaines données pertinentes tirées de deux études d'implantation effectuées au Québec dans des conditions



similaires (Bois-Francs et Estrie), c'est-à-dire de projets innovateurs dont les milieux avaient besoin pour résoudre des problèmes réels dans les services aux personnes âgées. Outre l'information sur les approches et les modèles de gestion de cas, d'autres données sont requises pour concrétiser la démarche : 1) des statistiques annuelles ajustées sur le dénombrement de la population âgée de 65 ans et plus pour chaque territoire ; 2) la cible de la gestion de cas dans la population âgée en perte d'autonomie modérée à grave qui vit dans la communauté (profils Iso-SMAF) ; 3) la charge de cas moyenne observée sur le terrain et celle rapportée dans la littérature.

## Modèles de gestion de cas

### Recension des modèles de gestion de cas

Plusieurs auteurs ont décrit certains aspects du fonctionnement de la gestion de cas pour la clientèle des personnes âgées. C'est justement ce qui a incité Long<sup>1</sup> à établir une typologie des fonctions des gestionnaires de cas qu'il classifiait en deux grandes catégories : les modèles dont le but principal est d'effectuer un contrôle de l'achalandage, des coûts, de l'utilisation des services (*gate-keeping*) et les modèles orientés surtout sur la qualité des soins, la prévention de la perte d'autonomie, le soutien des aidants. Scharlach<sup>2</sup> identifiait une catégorie de plus, la fonction de liaison, à laquelle sont associées les diverses formules de courtage (*brokerage model*). Outre cette formule, il décrit deux autres types de modèles, distincts quant aux objectifs poursuivis. Le modèle du *Managed Care*, aussi dénommé modèle du garde-barrière (*gate-keeper*), vise le contrôle de l'utilisation des services et des coûts. Le modèle d'intégration (*Integrated Model*), à visée clinique, cherche à prévenir la progression de la perte d'autonomie en utilisant une approche multidisciplinaire. Pour chacun d'eux, on note une charge de cas décroissante, le modèle de courtage ayant des charges de cas élevées et celui de l'intégration ayant de plus petites charges de cas.

### Typologie des modèles de gestion de cas

L'étude que nous avons effectuée sur les divers modèles de gestion de cas permet d'apparier plusieurs modèles à la typologie de Long et de Scharlach. Le tableau 23.1 permet de mieux comprendre ce qui distingue les modèles les uns par rapport aux autres et de saisir où se situe celui qui a été implanté en Estrie.

### Description de certains modèles de gestion de cas

Lorsqu'on examine la littérature portant sur les personnes âgées et la santé mentale, on retrouve divers modèles de gestion de cas selon le milieu de pratique et les problématiques : 1) en milieu hospitalier, où des infirmières gestionnaires de cas sont chargées de coordonner les trajectoires de soins et les procédures administratives autour du congé et alors les clients ne sont pas exclusivement des

Tableau 23.1

**Typologie de modèles de gestion de cas auprès de personnes âgées\***

<b>Variables</b>	<b>Modèles de liaison</b> <i>(brokerage models)</i>	<b>Modèles administratifs</b> <i>(gate keeping models)</i>	<b>Modèles cliniques</b> <i>(integrated models)</i>
Exemples de programmes décrits par des chercheurs :	<i>Centralized Individual Model</i> (Eggert <sup>3</sup> ) <i>Brokerage Model</i> (Zawadski in Long <sup>1</sup> )	<i>Financial Control Model</i> (Phillips <sup>4</sup> ) <i>Managed Care</i> (Scharlach <sup>2</sup> , Capitman in Scharlach <sup>2</sup> )	<i>Clinical Case Management</i> (Scharlach <sup>2</sup> ) Neighborhood Team Model (Eggert <sup>3</sup> ) <i>Basic Case Management Model</i> (Phillips <sup>4</sup> )
1. But principal	Liaison entre clients et pourvoyeurs de services. Éviter les obstacles d'accès et la duplication des services.	Promouvoir l'utilisation de services appropriés mais moins coûteux. Contrôler l'utilisation et les coûts des services.	Modèle d'intégration à dominance clinique, vise la prévention de la perte d'autonomie à l'intérieur d'un réseau établi de pourvoyeurs de services. Contrer les effets de la fragmentation des services.
2. Population ciblée	Toute personne avec problème fonctionnel. Pas de risque d'institutionnalisation.	Toute personne avec problèmes médicaux ou fonctionnels qui risque de nécessiter des services coûteux.	Personnes avec incapacité significative, avec besoins complexes et évolutifs, pouvant mener à l'institutionnalisation. Soutien aux aidants.
3. Autorité du GC	Aucune autorité sur la prestation des services.	Autorité élevée pour approuver ou restreindre l'utilisation des services.	Autorité partagée entre le GC et l'équipe interdisciplinaire.
4. Approche	Logistique	Administrative	Clinique, globale, centrée sur le client ; facilite l'utilisation du système.

Tableau 23.1 (suite)

**Typologie de modèles de gestion de cas auprès de personnes âgées\***

<b>Variables</b>	<b>Modèles de liaison</b> ( <i>brokerage models</i> )	<b>Modèles administratifs</b> ( <i>gate keeping models</i> )	<b>Modèles cliniques</b> ( <i>integrated models</i> )
5. Fonctions du GC	Évaluation et mise en place du plan de services par courtage. Dans certains modèles, l'évaluation est déléguée. Pas de visite à domicile.	Évaluation, mise en place du plan de services, suivi sur une période de temps limitée. Assure l'application de règles et critères d'accès.	Interventions directes en face à face avec le client et sa famille, interventions indirectes incluant <i>counseling</i> et autres tâches cliniques ; coordonne l'effort multidisciplinaire. Défense des intérêts du client.
6. Charge de cas	Élevée (1 : 60 et plus). Le <i>Centralized Model</i> répertorie 120 à 150 cas par GC.	Plus élevée que dans les modèles cliniques ; jusqu'à 60 cas par GC.	Moins élevée. Plusieurs modèles indiquent entre 40 et 50 cas par GC.
7. Intensité des services	Horizon court terme pour solutionner le problème ; GC passe peu de temps avec les clients.	Horizon court terme pour solutionner le problème ; pendant cette période, les services peuvent être intensifs.	Services à long terme selon l'évolution des besoins ; services dits intensifs car requièrent davantage le temps du personnel en comparaison des autres modèles.

\* Typologie issue des travaux de Long<sup>1</sup> et de Scharlach<sup>2</sup>.

personnes âgées ; 2) des gestionnaires de cas qui travaillent au domicile des personnes âgées, dans la communauté, et qui sont surtout des travailleurs sociaux et des infirmières dont la grande majorité possèdent un baccalauréat ou une maîtrise dans leur discipline ; 3) des gestionnaires de cas du secteur de la santé mentale dont les formations sont très variées et qui travaillent dans la communauté.

La définition des contours précis des interventions effectuées par les gestionnaires de cas n'est pas homogène dans la littérature américaine<sup>5</sup>. La première raison en est qu'il s'agit d'une profession d'émergence relativement récente. Il faut considérer aussi les particularités du système d'assurance-santé aux USA, qui font ressortir l'importance de rôles reliés à l'application de connaissances en économie, fiscalité et en stratégies de négociation et d'évaluation, qui ne ressortent pas au Canada, principalement à cause du régime d'accès universel aux services de santé. Souvent les études américaines rapportent que les infirmières GC s'estiment en besoin de formation pour bien remplir toutes les facettes du rôle de GC et croient que la pratique de ces nouvelles fonctions

relève d'une nouvelle identité professionnelle. Enfin, certains articles émanant de divers pays<sup>6</sup> rapportent les attentes de différents acteurs, clients ou intervenants face à la gestion de cas, ce qui complexifie encore la comparaison.

Dans un article récent, Enguidanos et al.<sup>7</sup> décrivent quatre modèles de gestion de cas auprès de la clientèle gériatrique, caractérisés par un niveau variable de suivi et d'appropriation du dossier par les professionnels. Les deux premiers modèles sont de type information-référence et les deux autres sont de type intervention (clinique).

1. Le premier modèle (information-référence) est celui qui nécessite la moins grande implication professionnelle : entrevue téléphonique, renseignements postés, aucun plan de soins n'est offert. Pas de prise en charge, donc pas de charge de cas.
2. Le second modèle propose une intervention à court terme, par téléphone, effectuée par un travailleur social qui a accès à une banque informatisée d'informations sur la personne âgée où sont consignés les services, les diagnostics récents, les médicaments. Son rôle est de faciliter l'accès aux services requis. Il y consacre en moyenne une heure par client par mois. La charge de cas moyenne est de 30 patients et il effectue de l'assistance-référence pour environ 80 patients additionnels chaque mois.
3. Le modèle « Geriatric Care Management » (GCM) est basé sur une gestion de cas effectuée par des professionnel(le)s du domaine infirmier ou du travail social. Les cas sont assignés sur une base géographique. Le gestionnaire de cas procède à une évaluation à domicile, cela permettant entre autres de s'assurer de la sécurité de l'environnement. Il effectue de la coordination de services et du suivi sur une période moyenne de huit mois. Des plans de services sont élaborés autour des problèmes médicaux et psychosociaux, en collaboration avec une équipe incluant notamment un gériatre et un gestionnaire de continuité de soins. L'implication du médecin de famille est plus ou moins prononcée selon la condition du patient. Le gestionnaire de cas passe environ 20 heures pour chaque cas pendant la période moyenne de 8 mois que dure le suivi, ses interventions étant surtout effectuées au début de la prise en charge. La charge de cas moyenne du gestionnaire de cas est de 80 personnes.
4. Le dernier modèle se distingue du précédent par le fait que le gestionnaire de cas peut compter, en plus de l'infrastructure décrite dans le modèle GCM, sur des ressources financières applicables là où le besoin doit être comblé (soins d'hygiène, services d'aide domestique, aide légale, gérance monétaire, équipements médicaux non couverts, transport, répit pour l'aidant et toute autre mesure requise), ce qui permet de compléter et personnaliser l'offre de services en fonction des besoins de la personne âgée. À la disposition des gestionnaires de cas, un programme d'achat de services d'une valeur de 2000\$ US par client. Le GC passe en moyenne de

quatre à six heures par client de plus que le modèle GCM, ce temps étant requis pour mettre en place et suivre les services fournis par l'achat de services. La charge de cas de ce modèle n'est pas précisée.

Ces descriptions de l'intensité variable des interventions du GC en fonction du modèle de services permettent de constater une progression de l'approche utilisée par le gestionnaire de cas, évoluant d'une majeure logistique vers une intervention clinique, de pair avec un enrichissement des mesures disponibles et un accroissement du contrôle sur le choix et la mise en place des services. On remarque un lien entre le degré d'implication du gestionnaire de cas et de l'équipe professionnelle et les besoins d'assistance accrue des clients pour les aider à se diriger et à prendre les décisions appropriées à leur situation. De cette comparaison des modèles se dégage un principe : l'approche doit être choisie en fonction des besoins des personnes et doit évoluer selon la progression de la perte d'autonomie.

Nous l'avons vu dans la littérature, les modèles de prise en charge peuvent varier considérablement, d'où l'importance de choisir celui qui est pertinent pour répondre aux objectifs poursuivis. Les résultats atteints par un modèle de gestion de cas sont dépendants de plusieurs facteurs, dont le choix du rôle à tenir par les gestionnaires de cas et l'approche préconisée, mais également des structures de services déjà en place dans nos communautés (continuum de services) et de la performance de ces structures (taux de pénétration, délais de réponse, qualité du service). La fiche descriptive qui suit nous permet de situer le modèle de gestion de cas implanté en Estrie parmi les modèles cliniques.

#### Fiche descriptive du modèle de gestion de cas implanté en Estrie

**Le modèle PRISMA** d'intégration des services se situe dans la lignée des modèles cliniques d'orientation intégrative, c'est-à-dire que les buts poursuivis sont d'abord centrés sur l'ensemble des besoins du client âgé en perte d'autonomie significative, besoins souvent complexes et changeants. Il vise également une utilisation judicieuse des services, particulièrement ceux qui sont les plus coûteux, et à éviter la duplication. Ce modèle permet justement d'intégrer des objectifs cliniques et systémiques, au sens où il fait la promotion du bon service, au bon moment, par la ressource pertinente.

**Son but** premier vise le maintien de l'autonomie ou du moins la diminution du rythme de la perte d'autonomie et en ce sens, ce modèle est clinique. Certains objectifs liés à l'utilisation judicieuse des services coûteux du continuum démontrent également un intérêt de saine gestion en faveur d'une meilleure utilisation du réseau de services, au sens où la prise de décision sur l'orientation d'une personne dans ce réseau doit reposer sur une information complète et à jour qui permettra d'éviter des trajectoires inutiles particulièrement en milieu hospitalier et dans les services spécialisés. Ce modèle est intégrateur pour deux raisons : 1) il encourage une meilleure coordination entre les services de santé, services sociaux et de réadaptation ; 2) il intègre des objectifs cliniques centrés sur le client avec une perspective systémique qui vise à contrer les impacts négatifs de la fragmentation du réseau de services tant chez les clients que pour le réseau lui-même.

**Clientèle ciblée :** personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave, avec profils Iso-SMAF 4 et plus.

**Autorité du GC sur la prestation de services :** partagée entre le GC, le médecin de famille, les équipes de soins spécialisés et les partenaires du continuum de services.

**Approche :** gériatrique, communautaire, proactive, centrée sur les besoins du client et de son aidant.

**Fonctions :** évaluation globale avec l'outil multicientèle ; conception, planification et mise en place des services requis pour le client et son aidant, tant par des interventions directes (en face à face avec le client et ses proches) que par des interventions indirectes qui visent à coordonner l'effort interdisciplinaire en assurant la cohérence de l'ensemble des interventions ; assurer la défense des intérêts du client.

**Charge de cas :** 40 à 45 clients.

**Intensité des services :** horizon de long terme, intensité ajustée aux besoins évolutifs et changeants de la clientèle âgée en perte d'autonomie modérée à grave.

## Les modèles de rôle implantés en Estrie

Le modèle de coordination de services implanté dans les Bois-Francs et en Estrie s'inspire directement des modèles *Basic Case Management* (Phillips)<sup>4</sup> et *Neighborhood Team* (Eggert)<sup>3</sup>. Au cours de l'implantation du modèle PRISMA toutefois, il a fallu qualifier les différentes façons d'aménager ce modèle, par exemple clarifier le rôle de coordination du gestionnaire de cas par rapport au rôle de sa profession d'origine, ainsi qu'au niveau de la clientèle desservie qui présente soit un même niveau de besoins, soit des niveaux de besoins variés au sein d'une même charge de cas. Précisons que ce type d'aménagement concerne davantage l'insertion organisationnelle de la fonction de gestion de cas que l'approche d'intervention.

Le modèle de gestion de cas implanté en Estrie est inspiré d'un modèle américain conçu selon une orientation clinique à visée intégrative, le *Neighborhood Team*, qui prescrit une meilleure sensibilité aux besoins des patients et des familles, en favorisant une intervention proactive, c'est-à-dire en amont des problèmes, tant ceux des patients que ceux qui relèvent de l'organisation du système de soins, dans l'optique de faciliter l'utilisation des services. Un autre modèle, le *Basic Case Management (BCM)*, est similaire au *Neighborhood Team (NT)* ; il met davantage en évidence l'ensemble des tâches reliées au suivi ainsi que l'intervention de soutien direct auprès des clients et des aidants.

### Comparaison du modèle estrien

Le modèle de gestion de cas implanté en Estrie partage un but commun avec les modèles américains *Basic Case Management* et *Neighborhood Team* : intervenir précocement, en offrant un suivi régulier qui permet d'anticiper les problèmes, ce qui constitue l'essence d'une approche gériatrique proactive. Ces modèles élargissent l'intervention aux proches aidants.

À l'intérieur de modèles comme ceux-ci, les GC ne mettent pas de côté leurs acquis professionnels cliniques antérieurs lorsqu'ils deviennent gestionnaires de cas ; au contraire, ils les maximisent. De plus, l'interdisciplinarité est inhérente au modèle, du fait de la présence de plusieurs services et professionnels différents autour des personnes âgées.

Le modèle PRISMA se démarque quant à la place du médecin, en ce qu'il réserve une place prépondérante aux médecins de famille, puisque la clientèle visée est déjà vulnérable au niveau de la santé physique et mentale. Les médecins de famille, dans le système québécois, sont les professionnels qui doivent systématiquement être identifiés pour chaque dossier assigné en gestion de cas. Leur participation au niveau de la coordination des services médicaux spécialisés est essentielle. Leur collaboration avec les gestionnaires de cas qui sont en mesure d'assurer le maintien à domicile l'est tout autant.

### Rôle des gestionnaires de cas

Le travail de gestionnaire de cas (GC), dans les trois territoires à l'étude, est effectué surtout par des travailleurs sociaux (et des agents de relations humaines – a.r.h.), ainsi que par quelques psychologues et infirmières. Le rôle clinique d'intervention directe auprès du client et des proches aidants constitue une part intrinsèque du rôle du GC qui conserve sous sa responsabilité certains actes propres à sa profession (service social ou soins infirmiers) à condition qu'ils représentent une mineure (< 20 % de la tâche) par rapport aux fonctions centrales d'évaluation, planification d'un plan de services, négociation et coordination des services, suivi systématique, ré-évaluations et révision des services, ainsi que de soutien aux clients et à leurs proches aidants.

Lorsque le rôle de gestion de cas est décrit uniquement par la forme cyclique de ses tâches (évaluation, planification du plan de services individualisé ou PSI, négociation, etc.), toute la partie du rôle professionnel d'aide et de conseil exercé auprès de personnes en perte d'autonomie, souvent malades, anxieuses ou dépressives, se retrouve voilée, amoindrie. Pourtant, la résistance à l'introduction de services chez cette clientèle est un phénomène courant et documenté par Hackstaff<sup>8</sup> : la difficulté d'accepter la perte d'autonomie ainsi que les scénarios prévisibles de la maladie ou de la fin de vie sont des aspects avec lesquels les gestionnaires de cas transigent régulièrement, phénomènes imbriqués aux décisions touchant le fonctionnement quotidien, que ce soit pour l'aide personnelle et domestique, l'achat et l'utilisation des équipements spécialisés, la gestion du budget, le transport, etc. Chacune des activités formelles menées par le

GC est influencée par ces éléments humains et dynamiques qui teintent et complexifient le processus décisionnel.

Du fait de l'importance du rôle de négociation et de coordination avec plusieurs services, l'actualisation des diverses facettes du rôle confié au GC dépend des conditions qui lui sont faites, non seulement à l'intérieur de l'établissement auquel il est rattaché, mais aussi parmi l'ensemble des organisations (services de 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> ligne, médecins, organismes communautaires et entreprises privées, propriétaires de résidences privées, etc.) avec lesquelles le GC doit travailler puisqu'il a la responsabilité de suivre son client où qu'il se trouve. Sa capacité de mettre en œuvre le PSI des clients est conditionnelle aux relations entretenues avec ses partenaires et à l'ouverture manifestée dans leur collaboration.

Le modèle implanté en Estrie est caractérisé par un rôle clinique comprenant une forte composante d'interventions et de relations en face à face et au téléphone avec la clientèle et leur famille, ainsi que plusieurs contacts et négociations avec les dispensateurs de services publics, privés et communautaires. Le GC connaît la situation d'ensemble de son client et peut effectuer les contacts pour mettre en œuvre le PSI et défendre les intérêts de son client (*advocacy*), tout en travaillant dans le sens d'une utilisation judicieuse des services.

### Modèles d'insertion organisationnelle

Il existe différents modèles d'organisation de la fonction de gestion de cas qu'on peut départager selon l'insertion organisationnelle des GC (temps plein ou partiel, clientèles homogènes ou non, cumul de rôles ou non, charges de cas), selon les caractéristiques de la clientèle (niveaux de perte d'autonomie), selon le type de rôle qui leur est confié (clinique, administratif, logistique).

Alignées avec les principes d'une gestion de cas clinique, trois modalités distinctes d'insertion organisationnelle du rôle du GC ont émergé des territoires participant au projet PRISMA-Estrie : le modèle à rôle unique, le modèle hybride et le modèle mixte. Ces modèles d'organisation de la fonction du gestionnaire de cas représentent des modalités de combinaison du rôle professionnel d'appartenance (surtout T.S. ou a.r.h. et infirmier/ère) avec le rôle de coordination de services pour des clientèles homogènes ou hétérogènes. Le service de gestion de cas peut être offert soit de façon concomitante au rôle professionnel habituel, en desservant des clientèles mixtes, soit par une équipe dédiée de GC (unidisciplinaire ou, de préférence, multidisciplinaire) qui intervient auprès d'une clientèle homogène, composée uniquement de personnes admissibles à la gestion de cas.

Le tableau 23.2 qui suit décrit la composition originale de rôles et d'insertion organisationnelle de la nouvelle fonction de gestion de cas, telle que chaque site l'a instaurée. De cette expérience nous retenons que c'est le modèle hybride qui conserve les meilleures chances de succès au Québec, particulièrement lorsque les GC sont regroupés en équipe multidisciplinaire, comprenant des intervenants sociaux et des professionnels du milieu de la santé (infirmière-



res, psychologues, ergothérapeutes ou physiothérapeutes), entretenant des liens étroits avec les médecins de famille, cette composition permettant un partage des connaissances.

Tableau 23.2  
**Modèles d'insertion organisationnelle de la gestion de cas en Estrie  
 (Orientation clinique)**

<b>Types de modèles</b>	<b>Clientèle</b>	<b>Nature du rôle du gestionnaire de cas</b>
<b>Modèle à rôle unique</b>	<i>Clientèle homogène</i> (seulement des usagers en gestion de cas)	<i>Rôle unique</i> de coordination et de courtage* (excluant les services professionnels de sa propre discipline)
<b>Modèle hybride</b>	<i>Clientèle homogène</i> (seulement des usagers en gestion de cas)	<i>Rôle partagé</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de coordination de services et de courtage* (majeure)</li> <li>• rôle professionnel dans le champ de sa propre discipline auprès d'une clientèle homogène seulement (mineure)</li> </ul>
<b>Modèle mixte</b>	<i>Clientèle hétérogène</i> (personnes âgées admissibles ET non admissibles à la GC)	<i>Rôle partagé</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de coordination de services et de courtage*</li> <li>• rôle professionnel dans sa discipline</li> </ul>

\* Dans le présent document, lorsque nous employons le terme « courtage » pour décrire l'expérience estrienne, il réfère au processus de négociation avec les services en vue d'organiser, d'assouplir ou de personnaliser les modalités de l'offre de services des différents pourvoyeurs en fonction des besoins changeants des clients. Il se lie ainsi à la défense des intérêts du client (« advocacy »). Aux États-Unis, le terme a un tout autre sens.

En définitive, les enjeux liés à ces questions de modélisation de la fonction de GC concernent la nécessité d'appropriation d'un rôle nouveau par les GC (et non la poursuite d'une façon d'intervenir antérieure ou habituelle), qui accentue l'importance d'une approche globale et systémique plutôt que cloisonnée. D'autres enjeux concernent l'assignation du client « au bon endroit » et prennent forme par l'émergence d'une norme selon laquelle différents niveaux d'intensité de coordination doivent être offerts selon le niveau de complexité des besoins et qu'il faut tenter de distinguer ces besoins aussi clairement que possible afin de diriger la clientèle vers la bonne ressource. Enfin, certains enjeux autour de la charge de cas moins lourde des GC par rapport à celle d'autres corps professionnels du CLSC sont perceptibles. Le modèle de gestion de cas privilégié en Estrie supposait une charge de cas allégée pour les GC (45 cas), afin de favoriser une intensité des interventions auprès des clients. La seconde partie de cet exercice examine de plus près les facteurs associés à l'estimation de la charge de cas.

## Charges de cas des gestionnaires de cas

Pour remplir les rôles attendus, le gestionnaire de cas peut bénéficier de conditions organisationnelles facilitantes ou exigeantes. La charge de cas fait partie de ces conditions. Les références disponibles dans la littérature sur la charge de cas de gestionnaires de cas œuvrant auprès des clientèles âgées en perte d'autonomie ne sont pas toujours mises en rapport avec le modèle d'intervention utilisé. De plus, même si leur façon de gérer leur charge de travail est directement reliée aux conditions dans lesquelles pratiquent les gestionnaires de cas ainsi qu'aux difficultés présentées par les clients et leurs familles, peu d'auteurs les abordent, encore moins les étudient ou les mesurent. Considérant les discussions récurrentes que suscite ce thème de la charge de cas, certains auteurs qualifient même cet exercice de *tricky business* (AHC/CMSA)<sup>9</sup>, référant aux nombreux déterminants dont certains représentent pourtant d'importantes sources de variations dans les charges de cas.

On retrouve trois types de documents dans lesquels les charges de cas de gestionnaires de cas sont mentionnées : 1) les articles scientifiques qui couvrent des projets pilotes mis en place pour les besoins d'une étude afin de déterminer si une nouvelle façon de faire améliorerait les résultats cliniques des clients ; 2) les articles scientifiques qui se penchent sur des projets déjà établis, pour discuter de la valeur des résultats obtenus, parfois en les comparant entre eux ; 3) des rapports de recherche ou de *monitorage* administratif qui vérifient si les projets répondent bien aux objectifs pour lesquels ils ont été mis en place ou qui explorent de nouveaux aspects d'une pratique. Nous limitons nos choix de références aux rapports de recherche pertinents ainsi qu'aux articles scientifiques qui mesurent ou étudient des projets déjà établis, en excluant ceux qui couvrent des projets pilotes dans lesquels les charges de cas ont été contrôlées. Ce choix est justifié par notre objectif de rendre compte de conditions réelles de pratique plutôt que de conditions idéales.

## Charges de cas dans le secteur des personnes âgées

Dans la littérature sur la charge de cas dans les services aux personnes âgées, nous relevons d'abord les résultats d'une enquête nationale aux États-Unis (AHC/CMSA)<sup>10</sup> réalisée auprès de 520 gestionnaires de cas œuvrant dans divers types d'organisation. On y retrouve une variation importante de la charge de cas : 36,2 % ont 30 cas et moins, 36,4 % ont entre 31 et 75 cas et 27,4 % ont 76 cas et plus. À l'évidence, avec une telle distribution, il faut établir des distinctions entre les milieux de pratique et les tâches dévolues aux gestionnaires de cas pour parvenir à l'expliquer. Certains auteurs apportent des précisions sur les modèles d'intervention en établissant un lien direct avec la charge de cas. Ainsi, les travaux de Eggert et ses collaborateurs<sup>3</sup> aux USA décrivent deux modèles de gestion de cas intensive (*intensive case management*) : le *Centralized Individual Model* (individuel centralisé) et le *Neighborhood Team* (équipe

de voisinage). Dans le modèle « individuel centralisé », la fonction d'évaluation (médicale, *nursing* et service social) est déléguée et le gestionnaire de cas effectue rarement des visites à domicile. Les liens avec les aidants sont distendus ; certaines informations sont offertes mais le client doit effectuer ses démarches lui-même. L'intervention proactive est improbable, il n'a pas beaucoup d'autonomie professionnelle et on offre peu de défense d'intérêts (*advocacy*) pour le client. Le GC dessert un vaste territoire et sa charge de cas peut aller de 120 à 150 cas. Dans le modèle de « l'équipe de voisinage » (*Neighborhood Team*), le GC effectue autant de visites à domicile que nécessaires et constate l'état réel du milieu de vie. Les ré-évaluations sont de préférence effectuées par le même intervenant, permettant de mieux juger l'évolution de la situation, le *counseling* est plus approprié, le client peut être aidé dans ses démarches si requis. Le GC offre un soutien à la décision pour le client et sa famille, il s'informe régulièrement, ce qui permet de prévenir les problèmes ou d'intervenir rapidement. Le territoire couvert est local, permettant de bien connaître les ressources du secteur. Lors d'une hospitalisation, le gestionnaire de cas effectue des visites et s'occupe de préparer le congé. Ce modèle du *Neighborhood Team* prévoyait une charge de 40 à 45 cas par gestionnaire de cas. D'autres auteurs rapportent des résultats du même ordre (Zimmer<sup>11</sup> ; Department of Health<sup>12</sup>). Au Royaume-Uni, Challis et al.<sup>13</sup> s'intéressent au lien entre un nombre restreint de cas (inférieur à 30 cas) et le service intensif de gestion de cas qu'on voulait offrir à une clientèle âgée parmi les plus vulnérables et à risque d'hébergement. Les résultats de l'enquête démontrent notamment que les charges allégées prévalent lorsque l'intervenant effectue les rôles de planification, de coordination, de thérapie et de soutien pour des personnes avec besoins complexes et changeants.

Les travaux de Phillips B.R. et al.<sup>4</sup> comparent deux modèles de gestion de cas dont l'un, le *Basic Case Management Model*, s'adresse aux personnes âgées fragiles où les données sur la charge de cas réelle moyenne étaient cependant de 45 cas par gestionnaire de cas. La qualité de la prise en charge n'a pas été évaluée.

Une enquête de Pacala et al.<sup>14</sup> confirme que lorsqu'il s'agit essentiellement d'un travail téléphonique, le ratio du gestionnaire de cas avec sa clientèle est de 1 pour 100 personnes. Lorsqu'il implique des interventions en face-à-face (à domicile ou ailleurs), le ratio serait plutôt de l'ordre de 1 pour 40 à 50 cas. Par ailleurs, Quinn<sup>15</sup> avance que davantage de cas peuvent être assignés lorsque certains aspects du rôle sont délégués (éducation sur le diabète, soutien sur des aspects non cliniques, etc.).

La délégation de tâches peut non seulement s'effectuer avec le système de services formels mais elle peut également se négocier entre le gestionnaire de cas et le proche aidant. En effet, les auteurs Twigg et McCallion, cités dans Noelker<sup>16</sup>, décrivent les modèles de gestion de cas en fonction de l'importance du rôle du GC par rapport à celui de l'aidant et ils rapportent que lorsque l'aidant peut jouer le rôle de négociation et de coordination auprès des diffé-

rents pourvoyeurs de services, le gestionnaire de cas devrait le laisser jouer ce rôle. Or, une recherche récente met en lumière que les besoins de services cliniques pour les aidants sont motivés dans 61 % des cas par des problèmes de *burn-out* ou de tensions relationnelles entre l'aidant et l'aidé (Diwan et al. cités dans Noelker<sup>16</sup>). L'un des rôles professionnels du GC consiste à soutenir l'aidant pour clarifier ses besoins et pour qu'il accepte davantage les services. Si le rôle dévolu au GC ou encore sa charge de travail rend impossible ou improbable la proximité nécessaire au suivi régulier de la situation avec les aidants, celle-ci risque de se détériorer, au prix souvent de la santé de l'aidant, ce qui génère des effets directs sur la personne âgée. C'est dans ce contexte d'un positionnement des rôles que Noelker cite une étude avec résultats positifs lorsque des services de gestion de cas plus intensifs sont offerts, incluant un rôle clinique marqué, et qu'alors, une charge de cas située entre 35 et 40 cas serait idéale.

Plus près de nous, à Montréal, l'étude de Gagnon<sup>17</sup> portant sur l'impact de la gestion de cas de type *nursing* gériatrique sur l'état fonctionnel, la qualité de vie, la satisfaction des soins, la longueur du séjour hospitalier, nous indique une charge de cas variant de 40 à 55 cas, avec une moyenne de 46 cas, résultats obtenus sur un horizon de 10 mois de *monitorage*.

Ailleurs au Canada, une étude de Diem<sup>18</sup> sur la charge de cas de 89 gestionnaires de cas expérimentés, œuvrant dans 5 provinces canadiennes, se réfère à trois grands types d'activités du GC, identifiés dans une étude antérieure par Diwan<sup>19</sup>. Il s'agit 1) des services directs, souvent la priorité des gestionnaires de cas, qui visent les cas complexes à domicile et les nouveaux clients ; 2) des services indirects, qui concernent les activités à l'intérieur de l'organisation et avec les pourvoyeurs de services ; 3) enfin, la gestion de programmes (*program management*) qui touche soit plusieurs clients ayant des problèmes semblables, soit d'autres secteurs de la communauté et des soins de santé. Diem souligne l'importance de connaître les caractéristiques des clients lorsqu'on veut évaluer la charge de cas, ainsi que la disponibilité des services et le temps réel disponible des GC. L'étude nationale canadienne de Diem décrit que les deux tiers (66 %) des 89 gestionnaires de cas de l'échantillon étaient des infirmières et que leurs charges de cas variaient de 100 à 300 cas, sans toutefois préciser le modèle de gestion de cas ou le type d'organisation où les GC travaillaient. Les données qualitatives font ressortir des plaintes de manque de temps et de lacunes de ressources pour répondre adéquatement aux besoins. Ce sont les clients âgés fragiles et ceux qui ont une détérioration mentale qui inquiètent le plus ces gestionnaires de cas. Souvent obligées de réagir en urgence puisqu'elles n'ont pas la possibilité d'offrir la surveillance nécessaire pour pouvoir prévenir, leur disponibilité trop restreinte aura souvent pour conséquence une décision de placement. Diem établit donc un lien formel entre une issue de placement et le fait d'avoir une charge de cas élevée.

Parmi les deux auteurs auxquels Diem se réfère, Massie<sup>20</sup> fournit une méthode pour déterminer les charges de cas en fonction des difficultés fonction-

nelles. Le projet pilote octroyait des services de GC à des clientèles âgées de 60 ans et plus, qui présentaient 2 limitations et plus dans les activités de vie quotidienne ainsi que 5,1 problèmes de santé en moyenne. Après avoir échantillonné une mesure de temps et mouvement dans une journée-type d'un GC puis comparé les résultats avec d'autres projets similaires, les chercheurs recommandent une charge de cas se situant entre 35 et 45 cas, soit 40 cas en moyenne par gestionnaire de cas (ETC).

Pour sa part, Diwan<sup>19</sup> considère davantage le temps passé sur les fonctions centrales du GC et fait ressortir les déterminants du temps requis (*time consuming*) qui vont au-delà des besoins physiques des personnes âgées. Ces déterminants sont 1) les comportements problèmes des clients, 2) les problèmes dans le réseau de soutien informel et 3) les nouveaux clients.

À l'évidence, la littérature fait ressortir que lorsqu'une prescription de charge de cas est donnée, celle-ci doit toujours être assortie d'une description du modèle de gestion de cas. Il importe également de considérer l'ensemble des responsabilités confiées aux gestionnaires de cas puisque des tâches connexes (comités, administration, formation, etc.) peuvent occuper une proportion plus ou moins importante du temps disponible.

Pour conclure sur la charge de cas, soulignons que le nombre et l'importance des facteurs d'influence sur la charge de cas qui ressortent de la littérature témoignent de la complexité de la question. Nous retenons plus particulièrement l'idée d'inclure dans de futures recherches sur l'évaluation de la charge de cas, le fait que les clients âgés vulnérables ont des besoins qui ne sont pas tous également faciles à combler, et aussi que les ressources de la communauté ne sont pas toutes également mobilisables en un temps donné. La difficulté de répondre aux besoins (*response difficulty*) étant définie par des chercheurs du secteur de la santé mentale comme la somme des complications cliniques et des requis de liaison avec la communauté (Gournay et Birley cités dans King<sup>21</sup>), cette hypothèse de travail ne manque pas d'intérêt pour le secteur des personnes âgées fragiles. Bien qu'on ne parle pas des mêmes clientèles et que les facteurs de risque ne soient pas les mêmes, l'idée d'un indice composite formé de facteurs de clientèles et de disponibilité de ressources serait exploitable à l'égard des personnes âgées.

## Facteurs organisationnels d'influence sur la charge de cas

### *Critères d'admissibilité à la gestion de cas*

Dès le début de l'implantation de la gestion de cas dans les trois territoires participant à l'étude PRISMA-Estrie, les critères d'admissibilité ont été établis en fonction d'une clientèle cible de personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave. Pour fixer la perte d'autonomie, c'est le score SMAF à 15 et plus qui a d'abord servi de critère, remplacé ensuite, lors du déploiement des profils Iso-SMAF, par le profil Iso-SMAF 4 et plus. Bien qu'il y ait plusieurs indications cliniques qui puissent amener un médecin ou un intervenant à vouloir diriger

une personne vers un suivi en gestion de cas, d'un point de vue systémique toutefois, il s'avère important de choisir un indicateur populationnel et objectif qui permette une utilisation efficace par le plus grand nombre possible d'intervenants, ce qui est le cas maintenant dans plusieurs régions du Québec avec le SMAF et les profils Iso-SMAF. Ce critère est plus spécifique sur le niveau de perte d'autonomie mais il ne tient pas compte de la situation psychosociale (marginalité, isolement).

Les critères d'admissibilité à la gestion de cas dans les territoires *monitorés* sont le territoire de résidence, l'âge (65 ans et plus sauf pour les cas qui présentent des profils gériatriques) et le profil Iso-SMAF 4 et plus. L'abandon d'un critère utilisé initialement, portant sur le nombre de services, a été justifié par des difficultés d'interprétation et d'application. Les personnes âgées connues antérieurement dans leur vie par le réseau de santé mentale n'étaient pas ciblées par le réseau intégré, non plus que celles qui souffraient d'un cancer en phase palliative. Cependant, une personne âgée déjà suivie en gestion de cas, qui développait par la suite des problèmes de santé mentale ou de nature oncologique, pouvait conserver son GC. De même, l'accompagnement vers l'hébergement permanent demeurait sous la responsabilité du gestionnaire de cas lorsque le client était déjà suivi en gestion de cas.

#### *Modalités d'assignation de la clientèle*

Puisque la gestion de cas s'adressait uniquement aux personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave, le processus d'assignation des clients entre les intervenants pivots qui œuvraient déjà en équipes multidisciplinaires (CLSC) et les nouveaux gestionnaires de cas a dû être reconsidéré. Les intervenants pivots déjà en poste étaient des professionnel(le)s de diverses disciplines nommé(e)s pivots lorsqu'un client requérait plusieurs services à l'intérieur du CLSC qui nécessitaient d'être coordonnés entre eux et adaptés au fil du temps. Le choix de tel intervenant comme pivot plutôt qu'un autre était souvent motivé par la majeure de l'intervention, ou encore par le fait de mieux connaître le client.

Dans les territoires étudiés, l'assignation des cas à la gestion de cas s'effectuait de différentes façons. Plus l'achalandage de clients est important, plus il devient nécessaire d'organiser cette assignation. Quand elle est formelle et organisée, des mécanismes de discussion sur la décision d'orientation permettent d'introduire un arbitre dans le processus lorsque certains cas moins faciles à orienter risquent de devenir un enjeu entre les GC et l'équipe régulière du Soutien à domicile. Dans les cas où cette assignation est décidée de façon informelle, sur la base d'une décision individuelle, les désaccords se retrouvent sans arbitrage. L'introduction de la fonction de gestion de cas, à cause de sa proximité avec celle des intervenants sociaux du Soutien à domicile, abrite un potentiel de désaccord. Le fait que l'assignation à l'intervenant pivot soit parfois un processus concurrent à l'assignation en gestion de cas, milite en faveur de modalités transparentes.

Il y a une autre conséquence au fait que les modalités de référence, d'assignation et de fermeture soient moins organisées, qui touche cette fois l'information utile à la gestion. Par exemple, on peut rendre plus ou moins visible la durée des périodes d'attente, le nombre de personnes en attente de services, la durée du service. Cet aspect devient crucial lorsqu'on veut établir une gestion de la qualité des services où ces indicateurs de base sont incontournables.

#### *Fermetures des dossiers*

Le modèle estrien de réseau intégré repose sur le principe qu'une fois que la perte d'autonomie chez la personne âgée atteint un stade modéré à grave, il faut considérer que la personne est désormais fragilisée et qu'elle devrait bénéficier, même lorsque sa situation se stabilise, d'une continuité de suivi en gestion de cas. Ainsi, les fermetures de dossiers ayant pour motif « atteinte des objectifs » devraient, en principe, être rares si les deux conditions suivantes sont remplies : 1) le repérage effectué en amont identifie adéquatement les personnes ciblées pour la gestion de cas et 2) l'équipe de GC effectue une surveillance préventive (ou vigie) à l'égard de certains dossiers qui se sont stabilisés, mais ne les ferme pas ; ce faisant, il y a un pourcentage de dossiers avec moins d'interventions qui demeurent ouverts, ce qui peut diminuer le roulement dans les charges de cas.

#### *Taux de roulement en gestion de cas*

Certains éléments pertinents ressortent de la revue de littérature sur la gestion de cas quant au roulement des clientèles, tout comme sur les motifs qui commandent une fermeture du dossier. Les taux de roulement du « Basic Case Management Model » (BCM) et du « Financial Control Model » (FCM) (Phillips et al.<sup>4</sup>) étaient comparables, c'est-à-dire 37 % pour le modèle de base et 39 % pour le modèle de contrôle financier. Dans l'article sur le projet *Channeling* aux États-Unis, Phillips<sup>4</sup> rapporte les taux de fermeture de dossiers selon les motifs, selon le moment où la personne quitte le projet (avant l'évaluation par exemple) et selon le modèle de gestion de cas (FCM ou BCM) semblables pour les deux modèles et s'établissent à 43 % à l'intérieur d'une période d'un an.

Au Canada, une recherche de Hadjistavropoulos et al.<sup>22</sup> orientée selon les lignes directrices touchant la gestion de cas, selon les pratiques du modèle de courtage (*Brokerage Model*), rapporte des charges de cas de 120 à 140 clients dont les niveaux de risque, tels que mesurés par le *Regina Risk Indicator Tool*, pouvaient être faibles, moyens ou élevés. Les résultats permettent d'établir que le rythme des fermetures de dossiers diffère selon le niveau de risque des personnes et va en décroissant à mesure que la perte d'autonomie augmente. Ainsi, dans les premiers 6 mois de suivi, 37 % des cas à risque léger connaissent une fermeture de dossier, dont la moitié (18,5 %) est due à l'amélioration du fonctionnement ou de l'état de santé. Toujours dans les 6 premiers mois, pour les cas à risque moyen et élevé, le nombre de fermetures par rapport au nombre de clients desservis diminue à 19 % et, parmi les clients à risque élevé, 10 % meurent.

Ces éléments tendent à confirmer certaines tendances également observées dans l'étude d'implantation des territoires de l'Estrie. D'abord, une courte période de référence pour ce type de calcul peut capter un effet de période, soit sous-évalué, soit surévalué. On constate également qu'un roulement élevé semble être associé à une perte d'autonomie légère et à la capacité de récupération d'une proportion importante de ces personnes (environ 50 %), ce qui ne se manifeste pas dans les groupes en perte d'autonomie modérée à grave dont le taux de roulement est de 19 % pour 6 mois. Lorsque le projet *Channeling* répertorie 43 % de roulement sur un an (dont 11 % sont attribuables à l'institutionnalisation et 16 % au décès pour un total de 27 %), on peut le considérer très élevé, mais on ignore le niveau de perte d'autonomie requis pour être admissible au projet *Channeling*. Si ce niveau était plutôt faible, un taux de roulement élevé serait logique, selon la règle avancée par Hadjistavropoulos, puisqu'alors plusieurs cas de rétablissements deviendraient, à brève échéance, des dossiers fermés.

En résumé, les facteurs qui influencent le taux de roulement sont les suivants : 1) le niveau de perte d'autonomie des clients lors de l'inscription à un programme de gestion de cas ; 2) l'ampleur de la fenêtre de temps considérée pour calculer le taux de roulement (éviter l'effet de période) ; 3) le modèle de gestion de cas appliqué dans le programme.

En Estrie, nous remarquons que deux des territoires qui appliquent un modèle hybride de gestion de cas, affichent un taux de roulement de 25 % et de 26 % mais, selon les périodes considérées, il peut descendre à 17 % ou atteindre 33 %. Une fenêtre d'une année semble parfois insuffisante. Dans le cas du milieu rural avec hôpital, le taux mesuré de 26 % pour ce territoire représente essentiellement les fermetures pour causes de décès et d'institutionnalisation, ainsi que quelques déménagements, les fermetures pour « atteinte des objectifs » ayant été soustraites afin de permettre la comparaison avec le milieu urbain. Dans le projet *Channeling*<sup>4</sup>, les décès et institutionnalisations équivalent à 27 % des motifs de fermeture.

Ces tendances nous semblent suffisamment claires pour que nous puissions attribuer un taux de roulement annuel normalisé d'environ 25 % pour un modèle clinique de gestion de cas avec modèle hybride. En modèle mixte, le roulement demeure autour de 50 % lorsqu'on considère l'ensemble des clients incluant ceux qui ont une perte d'autonomie légère ou transitoire, selon ce que nous avons pu constater dans le milieu rural sans hôpital ainsi que dans les Bois-Francs.

La méthode retenue pour le calcul du taux de roulement est la suivante : a) on utilise le nombre de cas actifs à une date donnée, on ajoute le nombre de prises en charge durant la période subséquente pour laquelle on souhaite effectuer le calcul (période la plus longue possible, 2 ou 3 ans) pour obtenir le nombre de clients qui ont été desservis durant cette période, sans égard à la durée de services ; b) on calcule le nombre de fermetures de dossiers survenues durant cette même période. Ce nombre de fermetures par rapport au nombre de clients



desservis donne le taux de roulement. Cette méthode n'est pas la seule possible mais présente un bon compromis quant à la facilité d'application et à la fiabilité attendue.

### Charges de cas expérimentées en Estrie

Au cours des travaux de l'étude d'implantation, nous avons interrogé les gestionnaires de cas sur leur charge de cas et sur l'intensité de leurs interventions. Nous apprenions alors que la coordination intensive des services et les évaluations globales de départ consomment beaucoup de temps au début de la prise en charge et qu'environ 15 % des dossiers de la charge de cas se trouvent dans cette phase. Plus tard, lorsque la situation est stabilisée, peu d'interventions sont nécessaires et il s'agit surtout pour le GC de surveiller, de façon à pouvoir intervenir rapidement en cas de détérioration. Là aussi, il y aurait autour de 15 % des dossiers qui sont dans ce mode de surveillance préventive (environ une intervention par mois). Ces données prévalent seulement lorsque la charge de cas est mature, c'est-à-dire qu'elle ne doit pas être récemment constituée parce qu'alors, il y aurait un grand pourcentage de dossiers en phase de prise en charge et très peu en mode de surveillance préventive. Concrètement, sur une charge de cas de 40 dossiers, 6 dossiers seraient en phase de prise en charge, 6 en mode de surveillance préventive, ce qui laisserait une trentaine de dossiers en mode d'intervention et d'application du plan de services.

Le rapport d'évaluation de l'implantation du modèle des Bois-Francs situait autour de 45 à 50 cas la charge acceptable des gestionnaires de cas pour arriver à mieux effectuer leur rôle puisque leur expérience avec 50 à 60 cas était jugée trop élevée pour permettre le suivi requis par les clients. La région des Bois-Francs avait mis en place un modèle mixte.

En Estrie, l'expérience telle que mesurée dans nos trois territoires montre que pour les deux territoires à modèle hybride, la charge de cas moyenne telle que déclarée par les gestionnaires de cas au premier trimestre de l'année 2005 était de 36,5 cas (e.t.  $\pm 7,2$ ) à Sherbrooke, 36 cas (e.t.  $\pm 2,2$ ) au Granit, alors que dans le modèle mixte, elle s'élevait plutôt à 56,8 cas (e.t.  $\pm 10,6$ ). Nos données de monitoring continu, basées sur le système I-CLSC, rapportent les résultats suivants, lorsqu'on exclut la première année pendant laquelle les charges de cas se constituaient. À Sherbrooke, dans la 2<sup>e</sup> et la 3<sup>e</sup> année de suivi (janvier 2003 à juillet 2004), on obtient une moyenne de 32 cas par GC. Au Granit, on atteignait une moyenne de 39 cas mais avec une nette augmentation dans la dernière année de suivi, au cours de laquelle la charge de cas moyenne passait de 31 cas à 46 cas. À Coaticook, la charge de cas moyenne, en modèle mixte, était de dix cas en gestion de cas et en moyenne 57 cas au total. Les clientèles desservies sans être inscrites en gestion de cas, peuvent être des adultes handicapés, des personnes vivant une perte d'autonomie transitoire avec un pronostic de récupération (court terme), des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave admissibles à la gestion de cas, qui ont obtenu les services mais dont cer-

tains n'ont pas bénéficié d'une intensité d'interventions pour motif de surcharge des intervenants. Puisque l'étude d'implantation devait *monitorer* les clientèles en gestion de cas, nous n'avons pas de données sur les clientèles admissibles mais non inscrites en gestion de cas. Soulignons, dans ce dernier cas, que Coaticook et les Bois-Francs avaient implanté le même modèle (mixte); dans les deux cas, ils avaient une charge de cas importante et éprouvaient de la difficulté à desservir les clients en fonction des attentes formulées dans le modèle.

Les entrevues avec les gestionnaires de cas de l'Estrie laissent entrevoir certains phénomènes :

1. Il est difficile de maintenir une charge de cas allégée lorsque la pression de la demande est forte et que les collègues du Soutien à domicile régulier remettent en question leur propre charge de cas en la comparant avec celle des gestionnaires de cas.
2. Il est impossible pour le gestionnaire de cas d'élaborer une approche plus intensive ou proactive, à l'intérieur d'un modèle mixte, lorsque sa charge de cas atteint ou dépasse 55 à 60 cas.
3. Les tâches de supervision des auxiliaires familiales sont assumées par les gestionnaires de cas – dans les équipes de zones du milieu urbain, elles consomment trop de temps selon les gestionnaires de cas, d'une part à cause du nombre important de personnes impliquées dans une équipe de zone, d'autre part, du fait de l'organisation des tâches et responsabilités à l'interne. Les GC, à titre d'intervenant-pivot « d'office », répondent à toutes les demandes des auxiliaires familiales, y compris celles qui touchent des problèmes qui pourraient être réglés par du personnel responsable, par exemple, le chef d'équipe des auxiliaires familiales. En répartissant différemment les responsabilités, de façon à ce que les GC puissent consacrer une part plus importante de leur temps à des activités cliniques et de coordination, il est possible que les GC puissent prendre quelques cas de plus.

En termes de déploiement de la gestion de cas par rapport aux prévisions initiales, les résultats atteints après trois années de *monitorage* dans les territoires, tournent autour de 80 %, sauf pour le territoire avec le modèle mixte qui atteignait 48 % des attentes de départ, comme le décrit le tableau 23.3.

On constate que l'équilibre entre la demande de services et l'offre de ressources en gestion de cas varie d'un territoire à l'autre. Avec 80 % des gestionnaires de cas requis pour leur territoire, la région rurale n'a pas de liste d'attente, mais gère la charge de cas surtout par la fermeture des dossiers dont la situation s'est stabilisée, alors que le territoire urbain gère la charge de cas en constituant une liste d'attente assignée à une équipe de deux gestionnaires de cas qui effectuent des suivis téléphoniques et s'assurent de la mise en place de certains services de base. Dans ces territoires, on arrive à maintenir la charge de cas entre 35 et 45 cas.

Tableau 23.3

**Insertion organisationnelle et état de la gestion de cas en Estrie après trois ans**

Descriptif	Sherbrooke	Granit	Coaticook
<b>Modèle de gestion de cas</b>	Début : modèle à rôle unique Ensuite : modèle hybride	Modèle hybride	Modèle mixte
<b>Appartenance professionnelle des gestionnaires de cas</b>	Multidisciplinaire (T.S. ou arh, infirm., psy.)	Unidisciplinaire, ouvert à la multidisciplinarité (T.S. ou arh, psy.)	Unidisciplinaire (T.S. ou arh)
<b>Nombre ETC* atteint en gestion de cas après 3 ans**</b>	<b>15/19 ETC*</b> (79 % des attentes)**	<b>2,8 /3,5 ETC*</b> (80 % des attentes)**	<b>1,2/2,4 ETC*</b> (48 % des attentes)**
<b>Charge de cas (moyenne) (I-CLSC)</b>	32 cas	39 cas	10 personnes en GC sur un total de 57 cas
<b>Liste d'attente</b>	entre 150 à 175 personnes	aucune	aucune

\* Équivalents à temps complet

\*\* Selon l'estimation préliminaire du nombre requis de gestionnaires de cas, 2000

Dans le territoire rural qui implante un modèle mixte, environ la moitié des ressources en gestion de cas avait été implantée après trois ans. Sans liste d'attente, mais avec une charge moyenne de 57 cas dont environ 15 % à 20 % était inscrite en gestion de cas, les gestionnaires de cas jugeaient cette proportion insuffisante puisqu'ils estimaient qu'un grand nombre de leurs clients auraient dû être inscrits en gestion de cas. Les intervenants, pressés par le rythme d'entrée des demandes, manquaient de temps pour inscrire les clients, faire les démarches et les entrées requises dans le dossier clinique informatisé et dans le plan de services individualisé. Le territoire n'a pas de liste d'attente et la norme est d'organiser les services de base rapidement pour un grand nombre de clients mais, en contrepartie, les intervenants psychosociaux n'offrent pas autant d'intensité d'interventions qu'ils le souhaiteraient.

### Estimation de la charge de cas et des besoins

À la lumière de la revue de littérature et des éléments fournis par l'étude d'implantation PRISMA-Estrie, nous croyons qu'une charge de cas située entre 40 et 45 cas en modèle hybride serait acceptable lorsque la charge de cas est parvenue à maturité, dans laquelle environ 15 % des dossiers requièrent une intensité élevée d'interventions, 15 % sont en mode de surveillance préventive et que

les autres dossiers ont une intensité moyenne d'interventions centrées sur le parachèvement de la mise en place des services convenus au PSI et sur la vérification ultérieure pour s'assurer que les services requis sont effectivement reçus. Quand on prend l'exemple du territoire urbain de Sherbrooke, si le nombre initialement prévu de gestionnaires de cas avait été en poste à la fin de la période de trois ans, l'équipe aurait pu absorber la liste d'attente. Au total, tant du côté de la littérature que des expérimentations québécoises, les prévisions initiales quant à la charge de cas optimale semblaient assez justes, dans la mesure où on se situe à l'intérieur de la fourchette actuelle de réponse à cette clientèle par les services de gestion de cas de l'Estrie, soit autour de 5 % des personnes âgées de 65 ans et plus, dans un centre urbain comme Sherbrooke.

### **Estimation du nombre de gestionnaires de cas**

Avant de pouvoir établir le nombre de gestionnaires de cas requis dans un territoire donné, il faut savoir combien de personnes devraient être desservies (la cible) par la gestion de cas. On se rappelle que, dans les Bois-Francs, la quasi-totalité des travailleurs sociaux (ou a.r.h.) étaient devenus des gestionnaires de cas lors de la mise en place du mécanisme de coordination, ce qui veut dire qu'ils se répartissaient l'ensemble des cas, tant ceux requérant des services à court terme que ceux nécessitant des services à long terme, ce qui explique leur taux de roulement élevé (50 %). L'utilisation des profils Iso-SMAF 4 et plus comme critère objectif d'accès à la gestion de cas en Estrie, permet de contrôler l'inscription en gestion de cas de façon à réserver ce type de services aux personnes âgées qui sont déjà en perte d'autonomie significative et en besoin de services à long terme. C'était un élément nouveau dans l'expérience de l'Estrie puisque le mécanisme des Bois-Francs n'avait pas restreint l'assignation aux gestionnaires de cas à ces personnes seulement.

En Estrie, il fut décidé de contrôler les inscriptions en gestion de cas de façon à réserver ce service uniquement aux personnes qui présentent un profil Iso-SMAF de 4 et plus, équivalant à une perte d'autonomie modérée à grave. En conséquence, le pourcentage pour établir la cible de la gestion de cas doit lui aussi être réexaminé afin de vérifier s'il convient toujours. Face à notre objectif d'établir le nombre d'équivalents temps complet (ETC) requis pour desservir un nombre donné de clients, rappelons que nous ne tenons pas compte du nombre et du type d'interventions réalisées, ni de la profession initiale du GC, puisque nous considérons la pratique actuelle comme une réalité globale, exposée à des opportunités et à des contraintes comparables dans un même territoire.

Dans la région des Bois-Francs qui avait adopté un modèle mixte, 10 % des personnes âgées vivant dans la communauté ont été rejointes par les services des gestionnaires de cas, et ce sans avoir utilisé au préalable un outil de sélection des clients. Cette proportion de 10 %, obtenue dans l'expérimentation des Bois-Francs, se vérifiait dans la littérature, où des pourcentages variant de 7 % à 10 % ont été publiés. Dans l'étude des Bois-Francs, il n'y avait pas eu de

sélection ou d'échantillonnage des clients en gestion de cas puisqu'on avait désigné l'ensemble des utilisateurs des services comme susceptibles de profiter de la gestion de cas. De fait, tous les aînés en perte d'autonomie (sauf pour les problématiques de santé mentale et déficience intellectuelle), pouvaient recevoir les services qui étaient offerts en fonction des besoins, c'est-à-dire avec davantage d'intensité pour les personnes dont la condition le requérait. Selon les données de l'étude d'implantation des Bois-Francs, parmi les scores SMAF disponibles dans les dossiers (56 %), il s'en trouvait 27 % qui avaient des résultats de 1 à 15, ce qui les situe dans les profils de perte d'autonomie légère.

Lorsqu'on adopte un modèle de gestion de cas réservé aux seules personnes en perte d'autonomie modérée à grave vivant dans la communauté, la cible doit être ajustée en fonction du nombre réel de personnes qui vivent avec ce niveau d'incapacité, que celles-ci bénéficient ou non des services du CLSC. Alors que la région des Bois-Francs a identifié le nombre de personnes âgées rejointes par les services publics sur la base d'une perte d'autonomie, mais sans égard à la durée ou à l'intensité de la perte d'autonomie, nous avons d'abord besoin de connaître la proportion réelle des personnes âgées qui vivent dans la communauté avec une perte d'autonomie modérée à grave et éventuellement combien parmi ces personnes sont connues des services de soutien à domicile et de la gestion de cas. D'après Saucier<sup>23</sup> (EQLA 1998), cité par le MSSS<sup>24</sup>, il y avait seulement 11,1 % des personnes âgées qui recevaient de l'aide de leur CLSC au moment de l'enquête sur les limitations d'activités.

Jusqu'ici, il a été difficile d'évaluer exactement dans quelle mesure une clientèle ciblée peut être rejointe par les services (taux de desserte ou taux de pénétration), puisqu'il faut savoir, à la base, combien de personnes âgées vivant dans la communauté pourraient avoir recours aux services du fait qu'ils répondent aux critères et ont des besoins non comblés, mais n'en font pas la demande.

Les grandes enquêtes canadiennes répertorient l'incapacité dans l'ensemble de la population avec des instruments et questionnaires qui leur sont propres. Il n'est pas possible de se servir directement des niveaux d'autonomie qu'ils utilisent pour livrer leurs résultats (incapacité légère, modérée, grave et très grave) car leurs indicateurs d'incapacité sont construits statistiquement. Puisqu'il n'existe pas de lien entre le SMAF et les profils Iso-SMAF et les indicateurs de Statistique Canada, on ne peut pas estimer, à partir des enquêtes EQLA ou EPLA, le nombre de personnes en perte d'autonomie qui auraient des profils Iso-SMAF 4 et plus.

Ce sont ces considérations qui nous ont amenés à rechercher d'autres méthodes de calcul, issues de recherches récentes, avec échantillons représentatifs de populations âgées à domicile et en résidences privées au Québec. Nous référons pour le présent exercice, aux études suivantes : Enquête québécoise sur les limitations d'activités – EQLA 1998 (Saucier et al.)<sup>23</sup>, Enquête sur la participation et les limitations d'activités – EPLA 2001 (Tremblay, R. et Berthelot, M., 2006)<sup>25</sup>. Nous utilisons également deux études sur les personnes en rési-

dences privées, l'une effectuée en milieu urbain, à Laval (Hébert et al., 1997)<sup>26</sup>, l'autre en milieu rural en Estrie (Gervais et al., 2004)<sup>27</sup>.

L'étude populationnelle québécoise EQLA<sup>23</sup> a publié des chiffres sur la perte d'autonomie qui estiment le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus vivant avec des incapacités légères, modérées ou graves. La catégorisation des incapacités est établie à partir du nombre d'activités pour lesquelles une réduction de la capacité est déclarée par la personne et de l'intensité de cette réduction (partielle ou totale). Le plan de sondage de l'EQLA est composé des personnes occupant des ménages privés et exclut celles qui vivent dans des ménages collectifs dont la caractéristique pourtant est de regrouper une plus forte proportion de personnes âgées en perte d'autonomie. Selon ces données, la prévalence de la perte d'autonomie serait de 41,6 % des personnes âgées de 65 ans et plus, dont la moitié, c'est-à-dire 20,8 %, n'ont qu'une incapacité légère. Les personnes avec perte d'autonomie modérée à grave représenteraient l'autre 20,8 % des personnes résidant en ménages privés.

L'Enquête sur la participation et les limitations d'activités (EPLA, 2001)<sup>25</sup> est une étude plus récente, mais dont les données ne sont pas comparables avec les études antérieures à cause de modifications significatives aux questionnaires. Le plan de sondage, cette fois, comprend l'ensemble des personnes vivant tant dans les ménages privés que dans les logements collectifs (les résidences privées, les CHSLD, les RI, les RTF). On revient à des données plus comparables avec les études populationnelles, où les différents milieux de vie sont inclus. Le taux d'incapacité auto-déclarée est de 27,9 % des personnes âgées de 65 ans et plus. L'EPLA 2001 a catégorisé le taux d'incapacité en fonction de quatre niveaux d'incapacité : légère, modérée, grave ou très grave. Cependant, cette catégorisation est elle aussi composée statistiquement (indicateur construit avec la fréquence et l'intensité de l'incapacité), ce qui impose de fortes limites à la comparaison directe avec des échantillons de recherche où les évaluations d'autonomie fonctionnelle sont établies personne par personne et catégorisées selon cinq champs d'autonomie (activités de la vie quotidienne et domestique, mobilité, communication, fonctions mentales). Aucune étude n'existe sur le lien qui pourrait être bâti, cas par cas, entre l'EPLA et les évaluations faites avec le SMAF, un exercice qui serait très utile pour les évaluations subséquentes de la population à domicile desservie et non desservie par les services publics.

D'autres données provenant d'études spécifiques sur la perte d'autonomie chez les personnes âgées qui vivent en résidences privées, indiquent qu'entre 44 % des personnes vivant en milieu rural<sup>27</sup> et 57 % des personnes âgées en milieu urbain<sup>26</sup> qui habitent en résidences privées, auraient des profils Iso-SMAF 4 et plus, correspondant à une perte d'autonomie modérée à grave. *Grosso modo*, la moitié des personnes en résidences privées seraient donc en perte d'autonomie modérée à grave.

Nous avons comparé les résultats de nos calculs lorsque nous utilisons les données de l'EQLA 1998 et celles de l'EPLA 2001 et ils sont équivalents à quelques dixièmes près. Puisque l'enquête de 2001 est plus récente et qu'elle a le bénéfice d'inclure l'ensemble de la population hébergée, en résidences, en foyers ou à domicile, nous l'avons préférée à celle de 1998. Le tableau 23.4 présente les résultats de l'exercice lorsqu'on croise les données démographiques disponibles<sup>24</sup> avec celles de l'EQLA 1998 et de l'EPLA 2001 pour identifier dans quels milieux de vie habitent les personnes âgées vivant avec une incapacité.

**Tableau 23.4**  
**Milieux de vie des personnes âgées\***

Proportion des personnes âgées avec incapacité au QC	→	28 %*
% des personnes âgées en <b>CHSLD**</b>	4 %	+
% des personnes âgées en <b>RI-RTF**</b>	0,5 %	+
% des personnes âgées en <b>résidences privées**</b>	8 %	+
% des p.a. à <b>domicile avec services***</b>	11 %	= 23,5 %
La proportion de personnes à <b>domicile sans services</b> est de		4,5 %

\* Source 1 : Tremblay, R. et Berthelot, M. (2006) EPLA

\*\* Source 2 : MSSS, Direction générale des services sociaux, 2004 – Tableau sur la répartition des personnes âgées selon le lieu de résidence en 2004 – cité dans Gouvernement du Québec, Un défi de solidarité – les services aux aînés en perte d'autonomie – Plan d'action 2005-2010, 2005, page 17

\*\*\* Source 3 : Saucier, A. et Lafontaine, P. (1998) EQLA

Pour réussir à croiser la perte d'autonomie et les milieux de vie, il faut connaître la proportion des profils 4 et plus qui se retrouvent dans les différents milieux de vie, ce qui a été réalisé avec l'étude de Hébert<sup>26</sup> auprès d'un échantillon représentatif portant sur l'autonomie de 1977 personnes âgées, en fonction de leur milieu de vie. Du fait de la représentativité de l'échantillon, les résultats peuvent être extrapolés à la population âgée totale du Québec. La synthèse des résultats est reproduite au tableau 23.5.

Quand on connaît la distribution des profils 4 et plus selon les milieux de vie, on peut ensuite estimer la distribution de la perte d'autonomie à partir de la population âgée actuelle, au Québec. Cette répartition identifie la clientèle cible de la gestion de cas, au tableau 23.6 suivant.

Lorsque la cible globale est établie, on peut répartir les personnes âgées avec profils Iso-SMAF 4 et plus dans chacune des différentes régions du Québec. Le tableau 23.7 indique le nombre estimé de personnes visées directement par les services de soutien à domicile réguliers, en lien avec la progression démographique des sept territoires de la région de l'Estrie.

Puisqu'on connaît la cible de la gestion de cas, soit 10 % des personnes âgées de 65 ans et plus, il ne reste qu'à établir, par territoire, le nombre de personnes à rejoindre par les gestionnaires de cas et le réseau de services intégré (tableau 23.8).

Tableau 23.5

**Distribution des profils Iso-SMAF selon les milieux de vie (Hébert et al., 1997)<sup>26</sup>**

<b>Profils Iso-SMAF →</b>	<b>Incapacités légères</b>	<b>Incapacités modérées</b>		<b>Incapacités graves</b>	<b>Total partiel</b>	<b>Total</b>
<b>Milieux de vie ↓</b>	<b>Profils 1, 2, 3</b>	<b>Motrices : 4, 6, et 9</b>	<b>Mentales : 5, 7, 8, 10</b>	<b>Profils 11, 12, 13 et 14</b>	<b>Modérées à graves</b>	<b>N (%)</b>
Domicile sans services	119 (79 %)	21	10	1	32 (21 %)	151 (100 %)
Domicile avec services CLSC	85 (57 %)	48	13	3	64 (43 %)	149 (100 %)
RTF	36 (25 %)	19	78	8	105 (75 %)	141 (100 %)
Pavillon	37 (28 %)	23	68	2	93 (72 %)	130 (100 %)
CHSLD privé non conventionné	42 (15 %)	95	80	62	237 (85 %)	279 (100 %)
USLD des CHSCD	–	29	12	138	179 (100 %)	179 (100 %)
CHSLD privé conventionné	13 (5 %)	31	72	169	272 (95 %)	285 (100 %)
CHSLD public	13 (3 %)	159	97	220	476 (97 %)	489 (100 %)
CH psychiatrique	–	7	117	50	174 (100 %)	174 (100 %)
<b>Total</b>	<b>345 (18 %)</b>	<b>432</b>	<b>547</b>	<b>653</b>	<b>1632 (82 %)</b>	<b>1977 (100 %)</b>

Tableau 23.6

**Méthode d'estimation de la population âgée au Québec avec profils 4 et plus en fonction du milieu de vie (2001)**

<b>Milieux de vie</b>	<b>Proportion des profils 4 et + selon le milieu de vie</b>	<b>% des personnes avec profils 4 et +</b>
Domicile sans services	21 % de 4,5 % =	0,95 %
Domicile avec services	43 % de 11 % =	4,73 %
Résidences privées	50 % de 8 % =	4,00 %
RTF / RI – pavillons	72 % de 0,5 % =	0,36 %
CHSLD (publics et privés)	100 % de 4 % =	4,00 %
	<b>TOTAL :</b>	<b>14,04 %</b>
Moins les personnes déjà hébergées en CHSLD		– 4,00 %
<b>CIBLE DE LA GESTION DE CAS</b>		<b>10 %</b>



Tableau 23.7  
Méthode d'estimation de la population âgée au Québec avec profils 1, 2 et 3  
en fonction du milieu de vie (2001)

Milieus de vie	Proportion des profils 1, 2 et 3 selon le milieu de vie	% des personnes avec profils 1, 2, 3
Domicile sans services	79 % de 4,5 % =	3,55 %
Domicile avec services	57 % de 11 % =	6,27 %
Résidences privées	50 % de 8 % =	4,00 %
RTF / RI – pavillons	25 % de 0,5 % =	0,125 %
CHSLD (publics et privés)	4 % de 4 % =	0,16 %
	<b>TOTAL :</b>	<b>14,11 %</b>
Moins les personnes hébergées en CHSLD-RI et RTF		- 0,29 %
<b>CIBLE DU SOUTIEN À DOMICILE RÉGULIER</b>		<b>13,82 %</b>

Tableau 23.8  
Cible prescrite pour la gestion de cas en Estrie\*  
Réseau de services intégrés pour les personnes âgées

Territoires	Année 2003		Année 2004		Année 2005		Année 2006	
	Nbr 65+ non héb.	Cible GC (10 %)**	Nbr 65+ non héb.	Cible GC (10 %)**	Nbr 65+ non héb.	Cible GC (10 %)**	Nbr 65+ non héb.	Cible GC (10 %)**
<b>Granit</b>	3 186	319	3 204	320	3 276	328	3 349	335
<b>Asbestos</b>	2 644	264	2 588	259	2 588	259	2 603	260
<b>Haut St-F</b>	2 955	296	3 015	302	3 072	307	3 157	316
<b>Val St-F</b>	3 714	371	3 685	369	3 756	376	3 821	382
<b>Coaticook</b>	2 474	247	2 529	253	2 571	257	2 606	260
<b>Memphré</b>	6 876	688	7 046	705	7 315	732	7 611	761
<b>Sherbr.</b>	18 031	1 803	19 254	1 925	19 657	1 966	20 234	2 023
<b>ESTRIE (non héb.)</b>	39 880	3 988	41 321	4 132	42 235	4 223	43 381	4 338

  
**PROGRESSION TRIENNALE DE 8,8 %**

\* Le nombre de personnes de 65 ans et plus est tiré des projections de l'ISQ basées sur les données corrigées du recensement de 2001. Source : SIISP – Direction de la Santé publique et de l'évaluation.

\*\* La cible est calculée sur la base de la population non hébergée en CHSLD.

Pour connaître la proportion d'hommes et de femmes que concerne la perte d'autonomie à long terme (sans égard au degré d'incapacité), nous nous référons à Tremblay et Berthelot<sup>25</sup> qui mentionnent que davantage de femmes que d'hommes vivent avec une perte d'autonomie à long terme. Selon l'Institut de

la statistique du Québec (Perspectives démographiques, Québec et régions : 2001-2051), il y avait 398,469 hommes (41,3 %) et 566,691 femmes (58,7 %) de 65 ans et plus au Québec en 2001. Parmi ces hommes, 26 % vivent avec une incapacité à long terme, ce qui correspond à 10,7 % de la population totale des 65 ans et plus. Parmi les femmes, 30,8 % vivent avec une incapacité à long terme, correspondant à 18,1 % de l'ensemble des personnes âgées.

Compte tenu des éléments mis en lumière précédemment, la démonstration sur l'estimation du nombre de gestionnaires de cas requis s'effectue à partir du nombre de personnes âgées dans la population non hébergée de chaque territoire et, parmi cette population, le nombre estimé de personnes âgées avec profils Iso-SMAF 4 et plus. Sur cette base, avec une charge de cas moyenne de 40 personnes pour chaque GC, sachant que le taux de roulement annualisé des cas atteint 25 % dans un modèle hybride, nous pouvons estimer le nombre de gestionnaires de cas dont le territoire a besoin pour réaliser l'objectif.

#### *Territoire de Sherbrooke*

En 2006, à Sherbrooke, le nombre des personnes de 65 ans et plus qui ne sont pas hébergées en CHSLD et qui présentent un profil 4 et plus est de 2023, soit 10 % de la population de 65 ans et plus. Parmi ces personnes, certaines reçoivent des services du CLSC (soutien à domicile ou gestion de cas), d'autres non. Pour connaître combien de personnes âgées doivent être suivies à tout moment durant l'année en gestion de cas, il faut soustraire le nombre de fermetures de dossiers, soit 25 % en moyenne, ce qui équivaut à 505 dossiers. Ainsi, 1518 dossiers devraient avoir été actifs « à tout moment » durant l'année, c'est-à-dire lorsqu'on ne tient pas compte des variations dans les charges de cas. Si on convient d'une charge de cas moyenne de 40 cas par gestionnaire de cas, ce sont 38 ETC en gestion de cas qui sont nécessaires dans ce territoire pour atteindre l'objectif en 2006.

À Sherbrooke, en 2005-2006, qui a restreint sa clientèle inscrite en gestion de cas aux personnes avec des profils Iso-SMAF de 4 et plus, on compte 1100 personnes rejointes (54,4 % de la cible). Ce résultat a été atteint avec 19 ETC et il tend à confirmer les données populationnelles que nous avons obtenues. Il signifierait donc que même avec une stratégie de repérage des personnes en perte d'autonomie, il n'y aurait que la moitié des personnes en perte d'autonomie significative qui recevrait des services du CLSC, soit 5 %.

#### *Territoire du Granit*

En 2006, au Granit, l'ensemble des personnes de 65 ans et plus qui vivent dans la communauté représentent 3349 personnes. Le nombre de celles qui ont un profil Iso-SMAF de 4 et plus (avec et sans services) équivaut à 10 %, soit 335 personnes. Avec un taux de roulement de 25 % attribuable à des hébergements en CHSLD et à des décès, il y aurait 84 fermetures de dossiers dans l'année pour ces motifs, ce qui signifie que 251 seraient actifs à tout moment.

Avec une moyenne de 40 cas dans la charge de cas, ce sont 6,7 ETC qui seraient nécessaires pour combler les besoins de la région en gestion de cas selon le modèle hybride.

### *Territoire de Coaticook*

En 2006, dans la MRC de Coaticook, l'ensemble des personnes de 65 ans et plus vivant dans la communauté est de 2606 personnes dont 10 % vivent avec un profil Iso-SMAF de 4 et plus, soit 260 personnes. Le modèle de gestion de cas emprunté par ce territoire est le modèle mixte, ce qui signifie que son roulement réel est supérieur mais également que la cible de 10 % n'est plus exacte puisqu'il faudrait y inclure les personnes qui bénéficient de services à long terme même avec un profil léger d'incapacité et celles qui reçoivent des services à court terme pour une perte d'autonomie transitoire (post-chirurgie par exemple). Pour les besoins des calculs de ressources requises pour les profils 4 et plus ayant besoin de services à long terme, on doit passer par la même formule que pour le modèle hybride – on se souvient en effet que le taux de roulement est sensiblement plus élevé pour les profils d'incapacité légère. Pour connaître le nombre de ressources psychosociales requises uniquement pour la clientèle transitoire et plus légère, il faudrait évaluer la clientèle desservie non admissible à la gestion de cas, ce qui n'a pas été fait durant le suivi de l'implantation de la gestion de cas.

Ainsi, en calculant un pourcentage de 25 % de roulement (seulement pour les clients en perte d'autonomie modérée à grave), il y aurait 65 cas fermés durant l'année, de sorte que 195 dossiers seraient actifs à tout moment. Si, pour chaque équivalent à temps complet, une charge de cas de 40 cas en moyenne est attribuée, c'est 4,9 ETC dont la région de Coaticook a besoin, seulement pour les profils 4 et plus.

En conclusion, nous réitérons notre souhait d'arriver à calculer un taux de pénétration de la gestion de cas dans sa population cible réelle, une donnée qui a été peu valorisée jusqu'à maintenant malgré son importance. Ce taux permettrait d'établir un lien entre le nombre de clients rejoins par rapport à l'objectif, la charge de cas réelle durant la même période et le nombre de gestionnaires de cas (en ETC). L'évaluation du temps réel disponible pour les interventions directes et indirectes de gestion de cas serait utile pour voir quelle est la proportion réelle du temps qui peut être consacrée à l'exercice du rôle. Ces indicateurs faciliteraient l'étude de l'efficacité et de l'efficience du service de gestion de cas.

## **Discussion**

Le processus d'estimation du nombre requis de gestionnaires de cas et de la charge de cas optimale pose le problème de la disponibilité très limitée des unités de comparaison pertinentes puisque le rôle de GC dans les services aux personnes âgées est relativement nouveau au Québec. D'autres travaux sont

nécessaires pour évaluer la trajectoire de la perte d'autonomie fonctionnelle dans la population. Il serait intéressant d'établir un lien entre les profils Iso-SMAF et l'étude EPLA, ce qui aurait l'avantage de permettre une évaluation populationnelle transversale de la perte d'autonomie chez les gens âgés et d'évaluer les changements qui surviennent dans les cohortes successives de personnes âgées. De telles études permettraient d'ajuster les services en fonction des caractéristiques de ces cohortes, ce qui augmenterait la performance des services publics au sens de la pertinence des interventions. Des sous-études sur la progression de la perte d'autonomie et du handicap en fonction du cheminement résidentiel des personnes, seraient certainement utiles pour savoir si les personnes sont au « bon endroit ».

La complexité de ces questions qui concernent des réalités changeantes dans le temps (en termes de démographie, d'incapacité et de modalités de prise en charge), typique du domaine d'étude sur la perte d'autonomie liée au vieillissement, nous confronte à des difficultés puisque nos sujets d'étude ne sont pas captifs dans des laboratoires, mais vivent et évoluent en interaction avec des systèmes eux-mêmes complexes. Aussi sommes-nous au fait des principales limites de cette démarche, qui sont les suivantes.

Au début, les modèles d'insertion organisationnelle de la fonction de gestion de cas n'étaient pas identiques d'une région à l'autre (rôle unique, mixte et hybride) ; en cours de route, le modèle unique a été abandonné au profit du modèle hybride dans une région, et le modèle mixte maintenu dans une autre. Pour les besoins de la présente estimation, il a fallu choisir un modèle d'appui : nous avons opté pour le modèle hybride.

Le processus de détermination de la charge de cas ne tient pas compte de standards de pratique en gestion de cas ; nous ne présumons pas que des standards de pratique similaires étaient appliqués dans les territoires étudiés.

Idéalement, l'établissement d'une charge de cas doit être aligné avec une approche d'intervention, elle-même soutenue par certaines modalités administratives déterminées au niveau de l'organisation. Les charges de cas n'étaient pas identiques dans les trois territoires et les temps de travail utilisés à des activités autres que le service direct et indirect aux clients n'étaient pas contrôlés. L'établissement d'un standard devrait idéalement tenir compte des conditions d'exercice réelles. Nous n'avons pas un mandat aussi large dans le cadre de l'étude d'implantation.

Nous partons d'une expérience d'implantation où le nombre de gestionnaires de cas requis n'était pleinement atteint dans aucune des régions. Comme effet immédiat de cette variabilité entre territoires, il est impossible de valider de façon formelle les données théoriques avec l'expérience concrète.

Enfin, la composition des équipes de gestion de cas a changé en cours d'implantation : des congés, des départs et des remplacements ont eu des effets sur les charges de cas pendant des périodes plus ou moins longues. Nous n'avons pas tenu compte de ces variations, car elles traduisent une réalité du milieu.

Lorsque nous tentons de résumer toutes ces informations en lien avec les modèles privilégiés au Québec, nous retenons trois grands ordres de facteurs à considérer.

1. S'assurer de rejoindre la clientèle à laquelle est destiné le réseau de services intégrés et, à ce titre, il est important de distinguer les clientèles visées par la gestion de cas des autres.
2. S'assurer que l'intervention effectuée par les gestionnaires de cas est bien celle qui est attendue, i.e. une prise en charge globale et continue ayant des assises dans la communauté et qui s'appuie sur une équipe interdisciplinaire dont l'ensemble des expertises contribuent au maintien de l'autonomie, laquelle est nécessaire pour continuer à vivre dans la communauté plutôt qu'en institution. Toutes les parties du réseau ainsi créé devraient être liées par un système commun d'informations cliniques.
3. Pérenniser un système de prise en charge dont la philosophie et les modalités sont partagées entre tous les acteurs locaux et régionaux susceptibles de desservir les personnes âgées en perte d'autonomie, ce système devant être soutenu par une gouverne résolument dédiée à l'approche réseau (plutôt qu'à l'approche « silo »), ce qui comprend la mise en place et le *monitorage* de mesures de coordination inter-organisations et interprofessionnelles (établissements de santé, services sociaux et réadaptation, médecins de famille, médecins spécialistes, pharmacies communautaires, organismes communautaires, résidences privées, logement social et coopératives, entreprises d'économie sociale), ainsi que l'amélioration de l'offre de services (disponibilité d'une gamme de services, accessibilité, continuité et qualité de services).

## Références

1. Long, M.J. Case management model or case manager type? That is the question. *Health Care Manager*, 2002, 20 (4) : 53-65.
2. Scharlach, A.E., Giunta, N. et Mills-Dick, K. Case management in long-term care integration: an overview of current programs and evaluations. Paperwork written for California Center for Long-Term Care Integration, 2001, 84 p.
3. Eggert, G.M., Friedman, B. et Zimmer, J.G. Models of intensive case management. *Journal of Gerontological Social Work*, 1990, 15 (3) : 75-101.
4. Phillips, B. R., Kemper, P. et Applebaum, R.A. The evaluation of the national long term care demonstration. – Chap. 4 – Case management under channeling. *Health Services Research*, 1988, 23 (1) : 67-81.
5. Genrich, S.J. et Neatherlin, J.S. Case manager role – a content analysis of published literature. *Care Management Journals*, 2001, 3 (1), 14-19.

6. Yau, D.C.N., Leung, A.C.T., Yeoh, C. et Chow N.W.S. Global case management : Hong Kong – Care for the hospital-discharged frail elders by nurse case managers : a process evaluation of a longitudinal case management service project. *Lippincott's Case Management*, 2005, 10 (4), 203-212.
7. Enguidanos, S.M., Gibbs, N.E., Simmons, W.J., Savoni, K.J., Jamison, P.M., Hackstaff, L., Griffin, A.M. et Cherin, D.A. Models and systems of geriatric care – Kaiser Permanente community partners project : improving geriatric care management practices. *American Geriatrics Society*, 2003, 51 (5) : 710-714.
8. Hackstaff, L., Davis, C. et Katz, L. The case for integrating behavior change, client-centered practice and other evidence-based models into geriatric care management. *Social Work in Health Care*. 2004, 38 (3) : 1-19.
9. American Health Consultants/Case Management Society of America – AHC/CMSA Setting case management caseloads remains tricky business. *Case Manager*. July-Aug 2001, 12 (4) : 53.
10. American Health Consultants. Job responsibilities should determine case managers' caseload. *Hospital Case Management*, 2000, 8 (7) : 97-100.
11. Zimmer, J.G., Eggert, G.M. et Chiverton, P. Individual versus team case management in optimizing community care for chronically ill patients with dementia. *Journal of Aging and Health*, 1990, 2 (3) : 357-372.
12. Department of Health in United Kingdom. Supporting people with long term conditions : liberating the talents of nurses who care for people with long term conditions, 2005, 30 pages.
13. Challis D., Darton, R., Hughes, J., Stewart, K. et Weiner, K. Intensive care-management at home : an alternative to institutional care ? *Age and Ageing*, 2001, 30 : 409-413.
14. Pacala, J.T., Boulton, C., (1996). Factors influencing the effectiveness of case management – managed care organizations. *The Journal of Case Management*, 1996, 2 :27-33.
15. Quinn, J. Case management in home and community care. *New developments in home care services for the elderly : innovations in policy, program, and practice*. Ed. LW Kaye, Hayworth Press, 1995, 233-248.
16. Noelker, L.S. Case management for caregivers. *Care Management Journal*, 2002, 3 (4) : 199-204.
17. Gagnon, A.J, Schein, C., McVey, L. et Bergman, H. Randomized controlled trial of nurse case management of frail older people. *Journal of American Geriatrics Society*, 1999, 47 (9) : 1118-1124.
18. Diem E., Alcock, D., Gallagher, E., Angus, D. et Medves, J. Looking beyond caseload numbers for long-term home-care case managers. *Care Management Journals*, 2001, 3 (1) : 2-7.

19. Diwan, S. Allocation of case management resources in long-term care : predicting high use of case management time. *The Gerontologist*, 1999, 39 (5) : 580-590
20. Massie, C.Z. A method to determine case manager caseloads in long-term care. *Journal of Case Management*, 1996, 5 (1) : 25-31.
21. King, R., Meadows, G. et LeBas, J. Compiling a caseload index for mental health case management. *Australian & New-Zealand Journal of Psychiatry*, 2004, 38 (6) : 455-462.
22. Hadjistavropoulos, H., Bierlein, C., Neville, S., McNeil, D., Bremner, C., Ell, G.L., Jacobs, T., Sagan, M., Quine, A., White, T. et Bourgault, M. Managing continuity of care through case co-ordination. Rapport de recherche. *Canadian Health Services Research Foundation*, Ottawa, Ontario, 2003, 48 pages.
23. Saucier, A. et Lafontaine, P. – Institut de la statistique du Québec – Gouvernement du Québec. Enquête québécoise sur les limitations d'activités. Chapitre 2 – Prévalence et gravité de l'incapacité dans la population québécoise, 1998, 73-87.
24. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Un défi de solidarité – les services aux aînés en perte d'autonomie – Plan d'action 2005-2010, 2005.
25. Tremblay, R. et Berthelot, M. – Institut de la statistique du Québec – Gouvernement du Québec. L'incapacité et les limitations d'activités au Québec – un portrait statistique à partir des données de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités 2001 (EPLA), 2006, 27-79.
26. Hébert, R., Dubuc, N., Buteau, M., Roy, C., Desrosiers, J., Bravo, G., Trottier, L. et St-Hilaire, C. (1997). Services requis par les personnes âgées en perte d'autonomie. Évaluation clinique et estimation des coûts selon le milieu de vie. Rapport de recherche. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Direction de l'évaluation, Québec, 1997.
27. Gervais, P., Hébert, R. et Tousignant, M. Profils d'autonomie fonctionnelle des personnes âgées vivant dans les résidences privées d'hébergement en Estrie. Mémoire de maîtrise en gérontologie, 2004.

### Lectures suggérées

- Challis, D. *Case management : problems and possibilities*. PSSRU, University of Kent, Canterbury, 1989 : 9-22 .
- Denis, J.-L., Beaulieu, M.-D., Hébert, Y, Langley, A., Lozeau, D., Pineault, R. et Trottier, L.-H. L'innovation clinico-organisationnelle dans les organisations de santé. Rapport au FCRSS, 2001, 22 pages.
- Eggert, G.M., Zimmer, J.G., Hall, W.J. et Friedman, B. (1991). Case management : a randomized controlled study comparing a neighborhood team

- and a centralized individual model. *Health Services Research*. 26 (4) : 471-507.
- HMO Workgroup on Care Management. Geriatric case management : challenges and potential solutions in managed care organisations, Jan 1999, 37 pages.
- Hromco, J.G., Moore, M.W. et Nikkel, R.E. How managed care has affected mental health case management activities, caseloads and tenure. *Community Mental Health Journal*, 2003, 39 (6) : 501-509.
- Issakidis, C., Sanderson, K., Teesson, M., Johnston, S. et Buhrich, N. Intensive case management in Australia : a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1999, 99 (5) : 360-367.
- Jeandel, C., Pfitzenmeyer, P. et Vigouroux, P. Un programme pour la gériatrie. Rapport commandé par le ministre de la Santé et des Solidarités et le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille en France, 2006.
- Johri, M., Béland, F. et Bergman, H. International experiments in integrated care for the elderly : a synthesis of the evidence. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2003, 18 : 222-235.
- King, R., LeBas, J. et Spooner, D. The impact of caseload on the personal efficacy of mental health case managers. *Psychiatric Services*. 2000, 51 (3) : 364-368.
- Leutz, Walter N. Five laws for integrating medical and social services : lessons from the United States and the United Kingdom. *The Milbank Quarterly*, 1999, 77 (1) : 77-110.
- Meldrum, I. et Yellowlees, P. The measurement of a case manager's workload burden. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2000, 34 : 658-663.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Les orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, 2001, 47 pages.
- Mollica, R. Coordinating services across the continuum of health, housing and supportive services. *Journal of Aging and Health*, 2003, 15 (1) : 165-188.
- NHS Institute for Innovation and Improvement. Supporting people with long-term conditions, a NHS and Social Care model to support local innovation and integration, 2006, 38 pages.
- NHS Institute for Innovation and Improvement. Improving care for people with long-term conditions – a review of UK and international frameworks, University of Birmingham, 2006, 36 pages.



- Paradis, M., Bonin, L., Tourigny, A. et Durand, P.J. Réseau de services intégrés aux aînés des Bois-Francs – Mécanisme de coordination des services géro-geriatriques. Rapport de l'évaluation d'implantation et de processus, CQRS et FASS, 2001, 164 pages.
- Reed, J., Cook, G., Childs, S. et McCormack, B. (2005). A literature review to explore integrated care for older people. *International Journal of Integrated Care*. Vol. 5 : 1-10. Source : <http://www.ijic.org/>
- Reese, D. J. et Sontag, M.-A. Successful interprofessional collaboration on the hospice team. *Health and Social Work*, 2001, 26 (3) : 167-175.
- Vanchieri, C. Eye on the elderly. *Hospitals & Health Networks*, 1998, 72 (12) : 54.
- Warner, M. et Gould, N. Integrated care networks and quality of life : linking research and practice. *International Journal of Integrated Care*, 2003, (3) : 1-9. Source : <http://www.ijic.org/>

# Chapitre 24

## Utilisation des données de recherche aux fins de gestion

---

Linda Dieleman, Pierre Richard, Céline Bureau,  
Johanne Bolduc

---

### Points saillants

- Le contexte d'implantation des réseaux intégrés en Estrie est présenté avec son historique et l'état des lieux avant le début du projet PRISMA-Estrie
- L'utilité des données et des outils de la recherche est discutée :
  - L'apport des profils Iso-SMAF est discuté. La fonction gestion de cas est présentée, tout comme l'implantation des Guichets uniques et du PRISMA-7. La concertation et les partenariats sont exposés. Les coûts de la mise en réseau de services sont abordés, incluant la dimension gestion de cas.
- Enfin, des pistes pour d'autres sujets de recherche sont proposées.

### Introduction

Dans le cadre de la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées, les gestionnaires sont invités à passer de la gestion de ressources en établissement à la gestion d'un réseau de services. Voilà tout un défi à relever qui fait appel à de nouvelles compétences de gestion et qui nécessite de nouvelles données cliniques et de gestion.

Ce virage suscite beaucoup de questions sur les meilleures pratiques à mettre en place ainsi que sur les modalités organisationnelles qui peuvent soutenir ces pratiques. De plus, au fur et à mesure qu'on transforme le réseau, qu'on expérimente de nouvelles façons de faire, les gestionnaires, soucieux d'exercer un réel leadership en matière de transformation du réseau, requièrent un « feedback » sur l'implantation et sur les effets de ces nouvelles pratiques. Cette rétroaction permet aux gestionnaires et aux intervenants d'apprécier l'avancement des travaux, de s'ajuster au besoin ou de rechercher de nouvelles solutions afin d'atteindre les résultats visés.

Cependant, certaines questions demeurent parfois sans réponse et il devient très difficile, voire même impossible, de mesurer les effets de la mise en

place du nouveau programme sur le maintien de l'autonomie des personnes âgées. Dans un contexte d'expérimentation et de vélocité des changements où la rapidité d'adaptation, la souplesse, la nécessité d'innovation et le réseautage sont les clés du succès, un partenariat avec les chercheurs dans le cadre d'une recherche représente donc une solution gagnante !

## Contexte

Les travaux sur la mise en réseau de services pour les personnes âgées en perte d'autonomie sont en marche depuis 1996 en Estrie. Les gestionnaires ont pu tirer des leçons de l'expérience de transformation du réseau en 1995, alors que les établissements, dans six des sept territoires de la région de l'Estrie, ont fusionné. Ainsi, les Centres locaux de services communautaires (CLSC), les Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et les Centres hospitaliers de courte durée (CHCD) se sont regroupés sous une même gouverne. Ce virage a préparé le terrain à l'intégration des services. Des transformations semblables se sont aussi opérées à Sherbrooke au cours des années qui ont suivi, en ce qui concerne les CLSC et les CHSLD, alors que la fusion s'est opérée horizontalement au niveau des CHCD.

Dès 1996, le « Plan régional d'organisation des services aux personnes âgées » (PROS)<sup>1</sup> invite déjà les gestionnaires et intervenants à mettre en place des services continus et complémentaires et à considérer la personne âgée comme une utilisatrice d'un réseau de services plutôt qu'une cliente captive de l'établissement. Le PROS prend forme en Plans locaux d'organisation des services (PLOS) élaborés par les CLSC et leurs partenaires, tous réunis autour des Tables de concertation locales.

Les « Orientations concernant les services aux personnes âgées »<sup>2</sup> en 1998 recommandent la mise en place de réseaux intégrés, incluant un système de triage commun, une approche par gestion de cas et le Plan de services individualisé (PSI). Dès 1999-2000, les activités de concertation des territoires s'intensifient et contribuent à l'émergence de réseaux de services. Les travaux se poursuivent à la suite de la diffusion des « Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie<sup>3</sup> » élaborées par le MSSS en 2001. La région de l'Estrie continue sur sa lancée !

Les composantes de la mise en réseau de services se mettent en place graduellement. L'année 1998 marque le début de l'implantation de l'Outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) dans les CLSC puis dans les CHSLD comme outil de transmission, des ressources intermédiaires (RI), des ressources de types familial (RTF) et des établissements régionaux en 2000-2001.

Pour les établissements autres que les CLSC, le niveau d'utilisation était d'abord axé sur le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) et sur l'OEMC lors de demandes d'accès à l'hébergement. Une décentralisation des mécanismes d'accès à l'hébergement vers les sept territoires a été réalisée

en 2000 afin de favoriser un rapprochement vers les guichets uniques, implantés à leur tour à partir de 2001. Les travaux concernant le système de classification des besoins par profil Iso-SMAF pour les clientèles hébergées ont débuté en 2000. Dès 2001, la région applique une méthode d'allocations financières en hébergement (CHSLD) à partir des profils Iso-SMAF et dans le cadre de la méthode d'équité<sup>4</sup>. Le début de l'implantation de la fonction gestion de cas s'effectue en 2001-2002, ainsi que l'implantation du PRISMA-7 (voir chapitre 22<sup>5</sup>) comme outil de repérage des personnes à risque de perte d'autonomie en 2002. Le dossier clinique informatisé SIGG (Système d'information géronto-gériatrique) est déployé à partir de 2002 dans les sept CLSC et dans trois établissements régionaux concernés. Des travaux se poursuivent afin de rendre l'application disponible dans l'ensemble des Groupes de médecine de famille (GMF) de la région. D'autres travaux régionaux portant sur le PSI ont été réalisés à divers moments au cours des dernières années pour l'ensemble des programmes clientèles concernés et se poursuivent jusqu'à ce jour.

Dans le cadre de ce contexte en perpétuelle mutation, les gestionnaires sont appelés à gérer le changement et à exercer un leadership dans leur réseau de services malgré l'ambiguïté du contexte et les paradoxes de gestion. La vision est claire : on sait où on veut aller, mais on ne sait pas toujours comment y arriver et on a plus de questions que de réponses quant à la gestion des nouveautés à mettre en place. L'engagement des gestionnaires est au rendez-vous et le partenariat avec les chercheurs de PRISMA-Estrie se met en place dès l'an 2000.

### **Données et outils de la recherche**

Les partenaires impliqués dans la recherche conviennent au départ d'utiliser le modèle PRISMA, tel que proposé par les chercheurs, afin de définir le réseau intégré. Ce modèle a été conçu en six composantes : la concertation des partenaires, une porte d'entrée unique, la gestion de cas, le plan de services individualisé, un outil unique d'évaluation (avec un système de classification) et un système d'information. La recherche a produit des données sur chacune des composantes de la mise en réseau de services. Dans sa dimension de recherche populationnelle, qui doit se mesurer aux conditions réelles du terrain, l'agencement des forces de l'ensemble des partenaires, des acteurs locaux, des décideurs et des chercheurs a permis d'élaborer des outils afin de soutenir la mise en place des réseaux intégrés.

Bien que l'ensemble des données fournies par la recherche ait été utile pour les gestionnaires, notons qu'au plan régional et local les données de recherche en lien avec l'implantation des profils Iso-SMAF, la fonction gestion de cas, l'outil de repérage PRISMA-7, les études sur la concertation et le calcul des coûts de l'implantation de la mise en réseau de services se sont démarqués de façon plus particulière.

L'implantation d'autres composantes, comme le SMAF dans l'OEMC et le dossier clinique informatisé SIGG, a été accélérée puisque le contenu fournissait souvent la matière première devant être exploitée dans le cadre de la recherche. Dans plusieurs cas, le SIGG a agi comme levier dans le cadre de l'implantation des réseaux.

Nous sommes d'avis que les travaux de recherche nous ont inculqué un réflexe de rigueur que nous avons transposé dans le choix et la production de données cliniques de qualité visant à supporter nos opérations de suivis de gestion. Devant la nécessité d'obtenir des informations justes pour prendre les bonnes décisions, des travaux ont été mis en place par les gestionnaires afin d'assurer la qualité des données cliniques contenues dans l'OEMC, dans le système d'information I-CLSC et dans SIGG : la recherche supporte le travail clinique et ce dernier alimente le travail des gestionnaires.

### **Profils Iso-SMAF**

Les données de recherche concernant les profils Iso-SMAF ont permis aux gestionnaires de consolider la gestion des mécanismes d'accès à l'hébergement décentralisés dans les sept territoires, de soutenir l'organisation des services en hébergement et de mettre à jour la méthode d'allocations financières du volet hébergement. Les données des rapports intérimaires ont permis d'apprécier les effets de la mise en réseau de services sur l'autonomie des personnes âgées en fonction des profils Iso-SMAF. Les travaux issus de la Montérégie<sup>6</sup> concernant les services à domicile nous ont amenés à introduire l'exploitation des données sur l'indice de lourdeur des clientèles (ILC) en hébergement.

En effet, l'implantation de profils Iso-SMAF comme système de gestion axé sur la classification des besoins des usagers en profil type d'autonomie fonctionnelle a été des plus utiles à divers niveaux. Tout d'abord, les profils ont permis de dresser un portrait des clientèles hébergées en CHSLD et en ressources non institutionnelles, de déterminer des profils d'accueil des différentes ressources, de répartir l'allocation budgétaire à l'intérieur de la méthode d'équité – volet hébergement –, de déterminer des critères d'admissibilité aux différentes ressources d'hébergement et à la gestion de cas et de soutenir l'organisation de services en fonction des besoins des clients au niveau des RI, des RTF et de certains services comme des centres de jours. Des travaux au regard de l'ILC ont aussi été introduits afin de monitorer l'évolution de la clientèle. Il est à noter que l'ILC mesure l'importance des besoins de la clientèle uniquement en regard des soins infirmiers, de soins d'assistance et des services de soutien (AVD).

L'expérience et les retombées de l'exploitation des profils Iso-SMAF sont significatives au point où la région est en voie d'implanter ce système dans le cadre des services à domicile, incluant les ressources privées d'hébergement. Des travaux visent du même coup à rendre l'information disponible concernant les besoins de la clientèle du « Programme-services Perte d'autonomie liée au

vieillesse » (PALV) pour l'ensemble du continuum de services et à adapter l'organisation des services de soutien à domicile afin de se conformer à la Politique de soutien à domicile *Chez soi : le premier choix*<sup>7</sup> en assurant l'optimisation des ressources à domicile.

Les profils Iso-SMAF sont aussi utilisés au plan régional dans le cadre des ententes de gestion, en lien avec des cibles portant sur des taux de conformité des profils des clientèles admises dans le réseau d'hébergement et en lien avec des cibles au regard du taux d'hébergement.

Notons que l'utilisation des profils Iso-SMAF pour des fins d'allocations financières agit comme levier auprès des directions générales, cadres et intervenants lors de l'opération annuelle de la mesure des besoins des clientèles hébergées et dans la mise en place des processus requis afin de produire des données de qualité. Au plan opérationnel, ce système de classification est très utile pour les comités locaux d'accès à l'hébergement qui utilisent les résultats comme balises pouvant étayer leur jugement clinique dans le cadre de décisions d'orientation de clientèles.

Finalement, ce système reçoit la faveur des intervenants, car il exploite les données de l'OEMC et du SMAF telles que complétées par les cliniciens. On peut donc puiser des données de gestion dans les données cliniques. Ceci constitue un atout important pour les organisations, car intervenants et gestionnaires travaillent désormais avec les mêmes outils pour prendre des décisions parfois communes, parfois dans l'exercice de chacun de leur niveau de responsabilités.

## Fonction gestion de cas

La gestion de cas est une fonction centrale dans la mise en réseau de services. Cette fonction d'évaluation des besoins de la clientèle, de coordination et de mise en place du PSI et de courtage au travers du réseau de services au bénéfice de la personne et de ses proches fait toute la différence pour la clientèle et se situe au cœur des réseaux intégrés de services.

Les données de recherche ont permis aux différents territoires de choisir le modèle qui convenait le mieux à leur contexte, et ce, tel que convenu régionale-ment. Certains territoires ont préféré implanter le modèle à rôle unique (clientèle homogène, soit seulement usagers en gestion de cas et rôle de coordination excluant les services de sa profession) comme première étape et ont par la suite migré vers d'autres modèles, comme le modèle hybride (clientèle homogène en gestion de cas avec rôle partagé de coordination en majeure et en fonction de sa profession en mineure). À ce jour, quatre territoires fonctionnent avec le modèle hybride, tandis qu'un autre privilégie le modèle unique et deux sont en mode mixte (clientèle hétérogène admissible ou non à la gestion de cas et rôle partagé de coordination conjugué avec rôle professionnel).

Les données de recherche ont fourni, au plan organisationnel, des informations pouvant servir de balises pour les divers réseaux locaux dans le cadre de l'implantation de cette fonction, par exemple, une définition de la population

cible (personnes en perte d'autonomie modérée à grave), des critères d'admissibilité (profil Iso-SMAF de 4 et plus, donc en perte d'autonomie significative et besoin de services long terme) et des critères de fermeture de dossier (hébergement, décès, déménagement hors territoire).

La recherche a produit un autre résultat concret, soit la méthode de calcul concernant le nombre de gestionnaires de cas requis en fonction de la population cible (voir chapitre 23<sup>8</sup>). Cette méthode a été utilisée par l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie dans le cadre d'allocations budgétaires visant la mise en place de gestionnaires de cas. À la suite d'une demande de l'Agence, la méthode vient d'être révisée en 2006. L'Agence compte s'en inspirer à nouveau afin d'apporter des ajustements au nombre de gestionnaires de cas requis afin de rejoindre la clientèle cible à la suite d'une entente avec les établissements. Des indicateurs de gestion concernant le nombre de gestionnaires de cas à mettre en place en fonction de budgets déboursés et annualisés ainsi que le nombre d'usagers à rejoindre font l'objet des ententes de gestion entre l'Agence et les établissements au plan régional.

La mise à jour de la méthode permet aussi de prendre du recul et de s'interroger sur l'évolution de la gestion de cas depuis son implantation, en fonction de la définition de l'essence même de la fonction. Les gestionnaires des établissements pourront utiliser cette information afin de faire le point sur les pratiques dans les différents territoires et d'apporter des ajustements au besoin.

Les données de recherche produites à la suite d'une enquête postale auprès de médecins de famille<sup>9</sup> soulèvent un manque d'information des médecins sur les rôles des gestionnaires de cas et leur clientèle et ont inspiré des démarches de la part des Centre de santé et de services sociaux (CSSS) afin d'identifier des pistes d'action.

1. Comment rejoindre le médecin ?
  - Par courrier, télécopie, par l'infirmière du GMF ou sa secrétaire
2. Quand et quoi communiquer ?
  - Au début de la prise en charge par la gestionnaire de cas
  - Si la condition biopsychosociale de l'usager est instable ou se détériore
  - Au congé d'hospitalisation par envoi au médecin de la feuille sommaire
  - Lors d'une réévaluation, même si la situation est stabilisée
  - Une fois le plan de services individualisé complété ou modifié
  - Si visite à l'urgence significative
  - Si décès
3. Autres commentaires :
  - Avoir les coordonnées des gestionnaires de cas
  - Connaître le processus d'accès aux services à domicile
  - Avoir un retour d'information à la suite d'une référence
  - Connaître la nature des services disponibles
  - Avoir un accès direct aux gestionnaires de cas

## Guichets uniques et PRISMA-7

Les établissements ont implanté les guichets uniques en fonction de l'organisation des services au plan local et en collaboration avec les partenaires des tables de concertation des territoires. Les modèles variés ont connu une évolution dans le temps, mais la fonction de porte d'entrée unique pour les personnes âgées vulnérables et leurs proches, qui ont besoin de services de soutien à domicile ou qui requièrent un hébergement, est retenue par l'ensemble des territoires.

En règle générale, le guichet unique est implanté à la porte d'entrée de l'établissement du CSSS où une équipe interdisciplinaire s'assure de l'accueil, de l'évaluation, du suivi et de la relance des demandes de services. Les personnes âgées elles-mêmes ou les partenaires du réseau (CH, Centre de Réadaptation, organismes communautaires, GMF, cliniques médicales, etc.) y orientent de façon plus particulière les personnes à risque de perte d'autonomie qui sont entrées en contact avec eux. En ce sens, le guichet unique peut aussi être comparé à un réseautage des portes d'entrée. L'utilisateur n'a donc jamais l'impression de frapper à la mauvaise porte. Le guichet unique est une composante qui contribue à l'accessibilité et à la continuité des services. Il devient le lieu de référence des divers acteurs du réseau local de services.

Afin d'actualiser la fonction de repérage, les chercheurs ont développé le PRISMA-7 à la suite d'une demande de soutien de la part des gestionnaires. Cet outil est fort intéressant, car il peut être utilisé par tous les partenaires du Réseau local de services (RLS) (unités d'urgence, médecins de famille et GMF, cliniques préparatoires à la chirurgie et autres unités de soins, organismes communautaires, pharmacies communautaires, entreprises d'économie sociale, ressources privées d'hébergement, etc.).

Notons que l'influence de la recherche s'est aussi fait sentir dans le maintien de l'importance de faire du repérage.

## Concertation et partenariat

Dès lors que les Plans locaux d'organisation de services (PLOS) se sont animés, plusieurs territoires ont vu la concertation des partenaires prendre forme autour des clientèles de la localité, et ce, dans le respect des orientations ministérielles et régionales, favorisant le maintien à domicile. Et la recherche est venue appuyer cette orientation avec force. La recherche a fourni les outils nécessaires pour mesurer la concertation et les formes de collaboration entretenues au sein du partenariat : nature des sujets traités, fréquence des réunions, taux de participation aux rencontres, pertinence des dossiers, satisfaction des participants et reconnaissance du leadership. Ces outils, mis au point par les chercheurs, donnent en fait aux gestionnaires des critères selon lesquels ils peuvent mesurer le degré d'implantation et la justesse de leur structure de concertation.



Les partenaires locaux :

- se sont découverts mutuellement et ont fait la liste des ressources dont ils disposaient pour les gens de la région (la mise en place d'un réseau) ;
- ont passé des ententes de services afin de devenir complémentaires les uns des autres (actualisation du PSI) ;
- ont dressé la liste des besoins de la clientèle laissés sans réponse et pour lesquels le réseau local de services doit trouver des solutions (trouver de nouveaux partenaires en hébergement privé, partager des activités de formation) ;
- se sont donné un plan de travail concret pour améliorer les services qu'ils fournissent aux gens âgés en perte d'autonomie dans leur communauté : ateliers, séminaires, formation pour les proches aidants, approche spécifique pour la personne atteinte de maladie d'Alzheimer...

### **Coûts de la mise en réseau de services**

La question des coûts d'implantation et de fonctionnement des composantes du réseau intégré a été incorporée dans le protocole de recherche et souhaitée par les gestionnaires afin de leur donner des réponses à la question : les sommes allouées à la mise en place et au fonctionnement des composantes du réseau sont-elles une façon judicieuse de répondre aux besoins des personnes âgées ? Au début de notre parcours en Estrie, nous nous sommes inspirés de travaux menés dans le cadre du projet SIPA<sup>10</sup> ainsi que de l'expérience des Bois-Francs<sup>11</sup>, à partir de laquelle nous avons importé plusieurs concepts et méthodes de travail. À l'époque, les coûts d'implantation de ces deux expériences étaient forts différents. Il était difficile pour l'Estrie de déterminer, en début d'implantation, quelle serait véritablement la hauteur des coûts d'implantation et de fonctionnement. Tous les budgets investis proviennent de l'enveloppe régionale destinée aux services aux personnes âgées en perte d'autonomie, maintenant connue sous l'appellation Programme-Services PALV. La région n'a pas bénéficié d'enveloppe budgétaire supplémentaire pour ce faire. Les ressources financières limitées, alors que les besoins des personnes âgées vulnérables sont quant à eux grandissants, obligent la région, tout comme toutes les autres régions du Québec, à faire des choix difficiles et à prendre des décisions. Comme la mise en réseau de services a été ciblée en tant que solution gagnante afin d'assurer la continuité de services, nous avons choisi d'y faire des investissements au détriment d'autres services. Ceci dit, les gestionnaires régionaux et locaux voulaient connaître de façon plus précise les coûts de la mise en réseau de services.

À l'époque, l'Agence allouait déjà des budgets pour soutenir des activités des tables de concertation dans les différents territoires. Des budgets ont suivi, visant la mise en place de gestionnaires de cas et des budgets régionaux ont été débloqués afin de contribuer aux fonds du partenariat SIGG, visant à améliorer la solution développée par la région des Bois-Francs, en attendant la solution

provinciale. Finalement, des budgets ont soutenu le déploiement du SIGG dans les CLSC et les établissements régionaux concernés afin de soutenir la mise en réseau de services.

Les données de recherche sur le calcul des coûts nous ont indiqué que nous étions sur la bonne voie et que les sommes allouées nous permettaient de contribuer de façon significative à la mise en place de composantes essentielles à l'intégration des services. Nous avons choisi un « montage » de répartition des budgets qui concourait à l'intégration véritable par divers dispositifs tels la concertation, le guichet unique, la gestion de cas, etc.

Les données de la recherche prouvent donc que les choix estriens sont judicieux. Toutefois, d'autres données de recherche, notamment en rapport avec le nombre de gestionnaires de cas requis en fonction de la population cible permettent de constater un écart notable entre les ressources disponibles et le nombre de personnes à rejoindre. Nous sommes à conclure des travaux afin de fixer des cibles atteignables d'ici 2011.

## **Conclusion**

Les données de la recherche ont soutenu les gestionnaires tout au long de l'implantation et continuent d'être utiles pour le fonctionnement des réseaux : une meilleure définition des concepts et une plus grande appréciation des résultats attendus.

Dans le cadre de cette recherche, nous sommes convaincus que l'influence des gestionnaires sur les chercheurs, ainsi que celle des chercheurs sur les gestionnaires, nous a permis respectivement d'aller beaucoup plus loin dans l'accomplissement de nos fonctions et a contribué à rehausser la qualité du produit livré, et ce, au profit des personnes âgées vulnérables et de leurs proches. De plus, les critères développés par PRISMA pour établir le portrait de l'implantation des composantes de l'intégration des services ont inspiré fortement le MSSS dans l'élaboration de son Outil de suivi de l'implantation des réseaux de services intégrés aux personnes âgées (OSIRSIPA) qui sera diffusé sous peu.

## **Des pistes pour d'autres sujets de recherche**

Si nous avons à poursuivre nos travaux de recherche, il serait intéressant de poursuivre les efforts de compréhension des changements des pratiques professionnelles en lien avec leur contexte. Il serait également utile d'essayer de qualifier la mise en place ou la construction des nouveaux réseaux sociaux qui émergent actuellement des exercices de concertation locaux pour mieux répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement : en quoi ces réseaux viennent-ils supporter les familles, les proches ou en quoi prendront-ils la place de ces derniers ? Les proches seront-ils des clients ou des partenaires ?

Sur la composante « planification des services », il serait requis de mettre au point, de tester et de monitorer un outil informatisé PSI lié à l'OEMC et de développer l'intégration du suivi systématique de maladies chroniques dans le PSI.

1. Pour la planification des services, développer des outils pour saisir le modèle utilisé et faire un lien avec l'autonomisation.
2. Pour la consolidation des réseaux de soutien aux proches : en quoi la fonction de gestionnaire de cas vient-elle supporter la contribution des proches (autonomisation) pour le maintien de l'autonomie des gens malades ?
3. Pour l'intégration des services : le concept des réseaux intégrés de services est à la base du développement des RLS. La mise en commun d'outils cliniques (OEMC, PSI) vient qualifier chaque RLS. Pourquoi ?

Au chapitre de la gestion de cas, il pourrait être pertinent de développer des outils pour saisir le modèle utilisé et faire un lien avec l'autonomisation. Certaines questions entourant la composante « concertation » pourraient être examinées, notamment comment les fusions administratives viennent appuyer ou freiner l'intégration clinique.

D'autres questions émergent concernant l'utilité des pratiques de transdisciplinarité dans le cadre de réseaux intégrés et l'optimisation des structures afin de favoriser la transversalité entre les programmes-services (en plus des suivis systématiques des clientèles à la suite du PSI). Finalement, des besoins émergent autour de l'adaptation des profils Iso-SMAF aux caractéristiques des clientèles émergentes vieillissantes (personnes avec déficience physique, déficience intellectuelle ou problème de santé mentale) et de l'adaptation de l'offre de service en courte durée pour les personnes âgées en lien avec la mise en réseau de services.

Il reste donc beaucoup de questions en suspens. Nous espérons qu'elles pourront être traitées dans le cadre d'un partenariat chercheurs, décideurs et acteurs locaux.

## Références

1. Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie. *Plan régional d'organisation de services aux personnes âgées*, Québec, 1996, 166 p.
2. Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie. *Orientations concernant les services aux personnes âgées*, Québec, 1998, 105 p.
3. Québec (Ministère), Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, Québec, 2001, 47 p.
4. Tousignant, M. et al. *Application of a case-mix classification based on the functional autonomy of the residents for funding long-term care facilities. Age and Ageing*, Québec, 2003, 32 : 60-66.

5. Raïche, M. et al. *Le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave avec le questionnaire PRISMA-7 : présentation, implantation et utilisation*, Dans Hébert R., A. Tourigny et M. Raïche, *L'intégration des services : Les fruits de la recherche pour nourrir l'action*, Edisem, Québec, 2007.
6. Tousignant, M. et al. *Home-care programmes for older adults with disabilities in Canada : How can we assess the adequacy of services provided compared with the needs of users ?* Health & Social Care in the Community, 2007, 15 (1), 1-7.
7. Québec (Gouvernement), Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Politique de soutien à domicile Chez soi : le premier choix*, Québec, 2003, 43 p.
8. Veil, A. et Hébert, R. *Estimation des ressources en gestion de cas dans un territoire*, Dans Hébert, R., A. Tourigny et M. Raïche, *L'intégration des services : Les fruits de la recherche pour nourrir l'action*, Edisem, 2007.
9. Milette, L., Hébert, R. et Veil, A. *Early perceptions of family physicians regarding the introduction of integrated service delivery networks for older people*. Canadian Family Physician Journal, 2005, 51 : 1104-1105.
10. Béland, F. et al. *A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada : results from a randomized controlled trial*, Journal of Gerontology – Series A Biological Sciences and Medical Sciences, 2006, 61 (4) : 367-73.
11. Tourigny, A. et al. *Quasi-experimental Study of the Effectiveness of an Integrated Service Delivery Network for the Frail Elderly*, Canadian Journal on Aging, 2004, 23 (3) : 231-46.



# Chapitre 25

## Clientèles en déficience physique et intellectuelle desservies en CLSC : Représentation des besoins liés à l'autonomie fonctionnelle selon la classification des profils Iso-SMAF

---

Nicole Dubuc, Michel Tousignant, Danielle Benoit, Guylaine Allard, Myriam Bergeron, Lise Trottier, Réjean Hébert

---

### **Points saillants**

Pour mettre en place une organisation de services selon l'intensité requise et adaptée aux besoins des clientèles du programme de soutien à domicile (SAD), l'évaluation des besoins des personnes est une étape essentielle.

Dans cette étude, les données SMAF de 8 251 dossiers du programme perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) et de 1 762 dossiers en déficience physique (DP) et déficience intellectuelle (DI) ont été recueillies et classifiées selon 14 profils d'autonomie Iso-SMAF.

Sans aucune modification à la classification originale, la classification des profils Iso-SMAF permet de représenter les besoins associés aux caractéristiques d'autonomie fonctionnelle de 87 % des personnes en DP et DI.

Le classement est supérieur pour les personnes de plus de 18 ans. Pour les personnes de 18 ans et moins les écarts peuvent s'expliquer cliniquement lorsque l'on considère certains facteurs comme l'âge ou que l'on inspecte les données liées à chacun des items du SMAF.

### **Introduction**

Au Québec, les agences de la santé et des services sociaux, en concertation avec les instances locales, sont responsables de l'organisation de l'offre de services y compris les services de soutien à domicile qui font partie des services destinés à l'ensemble de la population. Les services de soutien à domicile s'adressent aux personnes qui ont une incapacité temporaire et aux clientèles particulières qui requièrent des services à moyen et à long terme (MSSS, 2004a). Les clientèles particulières sont les personnes en perte d'autonomie, les personnes

atteintes d'une maladie chronique dont le cancer, les personnes en fin de vie, les personnes qui ont une déficience physique, intellectuelle ou un trouble envahissant du développement, les personnes qui ont des problèmes de santé mentale et autres. Pour mettre en place une organisation de services selon l'intensité requise et adaptée aux différents besoins des clientèles, l'évaluation des besoins des personnes est donc une étape essentielle (MSSS, 2004b).

C'est dans ce contexte qu'en 2002 l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie et la table des directeurs généraux des CLSC ont décidé d'entreprendre avec le soutien de chercheurs du Centre de recherche sur le vieillissement (CRV) des travaux en vue d'élaborer une méthode permettant de mesurer l'adéquation des services aux besoins des clientèles du programme de soutien à domicile (SAD) (Tousignant et al., 2007). Dans le cadre de ces travaux, l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC), incluant le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), fut systématiquement utilisé et mis à jour annuellement pour toutes les personnes desservies par le SAD (MSSS, 2000). La méthode de mesure de l'adéquation des services repose sur un système de classification nommé « les profils Iso-SMAF » constituant l'outil de base pour identifier le portrait de la clientèle en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) et mesurer l'adéquation des services (Dubuc et al, 2006). Un système de classification représente une méthode pratique d'organiser et de résumer un grand ensemble d'éléments ou de caractéristiques en groupes plus petits d'éléments, de manière à ce que l'information puisse être plus facilement et rapidement comprise (Everitt et al, 2001). D'un point de vue clinique, cette manière d'organiser l'information est souvent utilisée pour mieux cerner et distinguer les caractéristiques des personnes présentant divers problèmes de santé (Dilts et al, 1995). Cette information devient ainsi utile à l'instauration des plans de traitement ou d'organisation de services adaptés aux divers sous-groupes.

Rappelons que suivant une méthodologie scientifique rigoureuse, les profils Iso-SMAF ont été conçus pour représenter les besoins liés à l'autonomie fonctionnelle des personnes en perte d'autonomie causée par le vieillissement. Par ailleurs, d'autres clientèles sont visées par le programme SAD, notamment les personnes présentant une déficience physique (DP) et celles présentant une déficience intellectuelle (DI). Jusqu'à maintenant, il n'existe pas de système clinico-administratif similaire aux profils Iso-SMAF et spécifiquement adapté pour soutenir la gestion des services offerts à ces clientèles. Devant l'absence d'un tel système, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie a décidé de vérifier dans quelle mesure la classification des profils Iso-SMAF pourrait être utile à cette fin.

Dans ce contexte, l'objectif général de cette étude était d'explorer dans quelle mesure la classification des profils Iso-SMAF peut s'adapter aux clientèles DP-DI pour représenter leurs besoins associés à leurs caractéristiques d'autonomie fonctionnelle.

De façon plus spécifique, les objectifs étaient :

1. déterminer les profils Iso-SMAF des clientèles en DP et DI du soutien à domicile des CLSC de la Montérégie ;
2. d'analyser le pourcentage de personnes correctement classifiées ;
3. pour les personnes présentant des écarts aux profils Iso-SMAF (profils distants), d'identifier les éléments susceptibles d'expliquer les différences.

## **Méthodologie**

### **Population à l'étude**

La population à l'étude fut constituée de l'ensemble des personnes de la clientèle long terme des programmes SAD des 19 CLSC de la Montérégie. Les personnes admissibles étaient celles constituant la clientèle long terme des profils usagers d'intervention DP et DI et étant des usagers actifs, c'est-à-dire recevant au moins un soin/service du CLSC ou recevant une allocation directe durant la fenêtre d'observation à l'étude, du 29 septembre au 21 décembre 2002.

### **Collecte des données**

Pour déterminer le profil Iso-SMAF d'une personne, les scores aux 29 items du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) doivent être utilisés (Hébert et al, 2003). Depuis, 2001, le SMAF est intégré à l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC), outil retenu par le MSSS pour l'évaluation des clientèles, tant à domicile que pour l'admission et le suivi en établissement d'hébergement (MSSS, 2000). Dans le cadre de cette étude, les données présentes aux dossiers des usagers furent utilisées. Lorsque l'information était manquante, une évaluation était effectuée par les intervenants du SAD. Comme l'OEMC n'est pas disponible à l'heure actuelle sous forme électronique, les données ont été informatisées localement et transmises à une agente de recherche au Centre de recherche sur le vieillissement. Pour s'assurer de la qualité des données, un processus rigoureux de validation a été instauré.

### **Instruments de mesure**

#### **Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)**

Le SMAF évalue 29 fonctions couvrant les activités de la vie quotidienne, la mobilité, les communications, les fonctions mentales et les tâches domestiques. Chaque fonction du SMAF est cotée selon des critères précis à partir de renseignements obtenus par interrogatoire du sujet, par observation ou par interrogation d'un tiers. Cette cote traduit ce que la personne fait seule (0), avec difficulté (0,5), avec de l'assistance (1), avec de l'aide partielle (2) ou de l'aide complète (3) dans les situations courantes de tous les jours. Un score d'incapacité sur 87 peut ainsi être obtenu. Le SMAF permet également de recueillir de l'information sur les ressources (proches, ressources publiques, privées ou communau-



taires) qui offrent l'assistance, l'aide partielle ou l'aide complète, permettant ainsi d'obtenir un score de handicap. Ce score indique dans quelle mesure les services requis ne sont pas fournis (Hébert et al, 2003).

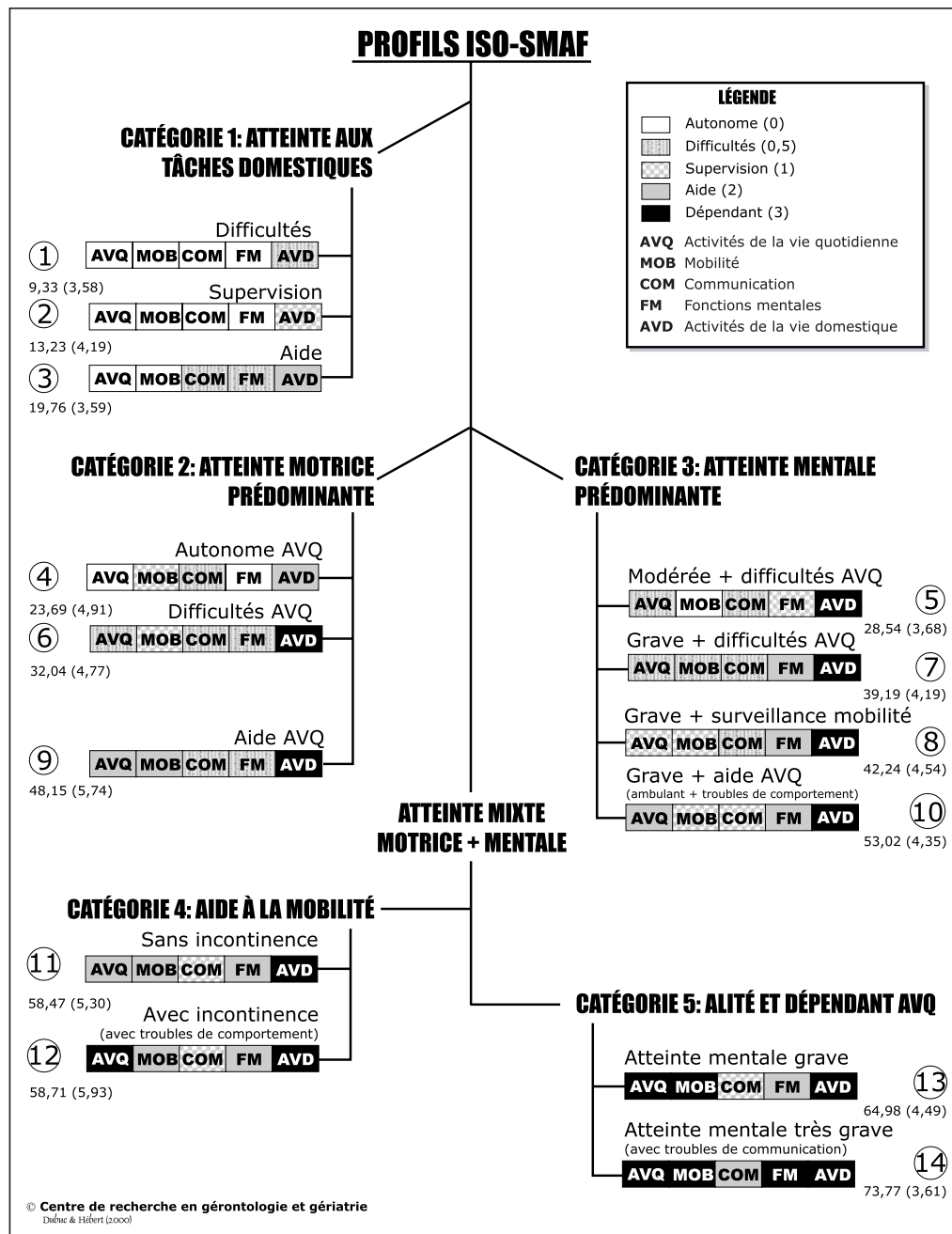
### Les profils Iso-SMAF

C'est en utilisant les 29 items du SMAF comme variables de classification et un processus séquentiel incluant des procédures d'analyses de classification automatisée, une validation selon différents paramètres et l'avis d'un comité d'expert, que l'évidence de la fiabilité et de la validité de cette classification a pu être déterminée (Dubuc et al, 2006). Les profils Iso-SMAF sont caractérisés par une perte d'autonomie croissante variant de 9,1 à 73,8 sur un score total au SMAF de 87. La figure 25.1 résume de façon succincte les principales caractéristiques des 14 profils Iso-SMAF. Pour faciliter leur présentation, on peut regrouper les profils en cinq catégories d'individus selon la prédominance de leurs atteintes. La première catégorie regroupe les trois premiers profils (1, 2 et 3) où les sujets présentent surtout une atteinte aux tâches domestiques. 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 quotidienne (AVQ). Entre ces deux extrêmes, on observe une progression des incapacités dans les activités domestiques et dans les AVQ accompagnée, la plupart du temps, d'une perte d'autonomie plus considérable dans les fonctions de mobilité ou dans les fonctions mentales. La deuxième catégorie rassemble les profils où l'atteinte est surtout motrice avec une préservation relative des fonctions mentales (4, 6 et 9). La troisième catégorie comprend les profils où l'atteinte mentale est prédominante (5, 7, 8 et 10). 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.

### Analyses

L'identification du profil Iso-SMAF d'une personne âgée s'obtient à partir d'un programme informatisé incluant une matrice permettant de classer automatiquement le sujet dans un des 14 profils en utilisant la distance euclidienne. Cette mesure de distance indique la similarité entre deux individus. Outre son utilité pour le processus de classification, cette information permet aussi de vérifier dans quelle mesure les caractéristiques d'un individu sont similaires par rapport aux caractéristiques moyennes des autres individus appartenant au même profil (Everitt et al, 2001). Il s'agit d'un nombre à six chiffres dont toutes les décimales sont nécessaires pour désigner l'appartenance à un profil (ex. : 2,77904). Une valeur seuil de 5 a été déterminée afin d'indiquer qu'un individu s'éloigne significativement des autres individus composant le profil et que son appartenance au dit profil est moins assurée. C'est sur la base de ce critère que nous avons pu identifier si une personne en DP ou DI était correctement classée ou si

Figure 25.1  
Schéma des 14 profils Iso-SMAF



elle s'éloignait de la classification proposée (profil considéré distant). Les proportions de personnes correctement classifiées ont ainsi été évaluées. Pour chaque échantillon (DP ou DI), les items des évaluations SMAF ont ensuite été revus afin d'observer l'influence possible des scores à certains items sur les profils obtenus. Les données de l'échantillon ayant servi à développer la classification des profils Iso-SMAF ont servi de point de comparaison. Cet échantillon

recueilli dans 3 régions du Québec était constitué de 1 977 personnes âgées en perte d'autonomie. Elles ont toutes été évaluées par des infirmières de recherche préalablement formées (Hébert et al, 2001 ; Dubuc et al, 2006). Dans cet échantillon 99.3 % des individus étaient correctement classés.

## Résultats

Durant la période de recrutement, les données SMAF de 1 762 dossiers en DP et DI ont été recueillies. Puisque les personnes ayant des déficiences physiques et intellectuelles présentent des caractéristiques cliniques distinctives, les résultats sont présentés séparément. Pour autre fin de comparaison, notons que 8 251 dossiers du programme perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) ont été examinés au cours de la même période, et ce, dans les mêmes territoires. Ces personnes dont l'âge moyen était de  $81 \pm 7,6$  ans se classaient correctement dans 98 % des cas (tableau 25.1). Elles ont été évaluées par plus de 950 intervenants dans le cadre de leur pratique quotidienne.

**Tableau 25.1**  
**Proportion des clientèles en PALV, DP et DI correctement classifiées selon les profils Iso-SMAF**

Classe d'âge	Clientèle en PALV		Clientèle en DP		Clientèle en DI	
	Correctement classifiée	Avec profils distants	Correctement classifiée	Avec profils distants	Correctement classifiée	Avec profils distants
0- 18 ans	nil	nil	101 (80 %)*	26 (20 %)	175 (79 %)	48 (21 %)
19-64 ans	185 (96 %)	7 (4 %)	841 (87 %)	126 (13 %)	198 (95 %)	10 (5 %)
65-74 ans	1596 (96 %)	64 (4 %)	147 (89 %)	18 (11 %)	10 (100 %)	0
75 ans et plus	6455 (98 %)	136 (2 %)	58 (98 %)	1 (2 %)	3 (100 %)	0
Total	8236 (98 %)	207 (2 %)	1147 (87 %)	171 (13 %)	386 (87 %)	58 (13 %)

\* n et % de sujets

### Clientèle en déficience physique (DP)

L'échantillon des personnes ayant une déficience physique (DP) est constitué de 1 318 personnes dont 60 % de femmes. La moyenne d'âge est de  $49,4 \pm 18,3$  (étendue : 3 à 93 ans). En appliquant la classification des profils Iso-SMAF à l'ensemble de l'échantillon DP, on note que 87 % des personnes sont bien classées. Lorsque l'on examine les résultats par groupe d'âge (tableau 25.1), on observe que les proportions varient selon les regroupements. Par exemple, en considérant les personnes de 75 ans et plus, 98 % des personnes sont bien classées. La proportion se situe à 89 % chez les 65 ans et plus, à 87 % chez les 19 à

64 ans, alors que chez les moins de 18 ans, 80 % des personnes sont correctement classifiées.

Selon les profils Iso-SMAF, les personnes en DP se classifient de la manière suivante : 35 % sont dans les profils 1, 2 et 3 (atteintes prédominantes avec les AVD), 51 % dans les profils avec des atteintes prédominantes dans les fonctions de mobilité comme les profils 4, 6 et 9, 7 % dans les profils avec atteintes dans les fonctions cognitives et 7 % dans les profils considérés plus lourds, soit les profils 11 à 14 présentant des atteintes mixtes (atteintes des fonctions cognitives et motrices). Les personnes en DP dont les profils sont distants (soit une distance euclidienne  $> 5$ ), soit une proportion de 13 %, se retrouvent en majorité (78 %) dans les profils 4 et 9. Une proportion de 89 % d'entre elles a moins de 65 ans. Les figures 25.2 et 25.3 illustrent les différences pour les personnes en DP présentant des profils distants comparativement à l'échantillon original. Les courbes présentent la moyenne/3 aux sous-sections du SMAF soit AVQ, mobilité, communication, fonction mentale et AVD. En observant particulièrement les items du SMAF pour les profils 4 et 9, on remarque que les personnes dont les profils sont plus éloignés ont légèrement plus d'atteintes dans

Figure 25.2  
**Comparaison des personnes en DP présentant le profil 4  
 avec l'échantillon original du MSSS**

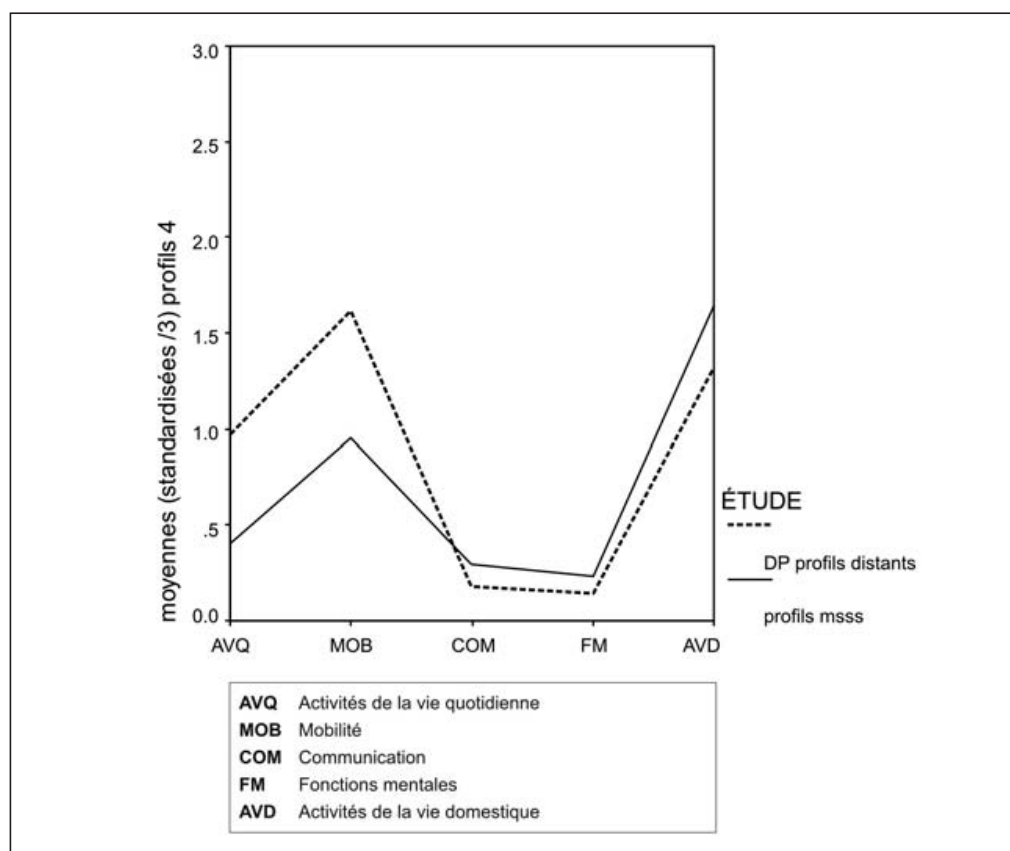
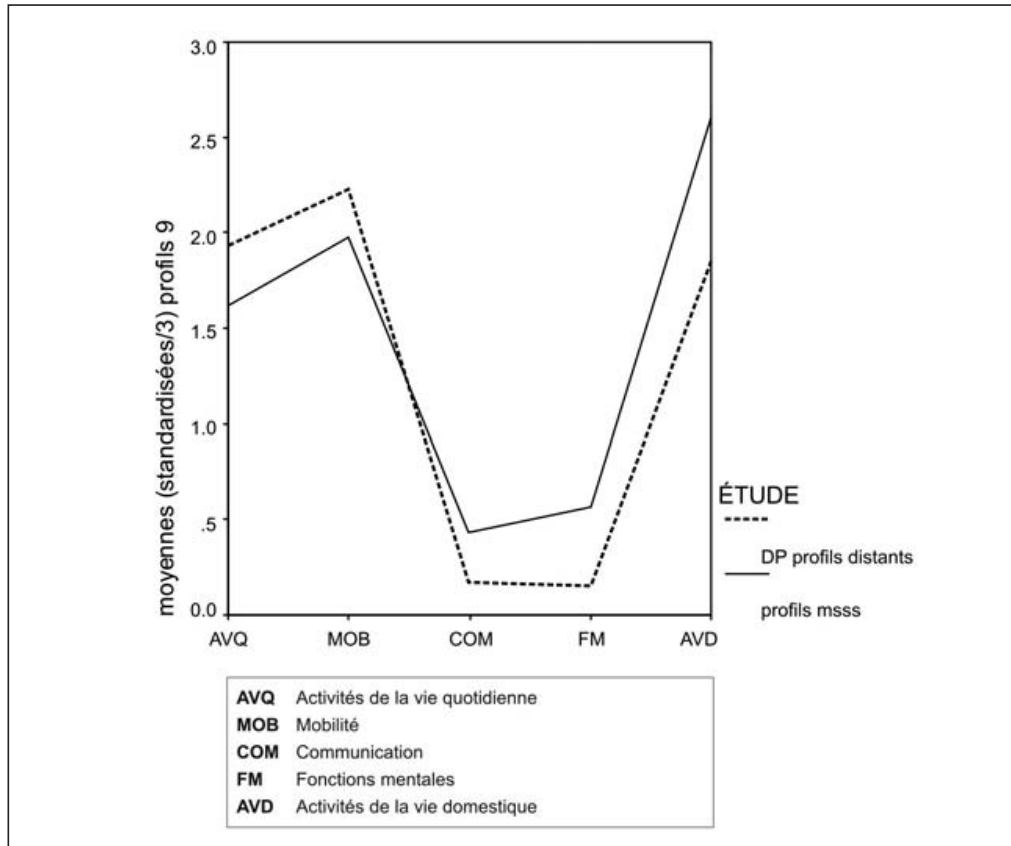


Figure 25.3  
**Comparaison des personnes en DP présentant le profil 9  
 avec l'échantillon original du MSSS**



les fonctions de mobilité et dans les activités quotidiennes comme se laver, s'habiller et entretenir sa personne ; notons aussi l'incontinence. En revanche, elles sont moins affectées au niveau des fonctions de communication, des fonctions mentales et des activités domestiques que les personnes en PALV. En fait, pour les personnes avec un profil distant, on remarque des courbes qui sont similaires aux profils avec atteinte motrice chez les PALV, mais légèrement décalées.

### Clientèle en déficience intellectuelle (DI)

Dans la clientèle des personnes présentant une déficience intellectuelle, 444 personnes ont été évaluées. La moyenne d'âge se situe à  $24,6 \pm 18,3$  (étendue : 1 à 83 ans). La proportion de femmes est ici plus faible que dans l'échantillon DP, soit 44 %.

Les données révèlent que 87 % des personnes sont bien classées par la classification des profils Iso-SMAF. Lorsque l'on examine l'effet de l'âge pour cette clientèle, on note que les personnes sont moins bien classées surtout chez les moins de 18 ans (21 %) (tableau 25.1).

En ce qui concerne l'application de la classification des profils Iso-SMAF à cet échantillon, on discerne que les personnes en DI se retrouvent dans une proportion de 24 % dans les profils 1, 2 et 3, 62 % dans les profils avec atteintes prédominantes des fonctions mentales soit 5, 7 et 8, 10 % dans les profils avec atteintes dans les fonctions de mobilité, et 12 % se classifient dans le profil avec atteintes mixtes (11 à 14). Les 13 % des personnes à profils distants (distance euclidienne > 5) en DI se retrouvent en plus grande proportion (74 %) dans les profils 7 et 12 (figures 25.4 et 25.5). Notons que 83 % (n= 48) de ces personnes se retrouvent chez les 18 ans et moins.

Les différences s'observent en raison des atteintes dans les fonctions de mobilité qui sont moins importantes chez les personnes ayant une déficience intellectuelle (surtout profil 12) que pour les personnes en PALV. Elles ont aussi légèrement moins d'atteintes dans les AVD (2 points de moins sur 24). En revanche, elles ont beaucoup plus d'atteintes dans les fonctions de communications et dans les activités de la vie quotidienne. Les atteintes aux fonctions mentales sont relativement similaires, sauf pour les profils les plus bas soit 1, 2 et 5 où les personnes avec un profil distant (n=7) ont plus d'atteintes des fonctions

Figure 25.4

**Comparaison des personnes en DI présentant le profil 7 avec l'échantillon original du MSSS**

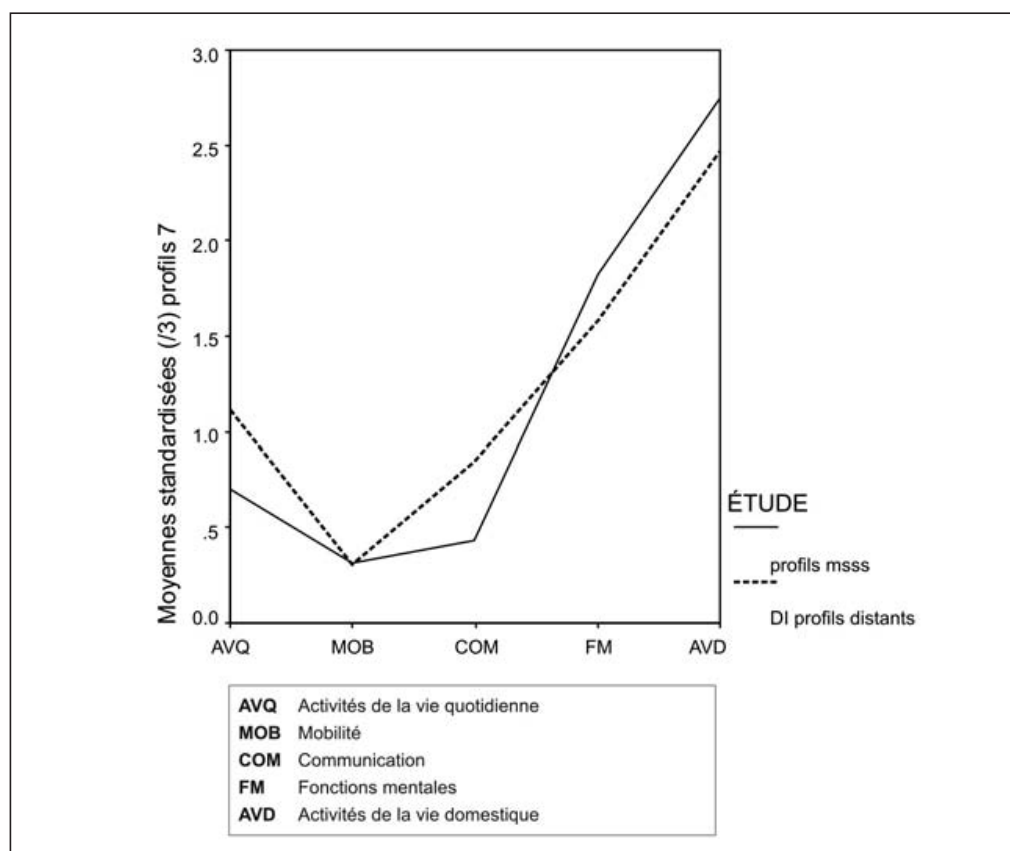
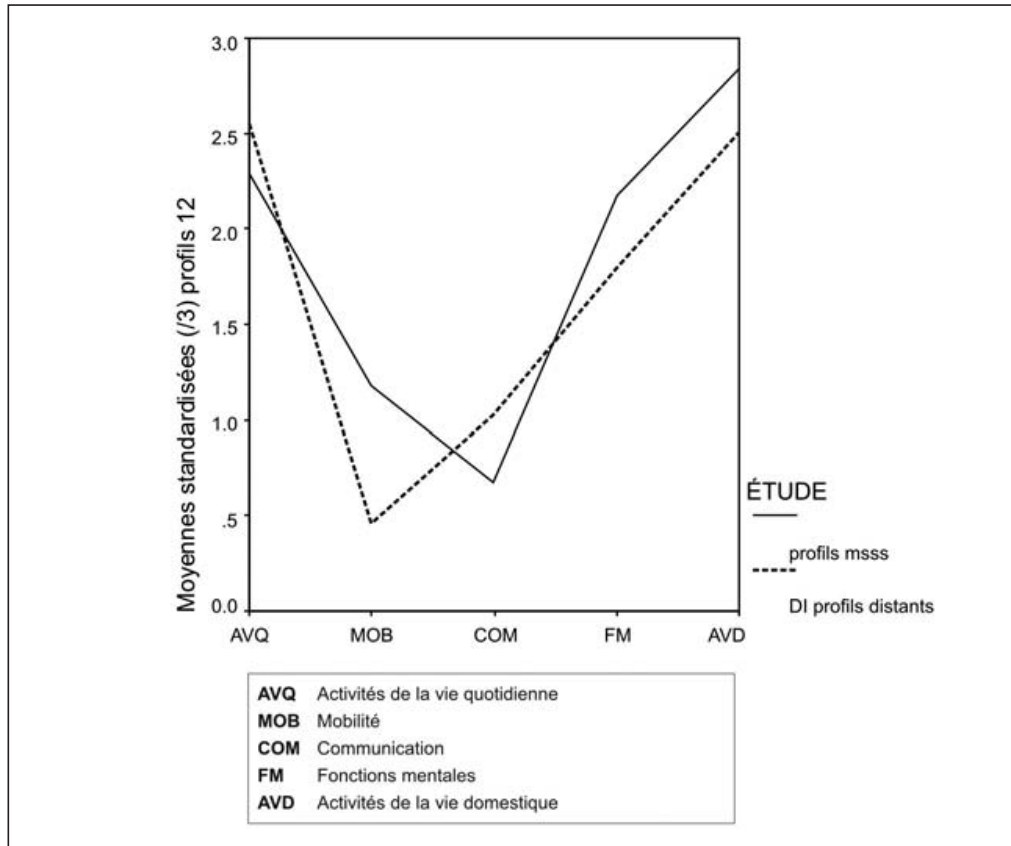


Figure 25.5  
**Comparaison des personnes en DI présentant le profil 12  
 avec l'échantillon original du MSSS**



mentales. En résumé, les profils pour les personnes en DI s'apparentent aux profils PALV avec atteinte prédominante dans les fonctions mentales, mais avec une courbe légèrement déplacée pour certaines personnes dans les profils 7 et 12.

## Discussion

Sans aucune modification à la classification originale des profils Iso-SMAF, 87 % des clientèles en DP et DI sont bien classées. Ce portrait succinct basé sur 14 profils permet ainsi aux intervenants de représenter plus simplement les besoins liés aux caractéristiques d'autonomie fonctionnelle de ces personnes. De manière logique, les personnes ayant une déficience physique se retrouvent majoritairement dans des profils avec des atteintes motrices prédominantes alors que celles ayant une déficience intellectuelle se situent surtout dans les profils avec des atteintes mentales prédominantes. Cependant, on remarque que le classement est supérieur, que ce soit pour la clientèle DP ou DI, chez les 18 ans et plus, là où les incapacités liées aux problèmes de santé chronique font tranquillement leur apparition au fil des ans. D'ailleurs, dans la région Mauricie-et-Centre-du-Québec où une cohorte de 230 personnes présentant une défi-

ciences intellectuelle et âgée de 55 ans et plus a été suivie, seulement 2 % de profils distants était observé. Au regard des personnes de moins de 18 ans, la classification semble moins appropriée, probablement en raison du processus d'apprentissage qui suit son cours pendant cette période. Lorsque utilisés, les scores obtenus au SMAF donnent plutôt un portrait momentané de l'autonomie fonctionnelle.

En ce qui concerne les personnes qui présentent un profil distant (13 % en DP et en DI), on remarque à l'inspection visuelle que la structure des profils est similaire, mais que c'est l'ampleur des atteintes dans certaines sous-dimensions du SMAF qui varie légèrement, amenant ainsi ces personnes à s'éloigner des profils de base. Cliniquement, lorsque l'on considère certains facteurs comme l'âge ou que l'on inspecte les données liées à chacun des items du SMAF, les écarts peuvent s'expliquer rationnellement. Par exemple, pour les personnes ayant une déficience physique, la moyenne d'âge de cette clientèle est plus basse, soit 49 ans comparativement à l'échantillon ayant servi à établir les profils dont l'âge moyen se situait autour de 80 ans. Certaines incapacités liées à l'apparition des problèmes de santé chronique ne sont alors pas présentes. On note aussi que les atteintes des fonctions de mobilité sont plus importantes que chez les personnes en PALV, et ce, surtout pour les profils présentant au total moins d'incapacités. Ce résultat est en fait congruent avec les diagnostics médicaux posés chez cette clientèle (dystrophie musculaire, sclérose, paralysie cérébrale, spina-bifida). Les atteintes sont plus faibles dans les fonctions mentales, ce qui apparaît aussi normal pour une clientèle plus jeune. Enfin, on observe légèrement moins de difficultés pour les activités domestiques, ce qui peut facilement s'expliquer par les stratégies d'adaptation utilisées par ces personnes, notamment la présence d'aides techniques et d'aménagements de l'environnement physique, auxquelles les personnes en PALV recourent moins fréquemment.

Pour les personnes ayant une déficience intellectuelle, les explications liées à l'âge et au processus d'apprentissage pour les plus jeunes peuvent aussi justifier une partie des écarts. L'âge moyen de l'échantillon est de 24 ans et 50 % des personnes ont 18 ans et moins. D'un point de vue clinique, ces personnes ont plus de difficultés au niveau des fonctions de communication, mais les fonctions de mobilité sont mieux préservées, ce qui est aussi en concordance avec les problèmes de santé retrouvés chez cette clientèle.

Au Québec à l'heure actuelle, certains rapports font état que l'évaluation des besoins est souvent effectuée en fonction de l'offre de services disponibles plutôt que sur la base des besoins de la personne. On observe aussi certaines formes d'iniquité en ce qui concerne l'accès à l'évaluation et aux services ainsi que la détermination du caractère prioritaire ou urgent d'un besoin (MSSS, 2004a ; MSSS, 2006). Selon l'Office des personnes handicapées du Québec, il semblerait que malgré de nouvelles sommes engagées par le MSSS, les besoins des personnes handicapées en matière de soutien à domicile seraient partiellement répondus (OPHQ, 2006). Cependant, il n'y aurait aucune donnée permettant



d'estimer l'ampleur de ces besoins non comblés. Cette situation ne serait pas limitée à la province de Québec. Selon une étude canadienne effectuée en 2002, la situation est sensiblement la même pour l'ensemble des provinces canadiennes (Naderson et al, 2002).

En définitive, devant les résultats de cette étude il est possible de penser que pour la majorité des personnes souffrant d'une déficience physique ou intellectuelle, la classification basée sur les profils Iso-SMAF pourrait combler en partie ce besoin d'information. Concernant les personnes présentant des profils distants (13 %), des échantillons beaucoup plus grands seraient nécessaires pour étudier de manière particulière la présentation de leurs limitations fonctionnelles. On pourrait ainsi déterminer s'il y a lieu ou non de créer des profils 4 ou 9 adaptés pour déficience physique et 7 ou 12 pour déficience intellectuelle. Ces profils seraient complémentaires aux profils originaux. Dans l'état actuel des choses, les partenaires de cette évaluation reconnaissent que les profils Iso-SMAF ne cernent qu'une partie de l'ensemble des besoins des personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle. En accord avec les politiques ministérielles en matière de services en déficience physique et en déficience intellectuelle, nous concevons que pour une véritable participation à la vie de la communauté, d'autres besoins liés à l'autonomie personnelle, socio-résidentielle, sociale et professionnelle doivent être considérés (MSSS, 2003 ; MSSS, 2001a). Nous constatons que cette affirmation peut tout aussi bien s'appliquer pour la clientèle des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. Néanmoins, dans le contexte constant de restrictions budgétaires, les agences de santé et de services sociaux et les instances locales doivent se préoccuper de l'équité entre les clientèles, de la primauté des besoins, du principe de neutralité et du choix des usagers dans l'organisation et la prestation des services (MSSS, 2001b ; MSSS, 2003 ; MSSS, 2004b). Il apparaît que l'information fournie par les profils Iso-SMAF peut être un premier pas dans la bonne direction. De manière transversale, l'information peut être utile pour connaître le portrait des clientèles desservies, pour savoir comment elles sont réparties entre les différents milieux de vie et pour s'interroger sur la pertinence de l'organisation des services. En observant les données en continu, le suivi peut aider à déterminer au regard des caractéristiques d'autonomie fonctionnelle, quels sont les besoins communs des différentes clientèles PALV, DP et DI, d'observer les différences dans les modalités de prestations et dans la façon de répondre à leurs besoins (ampleur, alliances, actions intersectorielles, différences requises) selon les réalités particulières.

## **Remerciements**

Nous tenons à remercier les personnes suivantes : Robert Johnson, de la direction générale associée à la coordination du réseau de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie et du comité de la recherche, Jean-Pierre Beaudry, Céline Charest, Chantal Arsenault, Murielle Savignac,

Marie-Christine LeTellier, Nathalie Delli-Colli, ainsi que tous les intervenants, les gestionnaires et les décideurs associés à cette démarche.

## Références

- Dilts, D., Khamalah, J. et Plotkin, A. (1995). « Using cluster analysis for medical resource decision making ». *Medical Decision Making*, 15(4), 333-347.
- Dubuc, N., Hébert, R., Desrosiers, J., Buteau, M. et Trottier, L. (2006). Disability-based classification system for older people in integrated long-term care services: the Iso-SMAF profiles. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 42, 191-206.
- Everitt, B.S., Landau, S. et Leese, M. (2001). *Cluster Analysis*, 4<sup>e</sup> éd., Edward Arnold Publisher, London, 224 p.
- Hébert, R., Desrosiers, J., Dubuc, N., Tousignant, M., Guilbault, J. et Pinsonnault, E. (2003). Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) – Mise au point. *La Revue de Gériatrie*, 28(4), 323-336.
- Hébert, R., Dubuc, N., Buteau, M., Desrosiers, J., Bravo, G., Trottier, L., St-Hilaire, C. et Roy, M.A. (2001). Resources and costs associated with disabilities of elderly people living at home and in institutions. *The Canadian Journal on Aging*, 20 (1), 1-22.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Orientations ministérielles « Pour une véritable participation à la vie de la communauté : un continuum intégré de services en déficience physique. Objectifs 2004-2009 »* Services des personnes handicapées, Gouvernement du Québec, 93 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2000). *Comité avisé 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*. Gouvernement du Québec, 84 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001a). « *De l'intégration sociale à la participation sociale. Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches* ». Gouvernement du Québec, 109 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001b). *Orientations ministérielles orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation, Gouvernement du Québec, 47 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Chez soi le premier choix : la politique de soutien à domicile*. Gouvernement du Québec, 41 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004a). *Chez soi le premier choix : Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*. Gouvernement du Québec, 39 p.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004b). *L'architecture des services de santé et des services sociaux. Les programmes-services et les programmes-soutien*. Gouvernement du Québec, 30 p.
- Office des personnes handicapées du Québec (2006). *Revue de l'année 2005-2006 : Actions gouvernementales et personnes handicapées*. Direction de la recherche et de l'intervention nationale, l'Office, 139 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006). Sous comité personne en quête d'autonomie du comité scientifique pour l'évolution de l'outil d'évaluation multiclientèle (2006). *Piloter son projet de vie et participer socialement : les finalités attendues de l'OEMC pour les personnes en quête d'autonomie*. Québec, février, 56 p.
- Naderson, M., Parent, K., MacLellan, M. et Keefe, J. (2002). *Analysis of Interfaces Along the Continuum of Care. Technical report 3 : Adults with physical disabilities*. Hollander Analytical Services Ltd, Victoria.
- Tousignant, M., Dubuc, N., Hébert, R. et Coulombe, C. (2007). Home care programmes for disabled older adults : How can we assess the adequacy of services provided compared with the needs of users ? *Health and Social Care in the Community*, 15(1), 1-7.

# Chapitre 26

## PRISMA France : Adaptation du modèle d'intégration PRISMA au système de soins et de services français

---

Dominique Somme, Hélène Trouvé, Yves Couturier, Sébastien Carrier, Dominique Gagnon, Benoît Lavallart, Réjean Hébert, Carole Crétin, Olivier St-Jean

---

### **Points saillants**

PRISMA est un modèle d'intégration ayant montré un impact significatif en termes de santé publique au Québec.

En se basant sur ces résultats probants, les pouvoirs publics français financent actuellement un projet expérimental d'implantation de ce modèle en France.

Ce chapitre présente les adaptations nécessaires du modèle en tenant compte des particularités françaises et analyse les conditions d'implantation de l'innovation que représente l'intégration selon ce modèle en France.

Les auteurs remercient les membres de l'unité de recherche clinique de l'hôpital européen Georges-Pompidou pour leur appui constant, leur effort dans la gestion des données, leur aide statistique, leur engagement de valeur, leur expertise.

L'étude PRISMA France est financée par le ministère de la Santé et des Solidarités (Direction Générale de la Santé), par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie et par le Régime social des Indépendants.

### **Complexité de l'offre de service en France**

Les systèmes de maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie en France vivent une croissance importante de leur activité. Cela résulte de l'évolution démographique et des dispositifs réglementaires récents (notamment l'allocation personnalisée à l'autonomie ou APA) ayant entraîné une meilleure capacité des personnes cibles à contribuer aux coûts des services. De façon parallèle, la multiplicité des besoins et des types d'aide disponibles

s'accroît, entraînant parfois des situations complexes de coordination. Ainsi, en moyenne, les bénéficiaires d'un service d'aide à domicile reçoivent des soins ou de l'aide de la part de trois intervenants, informels ou professionnels, et 25 % des plus dépendants d'entre eux reçoivent de l'aide de six intervenants ou plus<sup>1</sup>. Par ailleurs, l'augmentation constante du nombre de bénéficiaires de l'APA (+7 %/an depuis 2003) plus importante que celle de l'ensemble des personnes âgées de 75 ans et plus (+3 % en 2005)<sup>2</sup> se répercute sur le nombre moyen de cas traités par les équipes médico-sociales (ou plus souvent l'assistante sociale seule) en charge des dossiers d'APA et donc sur la possibilité de faire un suivi attentif des situations les plus difficiles de maintien à domicile.

Outre ces données démographiques et épidémiologiques, le domaine du maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie est caractérisé par une difficulté sémantique, à savoir l'absence de définition précise du champ de compétence des aides sociales et sanitaires, comme l'a mis en exergue la Cour des Comptes<sup>3</sup>. Ce défaut de définition est illustré notamment par des confusions relatives aux périmètres territoriaux d'intervention : les dispositifs réglementaires sont essentiellement pilotés directement au niveau départemental, tandis que l'aide est le plus souvent délivrée localement, par des prestataires du secteur associatif. En atteste également, un cloisonnement entre les prestataires principalement sanitaires (du type service de soins infirmiers à domicile) et ceux principalement du secteur social ou médico-social. Ce manque de délimitation des champs de compétence et d'intervention des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, entraîne une multiplicité des acteurs, répondant potentiellement à des logiques plurielles de droit d'accès aux services. En raison de la fragmentation des procédures de régulation de l'offre de service, chaque acteur se trouve en position de coordination partielle, ce qui a pour conséquence la réalisation d'évaluations multiples répondant à une pluralité de parcours clinico-administratifs. L'éclatement du système de prise en charge est renforcé par le fait qu'aucun outil d'évaluation standardisé des besoins n'a fait l'objet d'un large consensus et n'a pu s'imposer.

Plusieurs dispositifs ont été mis en œuvre au cours des vingt dernières années en France pour tenter de répondre au manque de coordination, parmi lesquels : les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et les réseaux de soins gérontologiques. Les CLIC et les réseaux de soins ont permis des avancées notables de la coordination des soins et des services aux personnes âgées en perte d'autonomie par le biais de mécanismes de communication permettant une identification plus exhaustive du continuum de services socio-sanitaires, facilitant ainsi l'accès à l'information et donc à la prestation. Cependant, les domaines d'intervention des CLIC et des réseaux de soins gérontologiques restent cloisonnés, principalement sociaux pour les premiers, principalement sanitaires pour les seconds et surtout indépendants des équipes médico-sociales de l'APA, et avec des liens non systématiques avec l'ensemble des autres acteurs, dont les médecins traitants, les hôpitaux et les services

d'hospitalisation à domicile (HAD). Ces deux dispositifs sont certes porteurs d'un important potentiel de coordination, mais ils sont soumis à un certain nombre de contraintes, parmi lesquelles on compte la faiblesse de leurs ressources, le fait que l'un et l'autre ne couvrent pas toujours le même territoire (ce qui entrave une approche territorialisée forte), l'absence d'outils communs d'évaluation, l'absence de système partageable d'information. Mais, plus fondamentalement, cette difficulté découle du fait que si tous les acteurs institutionnels reconnaissent la valeur ajoutée de la présence de ces deux dispositifs, cette reconnaissance n'a pas encore permis l'attribution d'une prérogative forte en matière de coordination.

### **PRISMA : Évaluation d'un modèle innovant d'intégration des soins et des services pour les personnes âgées en perte d'autonomie basé sur la gestion de cas**

PRISMA (pour Programme et Recherches sur l'Intégration des Services de Maintien de l'Autonomie) a permis l'analyse de l'implantation et de l'impact de l'expérience la plus typique d'un modèle de coordination selon la définition de Leutz<sup>4</sup>. Selon ce modèle, l'intégration se réalise lorsque sont mis en place les mécanismes et les outils d'intégration suivants<sup>5</sup> : la concertation des décideurs et des gestionnaires au niveau régional, local et clinique, le processus de gestion de cas, le point d'accès d'entrée unique au continuum de soins et de services, l'utilisation d'un outil d'évaluation standardisé avec un système de classification, l'utilisation de plans de services individualisés et l'utilisation d'un dossier clinique informatisé.

Ces outils et mécanismes d'intégration sont considérés comme points de repère. Leur mise en œuvre opérationnelle doit être adaptée aux configurations territoriales afin d'en assurer l'implantation réelle. Cette flexibilité des modalités pratiques d'application des outils et mécanismes d'intégration susmentionnés permet au modèle de s'implanter dans divers contextes de soins et de services<sup>6</sup>. Les résultats probants de ce modèle en terme de prévention de la perte d'autonomie, de la satisfaction et de l'autonomisation des personnes et son efficacité économique font l'objet d'autres chapitres de ce livre.

### **Planter l'innovation en France : adaptation du modèle d'intégration PRISMA**

Les résultats probants de l'implantation du modèle PRISMA et le caractère flexible de sa mise en œuvre pratique ont rendu possible un projet expérimental d'implantation en France sur trois zones géographiques, ci-dessous appelés « sites expérimentaux » et correspondant environ à la notion réglementaire française d'un « bassin de vie ». Tous les mécanismes et outils d'intégration du modèle doivent être adaptés au contexte de soins et d'aide particulier français et, comme cela a été le cas au Québec, adaptés de façon plus fine encore au contexte local.

Ce projet expérimental qui a débuté en janvier 2006 a été rendu possible grâce à la concertation d'un certain nombre d'acteurs du plus haut niveau décisionnel. Cette concertation a réuni les instances centralisées de l'État (Ministère), la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, les principales caisses d'assurance maladie et la Mutualité Française, soient les principaux bailleurs de fonds des services de maintien à domicile. Aboutissant à une appropriation des principes et mécanismes d'intégration, cette concertation a porté sur les conditions de pérennité parmi lesquelles la nécessaire adaptation aux contextes locaux.

### **La concertation des acteurs : mise en œuvre de procédures de partenariat**

La concertation renvoie à l'existence de partenariats entre les acteurs :

1. stratèges et financeurs (au niveau national et départemental) ;
2. « opérationnels » correspondant à un niveau gestionnaire tactique (local) ;
3. prestataires de services et de soins (présents autour de la personne au plan clinique).

Les mécanismes de concertation, notamment par des réunions, de mécanismes formels de partenariat et des prises de décisions collectives visent à définir conjointement les modalités organisationnelles et financières de la mise en œuvre du système d'intégration.

En France, le niveau de responsabilité politique et financière en matière de services aux personnes en perte d'autonomie est le département. Les conseils généraux mettant en place leur politique de services aux personnes âgées en perte d'autonomie avec différents acteurs opérationnels, ces acteurs doivent eux aussi y être associés. La mise en œuvre à ce niveau d'un partenariat stratégique sur chaque site expérimental est une condition opératoire d'implantation. Sous forme de Comité Départemental Stratégique (CDS) il regroupe au minimum des représentants du Conseil Général, de la (ou des) mairie(s), de l'État (Direction Régionale et Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale – DRASS et DDASS, Agence Régionale de l'Hospitalisation – ARH), des assurances maladies (Union Régionale des Caisses d'Assurances Maladie – URCAM), des caisses de retraite, des usagers, des professionnels de santé libéraux, et, selon les configurations locales, d'autres acteurs en position de décideur (ou de financeur), de l'action sanitaire et sociale.

Cette condition nécessaire mais non suffisante pour la réussite de l'implantation du modèle se comprend par les fonctions du partenariat stratégique, à savoir :

1. définir une politique globale de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie au niveau du territoire ;
2. définir les modalités de partenariat entre les structures et les acteurs et préciser le processus d'évolution de ces modalités ;

3. définir les mécanismes de financement des gestionnaires de cas ;
4. donner une légitimité territoriale à l'action des gestionnaires de cas ;
5. suivre le développement des actions des gestionnaires de cas et identifier les points bloquants et les besoins en services.

Sur chaque site expérimental, les acteurs doivent eux aussi disposer d'une structure de partenariat afin de réaliser, au niveau local, les orientations prises au niveau stratégique et, inversement, afin que le niveau stratégique ait des informations provenant de façon globale du partenariat opérationnel et pas seulement les informations fragmentaires des services sous la tutelle de chaque décideur. De composition variable sur chaque site expérimental, le Comité Local Opérationnel (CLO) pourra regrouper des représentants du CLIC, des réseaux de santé, de la maison départementale des personnes handicapées, des équipes médico-sociales de l'APA, les services sociaux polyvalents (communaux, départementaux, etc.), des services de soins infirmiers à domicile, de l'hospitalisation à domicile, des services d'aide à domicile, des associations de bénévoles, des associations locales de médecins généralistes ou d'infirmières libérales, des services hospitaliers et du secteur psychiatrique concernés, des services sociaux des Centres Communaux de l'Action Sociale, et tout autre acteur local en position d'offre de services ou de soins, selon les particularités locales.

Le partenariat à ce niveau vise à :

1. définir les modalités et les moyens de fonctionnement du système de soins et de services intégrés ;
2. mettre en œuvre le guichet unique d'accès à la gestion de cas, les critères précis d'admission et éventuellement de clôture de la gestion de cas ;
3. identifier les personnes pouvant être gestionnaires de cas ;
4. définir les procédures de partage d'information ;
5. donner une légitimité locale d'intervention aux gestionnaires de cas.

### ***Le processus de gestion de cas***

Plus encore que des mécanismes organisationnels, la cohérence entre les soins des divers intervenants sanitaires (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, ergothérapeutes), leur articulation avec les acteurs sociaux (assistants sociaux, aides à domicile, auxiliaires de vie), ainsi que la continuité des soins et services fournis, ont une dimension relationnelle importante<sup>7</sup>. C'est la raison pour laquelle la Cour des Comptes<sup>3</sup> propose la promotion d'un système de correspondant unique de la personne pour la coordination des soins et des services. C'est ce même constat de la nécessité de mettre en relation les personnes fragiles avec une seule personne responsable de l'organisation de leur plan de soins et d'aides qui est à l'origine du concept de gestion de cas.

Le gestionnaire de cas est le correspondant unique des intervenants pour la coordination des soins et des services, aussi bien pour les champs d'action



sociale que sanitaire. Pour toute personne relevant de la gestion de cas, le gestionnaire de cas :

1. réalise à domicile une évaluation exhaustive des besoins sanitaires et sociaux de la personne pour confirmer ou infirmer le recours à la gestion de cas et définir le plan d'aide ;
2. assure le rôle de personne ressource coordinatrice pour la personne en perte d'autonomie ;
3. planifie les services nécessaires ;
4. fait les démarches pour l'admission de la personne à ces services ;
5. assure un suivi de la réalisation des services planifiés ;
6. organise le soutien et coordonne les différents intervenants impliqués ;
7. assure une révision périodique du plan de services individualisé.

Pour réaliser ces tâches, la pertinence de limiter le nombre de cas a été démontrée<sup>8</sup>. Des précédentes études menées, il ressort en effet que le nombre maximum est de 40 cas actifs par gestionnaire de cas<sup>9</sup>. Il s'agit donc d'un niveau intensif d'intervention nécessitant un mécanisme de triage pour en assurer l'accès le plus pertinent possible. Les gestionnaires de cas, dans le modèle PRISMA tel qu'implanté au Québec, étaient issus des diverses structures sanitaires et sociales<sup>5</sup>. Il s'agissait de personnes ayant des compétences initiales aussi bien sociales que sanitaires. Le candidat devenait gestionnaire de cas à l'issue d'une formation spécifique mais sa culture professionnelle d'origine enrichissait ainsi l'équipe de gestion de cas de son savoir-faire dans une perspective d'inter voire de transprofessionnalité<sup>10</sup>. En France, ce champ professionnel est nouveau et semble pouvoir correspondre à des travailleurs sociaux ou à des infirmiers coordonnateurs. Quelle que soit leur formation initiale, une formation complémentaire paraît nécessaire, dans la mesure où ce champ professionnel demande à la fois des compétences en lien avec le travail social et en lien avec la santé.

### ***Le point d'accès unique***

Le point d'accès unique est défini comme le lieu de convergence des demandes d'accès à la gestion de cas. Il s'agit d'un levier important de la mise en œuvre du modèle, notamment en raison de sa visibilité pour les personnes âgées elles-mêmes et leur entourage qui n'ont plus à chercher eux-mêmes auprès de multiples points d'accès les services que leur état requiert. Ce point d'accès unique facilite également la tâche de nombreux professionnels. La mise en œuvre de ce point d'accès est un enjeu d'équité, puisque ainsi toutes les demandes sont traitées selon les mêmes procédures. L'accueil et l'information complètent les missions de ce point d'accès unique, que la personne soit éligible à la gestion de cas ou non. L'efficacité de ce point d'accès sous-entend la centralisation des demandes, la coordination de l'accès, l'actualisation à ce niveau de la connaissance de l'offre de soins et services, un système d'évaluation commun et stan-

dard. Ainsi, la création de ce point d'accès ne peut se concevoir que comme une résultante du partenariat opérationnel (CLO), appuyé par le partenariat stratégique (CDS). En France, un renforcement des CLIC pourrait éventuellement permettre d'instituer un tel guichet unique.

### **L'utilisation d'un outil d'évaluation multidimensionnelle standardisé avec un système de classification**

L'utilisation d'un outil d'évaluation standardisé permet un diagnostic partagé et compréhensible pour les différents intervenants de la perte d'autonomie. Le système de classification en découlant doit aider les intervenants à développer un langage commun. L'outil réglementaire d'évaluation de la perte d'autonomie en France est la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique, Groupes Iso-Ressources). À partir de cette grille, une classification permet d'ordonner les personnes selon six profils de perte d'autonomie et de consommation de ressources significativement proches : les Groupes Iso-Ressources (GIR). Pourtant, comme l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) l'a exprimé<sup>11</sup>, la grille AGGIR apparaît insuffisante pour réaliser une évaluation médico-sociale satisfaisante en raison de conditions de validité et de reproductibilité douteuses, d'une sous-estimation de la dépendance cognitive, de l'absence de corrélation avec le besoin d'aide et du lien problématique entre le groupage et le plan. Elle comporte en outre la difficulté d'être configurée de telle façon que les compensations sociales ou environnementales aux pertes d'autonomie sont mal prises en compte. Elle est, par ailleurs, souvent employée dans la perspective d'évaluer l'accès au droit aux services, et pour identifier le payeur, plutôt que de se constituer en outil clinique permettant d'abord et avant tout la continuité clinique des services. L'IGAS préconise ainsi d'enrichir cet outil par combinaison ou superposition d'autres outils. Quel que soit l'outil plus complet d'analyse qui doit être développé, il est nécessaire :

1. qu'il produise l'information du groupe GIR ;
2. qu'il dépasse la seule sphère des actes essentiels de la vie ;
3. qu'il existe des règles précises d'utilisation de l'outil pour produire une planification individualisée ;
4. qu'il ait déjà fait l'objet d'une procédure de validation, d'une évaluation de sa reproductibilité, et qu'il soit adapté aux personnes en perte d'autonomie cognitive.

Il paraît utile également qu'il puisse donner une information de classification plus élaborée que le groupage GIR. Le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) semble pouvoir, dans ce contexte, parfaitement répondre au besoin d'évaluation de l'autonomie et à la compatibilité avec les groupes GIR (voir chapitre 27 de ce livre) et un outil complet proche de l'Outil d'Évaluation Multiclientèle comportant le SMAF pourrait ainsi être adopté par l'ensemble des intervenants.

### **L'utilisation de *Plan de services individualisés***

Suite à l'évaluation multidimensionnelle de la situation, la tâche du gestionnaire de cas consiste à élaborer un plan de services individualisés (PSI) en partenariat avec la personne concernée et avec les professionnels médico-sociaux et non professionnels (famille, ami, voisin, etc.), quelle que soit leur localisation dans l'offre de services. Ainsi, le PSI a pour objectif de dresser un portrait des besoins de la personne, afin que ceux-ci puissent effectivement être couverts par les acteurs socio-sanitaires, professionnels ou non. Le PSI, une fois rédigé, fait l'objet d'un monitoring de sa mise en œuvre et d'une actualisation régulière en fonction de l'évolution des besoins et de l'offre de services. Il permet une analyse des écarts éventuels entre les besoins de la personne et les services actuellement offerts. À chaque réévaluation des besoins, le PSI est révisé. Le PSI apparaît pour le gestionnaire de cas comme le tableau de bord, évolutif, des services et des besoins dans une optique essentiellement clinique. Au plan institutionnel, il permet le monitoring de la performance de l'organisation des services destinés à combler les besoins de la clientèle desservie<sup>12, 13</sup>. Ce plan correspond au plan d'aide tel que défini réglementairement par la loi sur l'APA, mais ne se limite pas à l'utilisation financière de l'allocation APA, ce qui est trop souvent le cas du plan d'aide.

### **L'utilisation d'un système d'information (dossier clinique informatisé)**

L'évaluation, comme le PSI, ne peut être un outil d'intégration clinique que dans la mesure où les différents intervenants cliniques peuvent y avoir accès. Ceci souligne l'importance pour parvenir à l'intégration de disposer d'un système d'information partageable. Dans le programme québécois PRISMA, l'utilisation d'un dossier clinique partagé a été un facteur de réussite de la mise en œuvre des réseaux intégrés des soins et services. En France, les pouvoirs publics travaillent actuellement à la création d'un dossier unique (Dossier Médical Personnel [DMP]), pour lequel un volet médico-social sera probablement nécessaire. Dans l'attente de la finalisation de ce dossier unique, l'intégration exige de définir des procédures de partage d'information. Toutes les procédures doivent faire l'objet de présentation et d'adoption aux divers niveaux de concertation.

### **L'innovation en France : Analyse des conditions de l'implantation**

Selon le modèle théorique élaboré récemment à partir d'une analyse systématique des écrits scientifiques<sup>14</sup>, on peut schématiquement repérer sur les tableaux 26.1 à 26.3 les facteurs favorables, objets d'enjeu, ou défavorables à l'implantation d'une telle innovation. Le tableau 26.1 analyse les facteurs qui dépendent des caractéristiques propres de l'innovation. Il apparaît que l'im-

Tableau 26.1

**Analyse des facteurs influençant la probabilité *a priori* de l'implantation de l'innovation que représente un modèle d'intégration dans le système de soins et de services français en fonction des caractéristiques de cette innovation**

<b>Caractéristiques de l'innovation</b>	<b>Favorable à l'implantation</b>	<b>Objet d'enjeu</b>	<b>Défavorable à l'implantation</b>
Avantage pour les utilisateurs	Existence de preuves scientifiques de l'impact en matière de qualité et d'efficacité du modèle		Perceptions diverses en rapport avec la perception de l'homophilie
Compatibilité avec les normes organisationnelles et professionnelles			Diversité des normes
Complexité	Existence de preuves d'implantation dans différents contextes organisationnels. Simplification par le découpage en éléments		Perception initiale de complexité élevée. Nombreux obstacles organisationnels ou réglementaires à dépasser.
Domaine d'application	Implantation progressive en partant des « cas complexes »		
Observation des bénéfices de l'implantation		Attente vis-à-vis de l'équipe de recherche	
Flexibilité	Choix d'un modèle flexible		
Hierarchisation des éléments	Choix d'un modèle en éléments		
Risque pour les personnes	Perçu comme faible ou inexistant		
Utilité directe dans les tâches	Perçue comme élevée (guichet unique, partage d'information, plan partagé)		
Savoir à mobiliser	Intérêt d'une collaboration avec des professionnels d'un autre pays ayant implanté le modèle	Attente vis-à-vis de l'équipe de formation	
Support technique	Collaboration avec un centre d'expertise à Sherbrooke	Attente vis-à-vis de l'agence de changement	

Tableau 26.2

**Analyse des facteurs influençant la probabilité *a priori* de l'implantation de l'innovation que représente un modèle d'intégration dans le système de soins et de services français en fonction des caractéristiques des utilisateurs potentiels de l'innovation**

<b>Caractéristiques des utilisateurs potentiels</b>	<b>Favorable à l'implantation</b>	<b>Objet d'enjeu</b>	<b>Défavorable à l'implantation</b>
Psychologiques	Motivation élevée, besoin de changement		Diversité et déstabilisation par démarche pro-active (faible tolérance à l'ambiguïté)
Le sens pour les personnes âgées		Attente vis-à-vis de l'équipe de recherche	
Respect des processus décisionnels	Implication de tous les niveaux, processus bidirectionnel, autorisation/collectif		
Délai d'information des différents niveaux décisionnels	Implication de tous les niveaux		Diversité des besoins d'information, du temps disponible pour information, des méthodes efficaces de communication
Accompagnement durant la phase initiale d'implantation	Rôle de l'agence de changement		
Retour des utilisateurs			Innovation en France : pas d'utilisateurs à l'heure actuelle
Préoccupation sur les aspects non finalisés du projet			Préoccupation importante

plantation d'une innovation dans les systèmes de prise en charge de la perte d'autonomie se heurte principalement à des difficultés liées à la diversité des payeurs, des organisations, de la concurrence entre ces organisations, et des acteurs potentiellement touchés ou « utilisateurs » de l'innovation en question. Ceci se traduit dans la perception de ces personnes d'une complexité élevée de l'innovation, notamment en raison de la difficulté de problématiser la question de l'intégration au niveau opérationnel. Ainsi, dans un système fragmenté, il paraît illusoire d'implanter une innovation qui n'aurait pas un haut niveau de flexibilité et de réinvention, ou pour laquelle l'intégration aurait pour effet de

Tableau 26.3

**Analyse des facteurs influençant la probabilité *a priori* de l'implantation de l'innovation que représente un modèle d'intégration dans le système de soins et de services français en fonction des caractéristiques du contexte d'implantation**

<b>Caractéristiques du contexte organisationnel</b>	<b>Favorable à l'implantation</b>	<b>Objet d'enjeu</b>	<b>Défavorable à l'implantation</b>
Structure des réseaux sociaux impliqués			Réseaux sociaux divers, nombreux, non maîtrisables
Homophilie du modèle			Perceptions diverses
Implication de leaders			Présence de leaders divers (personnes autorisées à donner son opinion sans nécessairement être un utilisateur potentiel), nombreux, non maîtrisables
Champions	Présence de champion (futurs utilisateurs défendant l'innovation) aux différentes tables du fait de l'utilité, au niveau stratégique et local		
Programme d'implantation expérimental	Présence d'une agence de changement crédible en raison de ces liens avec le réseau international de recherche sur l'intégration		
Aspects structurels			Très divers en taille, niveau d'autonomie et de spécialisation et d'adaptation au changement
Communication intra et inter-organisationnelle			Très divers et non maîtrisable
Moyens financiers			Pas de nouveau moyen : arbitrage stratégique à faire
Tension vers le changement	Très importante à tous les niveaux (augmentation des demandes de moyens, saturation du système actuel)		

contraindre leur capacité d'initiative et leur autonomie. Selon Greenhalgh<sup>14</sup>, la perception d'un avantage à l'implantation d'une innovation est une condition *sine qua non* de l'implantation. Les avantages connus du modèle PRISMA d'intégration ont été exposés plus haut. Ils reposent sur l'étude PRISMA menée au Québec et détaillée ailleurs dans ce livre. Néanmoins la reproductibilité de cet impact dans le système français est actuellement incertaine et c'est pourquoi l'homophilie du modèle, c'est-à-dire son caractère adapté aux nouveaux utilisateurs potentiels, est perçue de façon ambiguë. La collaboration d'une équipe de recherche permet d'obtenir des résultats observables et devient ainsi une condition importante de l'implantation durant la phase de mise en place « expérimentale ». Elle permet également de favoriser la diffusion de connaissances entre les utilisateurs actuels du modèle au Québec et les utilisateurs potentiels en France, et de s'assurer de la formation de ces derniers. Soulignons que le risque perçu de l'implantation du modèle d'intégration semble nul selon les données de l'évaluation de PRISMA au Québec<sup>15</sup>, et est perçu comme tel par les acteurs. Tous ces facteurs, attributs de l'innovation, ne sont généralement pas totalement stables durant l'intégralité du processus d'implantation. Ainsi, l'identification des déterminants d'adoption, voire d'assimilation de l'innovation à ce niveau, n'est pas aisée, compte tenu de leur variabilité spatio-temporelle<sup>14</sup>.

Les critères dépendants des utilisateurs potentiels et du contexte lui-même sont souvent surdéterminants. En effet il est réducteur de considérer que les utilisateurs potentiels sont passifs dans le processus d'adoption. Au contraire, ils étudient l'innovation, l'essaient, l'évaluent, y trouvent du sens (ou échouent à y trouver du sens), gagnent de l'expérience et la modifient. Souvent ils recherchent le dialogue avec les autres utilisateurs. Comme le montre le tableau 26.2, dans ces aspects également, l'implantation de l'innovation est rendue complexe par la diversité des cultures professionnelles et des expériences antérieures des acteurs. La flexibilité du modèle, si elle en fait sa force, est également déstabilisante pour les acteurs, dans la mesure où un travail de réingénierie leur est demandé. Dans le système français, marqué par une fragmentation importante, le respect des processus décisionnels de chaque organisation est très important. Enfin, le tableau 26.3 recense l'analyse des facteurs dépendants du contexte organisationnel. À ce niveau, les influences variées qui peuvent s'exercer sur le processus d'implantation de l'innovation se répartissent sur un axe allant de la diffusion (dans laquelle les professionnels s'approprient l'innovation, principalement par un processus horizontal, souvent informel, entre pairs), à la dissémination (où l'implantation de l'innovation est planifiée, formalisée et produite par des mécanismes centralisés et souvent hiérarchiques). Actuellement, le contexte organisationnel se caractérise par une tension vers le changement : au niveau stratégique, compte tenu de l'augmentation anticipée des demandes de moyens, et à l'échelon opérationnel, en raison de la saturation du fonctionnement actuel du système. L'analyse dynamique de l'implantation de l'innovation

a conduit Greenhalgh à élaborer une échelle décomposée en trois catégories de stratégies des acteurs en position de tutelle ou de financement. À l'une des extrémités de l'échelle se trouve une position du laisser-faire (« Let-it happen ») ; une position médiane est désignée d'aide à l'innovation (« Make it happen ») ; tandis que l'autre extrémité de l'échelle est caractérisée par une stratégie du faire-faire (« Do it happen »)<sup>14</sup>. L'adoption de cette échelle permet de spécifier la politique poursuivie par les pouvoirs publics français jusqu'à présent comme étant proche de la position de laisser-faire (« Let-it happen ») (ce qui est le cas, par exemple, de l'implantation à moyens limités des CLIC et des réseaux gérontologiques). Dans le cas de l'expérimentation d'implantation de l'intégration des soins et des services, les pouvoirs publics développent une politique intermédiaire entre la stratégie du laisser-faire et la celle du faire-faire : ils financent à la fois une expérimentation, ainsi que la recherche évaluative qui l'accompagne, et participent au comité stratégique. Ce positionnement intermédiaire semble s'expliquer par une volonté d'avoir recours à une expertise technique (par le biais d'une agence de changement) de façon à obtenir un transfert de savoir.

Au total, les efforts français en matière d'intégration des services sont marqués par :

1. une organisation complexe des modes de financement qui induit une logique d'évaluation centrée sur la vérification du droit plutôt que sur l'évaluation du besoin ;
2. un système ouvert à une certaine concurrence qui rend l'offre de services complexe et qui induit des stratégies de distinction et de protection des intérêts particuliers ;
3. une confusion conceptuelle entre intégration, coordination et liaison ;
4. une faible préoccupation quant à l'intégration des services, au moins au plan opérationnel ;
5. une forte appétence pour animer les nombreux foyers de coordination inter-organisationnelle de façon à augmenter la continuité dans l'offre de services, sans cependant accéder spontanément à une forme contraignante de systématisation ;
6. des enjeux de continuité clinique reconnus, mais dont la réponse semble se trouver du côté de la coordination inter-institutionnelle plutôt que clinique.

## **Un protocole de recherche évaluant l'implantation du dispositif**

Plusieurs questions se posent aux chercheurs en organisation des systèmes de prises en charge de la perte d'autonomie lorsque l'implantation d'un dispositif expérimental d'intégration est envisagé.

- Peut-on implanter en France un dispositif d'intégration reposant sur la gestion de cas ?



- Peut-on avoir des éléments permettant de définir, à partir de l'expérimentation, une politique plus générale en cas de succès ?
- Les pratiques professionnelles sont-elles réellement modifiées par le dispositif ?
- Quel est le vécu des personnes prises en charge par le dispositif ?

Les auteurs ont ainsi élaboré une étude d'implantation avec un mode d'évaluation de type suivi longitudinal sans groupe contrôle. La démarche méthodologique adoptée est fondée sur la recherche-action. Ce qui signifie que les membres de l'équipe de recherche travaillent en interaction constante avec l'équipe-projet, et de façon ponctuelle avec les acteurs stratégiques et opérationnels. Plus précisément :

- les membres de l'équipe recherche accompagnent l'équipe-projet ;
- les membres de l'équipe-projet associent étroitement à leur démarche les acteurs opérationnels ;
- les membres de l'équipe-projet appuient et soutiennent les acteurs opérationnels et stratégiques dans la mise en œuvre du modèle d'intégration ;
- les acteurs opérationnels et stratégiques interpellent les membres de l'équipe de recherche.

L'étude a pour objectif plus général de donner des indications aux décideurs nationaux et, pour cela, le projet doit être conduit parallèlement sur trois sites contrastés en matière d'offre de soins et de services (rural, urbain et méga-urbain). L'évaluation générale de l'implantation se décompose en trois axes principaux de recherche.

#### 1. Axe 1 : Étudier l'implantation du modèle

Cet axe a pour objectif d'estimer jusqu'à quel point les six éléments du modèle ont été implantés tel que planifiés, en utilisant et en adaptant les méthodes mixtes utilisés lors du projet PRISMA<sup>9</sup>. Cet axe devrait permettre d'identifier les facteurs qui peuvent aider à comprendre les succès ou les échecs observés dans les phases d'implantation (notamment par comparaison des trois zones) et d'identifier les ajustements à faire pour assurer la meilleure adaptation possible entre les mécanismes et les outils d'intégration et l'environnement dans lequel ils s'implantent.

#### 2. Axe 2 : Analyser et expliciter les modifications des pratiques professionnelles en lien avec la gestion de cas

Cet axe a pour objectif de documenter l'évolution des représentations de la gestion de cas et d'autres objets (intégration, continuité, etc.) des différents acteurs au cours du processus d'implantation. Il s'agit d'identifier les changements vécus par les professionnels dans l'exercice de la gestion de cas au regard de deux dimensions (les conditions de travail, l'identité professionnelle) et de modéliser les rapports interprofessionnels autour de la pratique du gestionnaire de cas. L'étude s'attache également à la compréhension du rapport des gestionnaires de cas à l'utilisation des outils d'évaluation et d'information, afin

d'établir les besoins d'adaptation. Une attention particulière sera portée à caractériser la formation initiale reçue et à identifier les besoins de formation continue des gestionnaires de cas. L'ensemble devrait permettre d'élucider les conditions perçues d'une implantation réussie.

### 3. Axe 3 : Étudier la perception des populations concernées par la gestion de cas

Cet axe a pour objectif de comprendre l'expérience vécue des personnes et de leur réseau informel au regard de la pratique de la gestion de cas, de comprendre en quoi la gestion de cas modifie la qualité des services reçus, selon le point de vue du patient et du proche aidant, mais aussi d'identifier les éléments qui, selon le patient et le proche aidant, influent sur les trois plans de la continuité (informationnelle, d'approche, relationnelle).

La recherche associée à l'expérimentation d'implantation de gestion de cas PRISMA France est une étude évaluative d'implantation. Le mode d'évaluation est de type « avant-pendant-après », sans groupe de comparaison. Cette évaluation est réalisée en continu à partir des méthodes mixtes et essentiellement qualitatives de la recherche-action.

La démarche de recherche-action implique que l'équipe-recherche, l'équipe-projet et les acteurs stratégiques et opérationnels travaillent en interaction :

- les membres de l'équipe-recherche participent aux différentes étapes du processus d'implantation et s'impliquent dans l'aide aux prises de décision ;
- les membres de l'équipe-recherche appuient et soutiennent les acteurs opérationnels et stratégiques dans la mise en œuvre du modèle d'intégration par les résultats intermédiaires qu'ils produisent, et les acteurs peuvent interpeller les membres de l'équipe-recherche en vue de clarifier certains de ces résultats.

Il n'y a pas, à ce stade du projet, d'étude d'impact. Le modèle proposé s'appuie sur un bon niveau de preuve (voir les autres chapitres de ce livre). Il s'agit donc de savoir dans quelle mesure un tel dispositif peut avoir du sens au sein du système de santé et de services français. Une étude d'impact pourrait être envisagée dans un deuxième temps si les résultats montrent que ce type de dispositif est implantable en France.

## Conclusion

L'intégration est la résultante d'un ensemble de mécanismes modélisables mais flexibles qui permettent d'améliorer la continuité de la prise en compte de besoins évolutifs et complexes des personnes en perte d'autonomie, quelle qu'en soit l'origine. Les conditions actuelles paraissent en grande partie favorables à l'implantation de l'intégration en France. Cependant cette innovation dans le domaine de l'organisation des services et de la santé paraît complexe.

L'implantation de ce modèle en France nécessite un travail de partenariat pour définir un langage commun, tant sur les diagnostics que sur les solutions. Ainsi, un groupe de chercheurs et de décideurs des domaines de la santé et des services aux personnes s'est constitué et a mis au point le projet de démonstration de l'implantation de l'intégration dans trois sites expérimentaux en France (rural, urbain et méga-urbain). Les résultats de cette recherche devraient permettre de définir les facteurs favorisant ou entravant la réalisation de l'intégration en fonction chaque site (analyse contrastée) et de façon systémique (liés au contexte particulier de soins et de services français dans son ensemble).

## Références

1. Bressé, S. Les bénéficiaires des services d'aide aux personnes à domicile en 2000, D.r.e.e.s, Editor. 2004, Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité et Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. : Paris. 1-8.
2. Perben, M. L'allocation personnalisée d'autonomie au 31 mars 2006, in Études et Résultats, D.r.e.e.s, Editor. Paris : Ministère de l'Emploi, de la cohésion sociale et du logement et Ministère de la Santé et des Solidarités, 2006 : 1-4.
3. Collectif. Les personnes âgées dépendantes. Paris : La cour des comptes, 2005. Available from : <http://www.ccomptes.fr/FramePrinc/frame-rapports.htm>.
4. Leutz, W.N. Five laws for integrating medical and social services : lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Q.* 1999 ; 77 : 77-110, iv-v.
5. Hébert, R., Durand, P.J., Dubuc, N. et Tourigny, A. PRISMA : a new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada. *Int J Integr Care.* 2003 ; 3 : e08.
6. Carrier, S., Couturier, Y., Gagnon, D. et Chouinard, I. L'expérience des gestionnaires de cas est-elle concluante ? Éclaircir une pratique émergente pour en comprendre les conditions de succès, in *Enjeux et controverses dans les soins aux personnes âgées en grande perte d'autonomie*, Jacques Allard and Arcand Marcel, Editors. Sainte Hyacinthe, (QC) : Edisem, 2005 : 295-302.
7. Reid, R., Haggerty, J. et McKendry, R. Dissiper la confusion : concepts et mesures de la continuité des soins. 2002, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé : Ottawa, (ON).
8. 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 : 471-507.

9. Hébert, R. et Veil, A. Monitoring the degree of implementation of an integrated delivery system. *Int J Integr Care*. 2004 ; 4 : e05.
10. Hébert, R. Travailler ensemble : des théories aux pratiques, in *Interprofessionnalité en gérontologie*, D Manière, Aubert F, and Ouata S, Editors. Ramonville Saint Agne : Eres, 2005 : 9-12.
11. Rousille, B. L'évaluation du handicap dans la perspective de la nouvelle prestation de compensation, *La documentation française*, Editor : I.G.A.S, 2004 : 109. Available from : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/054000098/index.shtml>.
12. Collectif. Cadre de référence sur la planification des services. Rapport du Groupe de travail sur la planification des services. Québec, 2005.
13. Somme, D., Hébert, R., Bravo, G. et Blanchard, F. Le plan de services individualisé (PSI). Concept et utilisation à travers les expériences québécoises et internationales d'intégration des services aux personnes âgées, in *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*, Réjean Hébert, Tourigny André, and Gagnon Maxime, Editors. Québec (QC) : Edisem, 2004 : 281-299.
14. Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P. et Kyriakidou, O. Diffusion of innovations in service organizations : systematic review and recommendations. *Milbank Q*. 2004 ; 82 : 581-629.
15. Hébert, R. et Raïche, M. Résultats de l'étude d'impact de PRISMA-Estrie. in 4<sup>e</sup> Colloque PRISMA : L'intégration des services : les fruits de la recherche pour nourrir l'action. 2006. Sherbrooke, (QC), Canada : Centre d'expertise en Santé de Sherbrooke.



# Chapitre 27

## Classification des personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle : comparaison des profils Iso-SMAF aux groupes Iso-ressources issus de la grille AGGIR

---

Pauline Gervais, Michel Tousignant, Réjean Hébert,  
Sylvain Connangle

---

### **Points saillants**

En France, la grille AGGIR est l'instrument utilisé pour évaluer les personnes âgées en perte d'autonomie. La classification en groupes Iso-Ressources (GIR) qui en découle est utilisée pour déterminer l'admissibilité aux allocations financières de soutien. Toutefois, la méthode ne permet pas une évaluation multidimensionnelle de l'autonomie fonctionnelle. Un établissement d'hébergement pour personnes âgées a choisi d'implanter le SMAF et les profils Iso-SMAF afin de répondre à ce besoin. Deux cent sept (207) résidents ont été évalués avec le SMAF en mai 2006. Ainsi les profils Iso-SMAF et les GIR ont été établis pour chacun. Les résultats démontrent une hétérogénéité de la clientèle. En dépit d'une corrélation très forte entre les deux classifications ( $r = 0,86$ ), il existe des disparités entre les profils Iso-SMAF et les GIR.

### **Introduction**

En 2006, la population française âgée de 65 ans et plus était estimée à 10 208 421 personnes, soit 16,3 % de la population<sup>1</sup>. L'espérance de vie à la naissance continue d'augmenter et atteignait 83,8 ans chez les femmes et 76,8 ans chez les hommes en 2006<sup>2</sup>. Le vieillissement de la population et l'accroissement du nombre de personnes âgées avec incapacités placent les décideurs politiques et les gestionnaires devant un impératif, celui de mettre en place des mesures assurant une prise en charge efficace et efficiente de cette population.

Dans le domaine de l'hébergement français, l'adoption de la loi 97-60 a imposé un virage vers une démarche d'amélioration de la qualité des services aux résidants et vers une réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Concrètement, cela s'est inscrit par la mise en œuvre d'une convention tripartite entre l'EHPAD, le Conseil général départemental et la Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) et par une répartition du financement selon trois tarifs : a) un tarif lié à l'hébergement, assumé par le résidant, b) un tarif lié à la dépendance, pris en charge par le Conseil général et c) un tarif lié aux soins, assumé par la Direction départementale des Affaires sanitaires et sociales (DDASS).

Depuis leur mise en vigueur, la loi 2001-647 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à la création de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et la loi 2002-2, rénovant l'action sociale et médico-sociale<sup>3</sup>, incitent les prestataires de services à l'élaboration d'un plan d'aide individualisé et à une intervention qui tienne compte des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie. L'outil utilisé pour évaluer le degré de dépendance est la grille Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources (AGGIR)<sup>4</sup>. Elle permet de catégoriser la clientèle selon six groupes Iso-ressources (GIR) et est utilisée pour déterminer l'APA. Plusieurs faiblesses ont été identifiées en regard de la validité et de la sensibilité de l'instrument. On lui reproche de négliger l'influence de l'environnement, la complexité des dimensions psychiques, les habitudes de vie et les compensations, de sous-estimer les incapacités au chapitre des fonctions mentales et sensorielles et de négliger certaines variables dans le calcul du GIR (ex. : fonctions mentales, communication)<sup>5</sup>. On observe également une forte variabilité du besoin d'aide dans chaque GIR<sup>6-7</sup>. De plus, elle ne constitue pas une évaluation multidimensionnelle qui permette l'élaboration du plan d'aide individualisé et elle ouvre ainsi la voie à une remise en question de la pratique des professionnels quant à l'évaluation des besoins.

C'est ce qui a amené l'EHPAD La Madeleine de Bergerac, déjà engagé dans une approche de processus d'amélioration de la qualité, à rechercher une procédure d'évaluation multidimensionnelle qui permette d'élaborer le plan d'aide individualisé, tel que proposé dans le rapport du Comité scientifique mis sur pied par le ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées lors du vote sur la loi 2001-647<sup>5</sup>, mais aussi de développer une culture gérontologique chez l'ensemble de son personnel. Le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), utilisé dans le réseau socio sanitaire québécois pour évaluer la clientèle adulte en perte d'autonomie, a été retenu. Cet instrument permet une évaluation exhaustive des incapacités de la personne et une catégorisation de la clientèle selon 14 profils d'autonomie fonctionnelle (profils Iso-SMAF). Ceux-ci peuvent être comparés aux GIR auxquels l'APA est associée.

Cette implantation du SMAF dans un EHPAD a permis la réalisation d'une étude ayant pour objectifs 1) d'établir le profil d'autonomie fonctionnelle Iso-SMAF des résidents et 2) de comparer la classification des profils Iso-SMAF et celle des GIR.

## **Méthodologie**

### **Implantation du SMAF**

La mise en œuvre effective de la démarche d'évaluation de la clientèle avec le SMAF s'est étalée sur une année. Un comité d'implantation a d'abord été formé. Celui-ci regroupe une infirmière responsable de service, aussi responsable de la démarche SMAF, l'infirmière responsable de la qualité et des admissions, la maîtresse de maison de l'accueil temporaire, le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement. Les membres du comité ont reçu une formation d'une durée de 28 heures sur le SMAF, les profils Iso-SMAF<sup>8</sup> et sur l'utilisation du logiciel eSMAF servant à colliger les données<sup>9</sup>. Cette formation a été donnée en mai 2005, dans l'établissement, par le Centre d'expertise en santé de Sherbrooke (CESS). Les trois mois suivants ont été consacrés à la consolidation des apprentissages par la réalisation de plusieurs évaluations *in situ*. Un contrôle des aptitudes à l'utilisation de l'outil a ensuite été réalisé en septembre 2005 par la formatrice du CESS. On a ensuite procédé à une première évaluation de tous les résidents du EHPAD (n = 211) et de la Maison d'accueil temporaire (n = 29) entre le 3 octobre et le 18 novembre 2005. Le SMAF a été complété par l'infirmière responsable auprès des équipes de soins de chaque service. Des formulaires ont été utilisés pour consigner les informations, lesquelles ont ensuite été saisies par la même infirmière avec le logiciel eSMAF. Le processus d'évaluation a fait l'objet d'un encadrement soutenu.

### **Devis de recherche**

#### **Population**

Les résidents ciblés ont été ceux occupant un lit en EHPAD (n = 211). Les critères d'inclusion sont les suivants : 1) être un résident permanent du EHPAD, ce qui excluait les sujets de la Maison d'accueil temporaire, et 2) être admis depuis un mois et plus, afin de s'assurer que les sujets se soient adaptés à leur environnement et que le personnel les connaisse bien.

#### **Instruments de mesure**

Les variables étudiées sont 1) le niveau d'autonomie fonctionnelle et 2) le degré de dépendance. Ces deux variables ont été mesurées respectivement avec le SMAF<sup>10</sup> et la grille AGGIR.

Le SMAF a fait l'objet de plusieurs études ayant confirmé ses qualités métrologiques<sup>11-14</sup>. L'outil a été adopté par le ministère de la Santé et des



Services sociaux du Québec pour l'évaluation de la clientèle adulte recevant des services de soutien à domicile ou orientée vers une ressource d'hébergement publique<sup>15</sup>. S'appuyant sur le concept fonctionnel d'autonomie de l'Organisation mondiale de la santé<sup>16</sup>, le SMAF évalue 29 fonctions regroupées en cinq catégories : les activités de la vie quotidienne (AVQ) (7), la mobilité (6), la communication (3), les fonctions mentales (5) et les activités de la vie domestique (AVD) (8). Les fonctions sont cotées sur une échelle à cinq degrés : 0 (autonome) ; -1 (surveillance ou stimulation requises) ; -2 (aide partielle requise) ; -3 (aide complète requise) ; une cote intermédiaire de -0,5 ou de -1,5 est utilisée pour certains items lorsqu'une activité est réalisée de façon autonome mais avec difficulté. Le score maximum est de -87. Le SMAF permet de mesurer l'écart entre les services requis et les services fournis et d'apprécier la stabilité des ressources.

Le SMAF permet aussi de produire un tableau de soins et une classification sous forme de 14 profils cliniques gradués (profils Iso-SMAF), chacun correspondant à un groupe de sujets semblables requérant des services similaires à des coûts similaires<sup>17-18</sup>. Contrairement aux GIR, tous les items du SMAF servent à établir le profil Iso-SMAF. La classification permet d'établir le profil d'accueil des milieux évalués et un indice de lourdeur de la clientèle (ILC) permettant de comparer différentes unités d'analyse<sup>19</sup>. Les 14 profils Iso-SMAF sont répartis en 4 catégories. La première catégorie regroupe les profils 1, 2 et 3, ceux de sujets montrant des incapacités aux tâches domestiques seulement. La deuxième catégorie regroupe les profils 4, 6 et 9 faisant référence aux sujets présentant une atteinte motrice et dont les fonctions mentales sont relativement préservées. La troisième catégorie regroupe les profils 5, 7, 8 et 10, ceux de sujets chez qui l'incapacité mentale est prédominante. Enfin, les profils 11, 12, 13, et 14 sont regroupés dans la quatrième catégorie. On y retrouve les sujets atteints dans leur mobilité et dépendants au niveau des AVQ ou présentant des déficits cognitifs et une incapacité presque totale à communiquer. Les items du SMAF, mis en vis-à-vis des variables d'AGGIR, sont présentées au tableau 27.1. La grille AGGIR est l'instrument national d'évaluation de la dépendance, en France (Loi 97-60 du 24 janvier 1997 ; décret 97-427 du 28 avril 1997). Elle est utilisée par les Conseils généraux pour l'attribution de l'APA, mais aussi par la DDASS pour déterminer le budget de soins en EHPAD ainsi que par certains assureurs dans le cadre de l'assurance dépendance. Dérivée de l'instrument clinique Gêronte<sup>20</sup>, la grille AGGIR comporte 10 variables discriminantes et 7 variables illustratives. En EHPAD, seules les variables discriminantes sont considérées pour l'évaluation. Chaque variable peut prendre trois modalités, déterminées en fonction de quatre adverbes<sup>21</sup>.

Seules les huit premières variables discriminantes sont prises en compte dans l'algorithme permettant de calculer le GIR. La classification comporte six niveaux rassemblant chacun des sujets ayant des niveaux proches en termes

Tableau 27.1  
Variables de la grille AGGIR et items du SMAF

	AGGIR	SMAF	
Variables discriminantes (établissement et domicile)	Alimentation*	Se nourrir	Items servant au calcul du profil Iso-SMAF
	Habillage*	S'habiller	
	Toilette*	Se laver	
		Entretenir sa personne	
	Élimination urinaire et fécale*	Fonction vésicale	
		Fonction anale	
		Utiliser les toilettes	
	Transferts*	Transferts	
	Déplacements à l'intérieur*	Marcher à l'intérieur	
		Installer prothèse ou orthèse	
		Se déplacer en FR à l'intérieur	
	Déplacements à l'extérieur (domicile)	Utiliser les escaliers	
		Circuler à l'extérieur	
	Cohérence*	Voir	
		Entendre	
Parler			
Orientation*	Jugement		
	Comportement		
Alerter	Orientation		
	Mémoire		
Variables illustratives (domicile)	Ménage	Compréhension	
		Utiliser le téléphone maison	
	Cuisine	Entretenir la maison	
		Faire la lessive	
	Achats	Préparer les repas	
	Transport	Faire les courses	
	Suivi du traitement	Utiliser les moyens de transport	
	Gestion	Prendre ses médicaments	
Activités de temps libre	Gérer son budget		

Tableau 27.1 (suite)  
Variables de la grille AGGIR et items du SMAF

10 variables discriminantes + 8 variables illustratives		29 items
4 – AVQ		7 – AVQ
3 – Mobilité		6 – Mobilité
1 – Capacité d'alerter		3 – Communication
2 – Fonction cognitives		5 – Fonctions cognitives
7 – AVD		8 – AVD
1 – Social		
Scores	A – Fait seul (spontanément), totalement, habituellement (temps) et correctement	0 – Autonome
	B – Fait partiellement, ou non habituellement ou non correctement	-0,5 – Avec difficulté
	C – Ne fait pas	-1 – Stimulation ou supervision requise
		-2 – Aide partielle requise
		-3 – Dépendant
<b>GIR</b>		<b>Profil Iso-SMAF</b>
* 8 variables discriminantes considérées		29 items considérés

d'aides nécessaires pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne<sup>22</sup>. L'ordre des GIR est l'inverse de celui des profils Iso-SMAF. Ainsi le GIR 6 correspond-il au profil Iso-SMAF 1 et le GIR 1 au profil Iso-SMAF 14. Seuls les GIR qui correspondent à un niveau de services modérés à importants, soit les GIR 1 à 4, donnent lieu à un financement de l'APA.

### Collecte des données

La collecte des données a été réalisée entre le 10 avril et le 5 mai 2006, soit un an après le début de l'implantation du SMAF. Les évaluations avec le SMAF et avec la grille AGGIR ont été réalisées en alternance. Un calendrier de rencontres avec les équipes de soins des huit services du EHPAD a été établi, de façon à ce que chaque équipe soit rencontrée respectivement par l'infirmière responsable de la démarche d'implantation du SMAF et par le médecin coordonnateur responsable de l'évaluation avec AGGIR, et ce à deux semaines d'intervalle. Les résidents des huit services de l'établissement ont ainsi fait l'objet d'une évaluation avec les deux instruments.

### Analyse des données

Les statistiques descriptives et la distribution relative des profils Iso-SMAF dans l'EHPAD seront utilisées pour dépeindre la population étudiée. Un indice de lourdeur de la clientèle (ILC) permettra ensuite de comparer la charge de travail entre les unités d'hébergement du EHPAD. Cet indice est calculé en divisant la médiane des heures requises quotidiennement pour combler les besoins de soins infirmiers, d'assistance et de soutien de chaque profil Iso-SMAF<sup>11</sup> par la médiane des heures totales requises du profil le plus lourd (profil 14). Chaque

coefficient obtenu est multiplié par le nombre de sujets du profil concerné. La somme des coefficients est divisée par le total des sujets<sup>19</sup>. Les statistiques descriptives, incluant une corrélation de Pearson, seront ensuite présentées pour établir une comparaison entre les classifications.

## Résultats

### Portrait de la clientèle

Les 211 lits de l'EHPAD La Madeleine étaient occupés au début de l'étude. Trois résidents sont décédés avant la date prévue de leur évaluation et un résident admis depuis moins d'un mois a été exclu. Deux cent sept (207) sujets ont donc été évalués. La moyenne d'âge globale des résidents était de 86 ans, soit 87 ans chez les femmes, au nombre de 152 (73 %), et 84 ans chez les hommes, au nombre de 55 (27 %).

La figure 27.1 illustre la répartition de la clientèle selon les 14 profils Iso-SMAF et selon les 6 GIR. Les GIR 1 et 2 regroupent plus de la moitié de la clientèle (52 %). Ils correspondent aux groupes les plus lourds donnant droit aux allocations financières les plus substantielles. Un pourcentage de 28 % des sujets se retrouve dans les GIR 5 et 6, des groupes n'ayant droit à aucun soutien financier. Les GIR intermédiaires 3 et 4 rassemblent pour leur part 20 % des sujets. À l'intérieur de chaque groupe, les besoins demeurent indifférenciés.

La répartition des profils Iso-SMAF met en évidence l'hétérogénéité de la clientèle. Près d'un sujet sur quatre (24 %) présente des incapacités aux AVD seulement (profils 1, 2 et 3), un pourcentage légèrement inférieur à celui qu'on constate dans les GIR 5 et 6. On retrouve 24 % de la clientèle dans la catégorie de profils correspondant aux incapacités motrices (profils 4, 6 et 9) et 22 % dans la catégorie des incapacités mentales (profils 5, 7, 8 et 10), ce qui correspond à la proportion classée en GIR 2, 3 et 4. Finalement, 30 % des sujets présentent une perte d'autonomie grave caractérisée par des incapacités importantes au plan moteur et mental (profils 11, 12, 13 et 14).

Dans la figure 27.2, on peut constater les différences de répartition des profils Iso-SMAF ainsi que de l'ILC, entre les divers services de l'EHPAD. Considérés dans une vue d'ensemble, les profils d'accueil de chaque service et l'ILC caractérisent le type et l'importance des besoins de la clientèle.

La durée moyenne des évaluations avec le SMAF a été de 20 minutes et de 30 minutes avec la grille AGGIR. On attribue cette différence au temps de réflexion nécessaire pour interpréter la signification des questions dans la grille AGGIR.

Figure 27.1  
Répartition des profils Iso-SMAF et des GIR dans le EHPAD La Madeleine

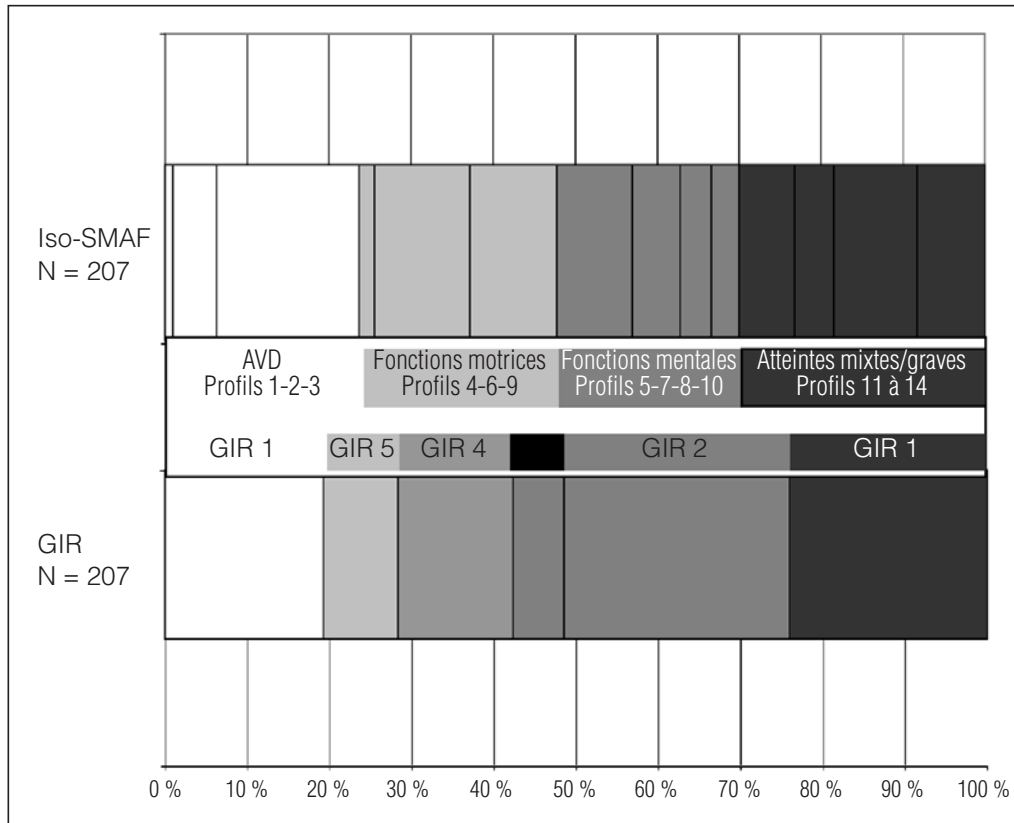
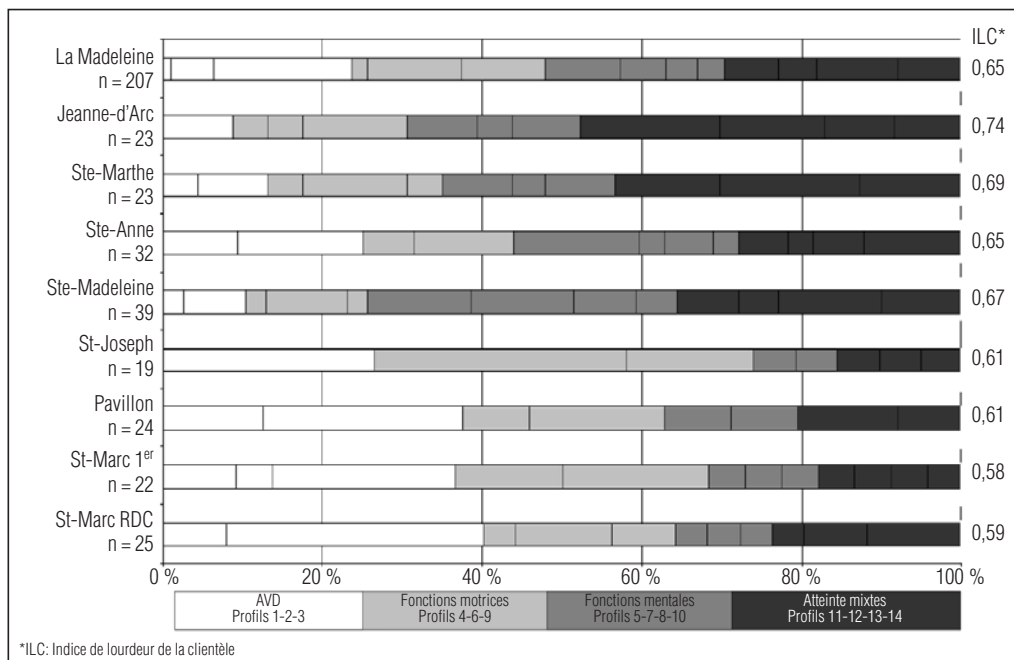


Figure 27.2  
Répartition des profils Iso-SMAF dans les différents services du EHPAD



\*ILC: Indice de lourdeur de la clientèle

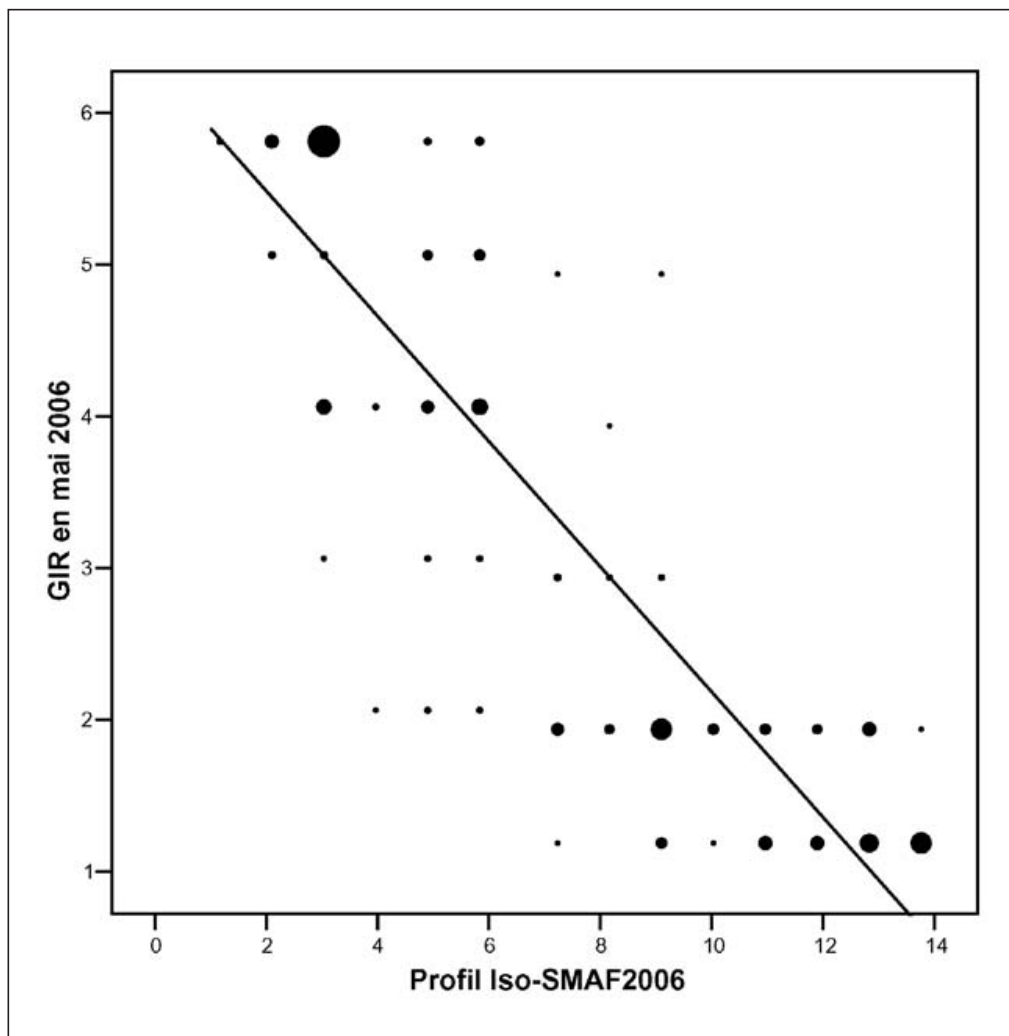
## Comparaison des profils Iso-SMAF et des GIR

Les fréquences des correspondances des profils Iso-SMAF et des GIR sont décrites dans le tableau 27.2. On constate que la correspondance est très bonne pour les profils Iso-SMAF 1 et 2, et pour ceux des profils plus lourd (profils Iso-SMAF 9 à 14). Cependant, on observe une certaine discordance pour les profils intermédiaires. La figure 27.3 illustre la prédiction des GIR à partir des profils Iso-SMAF ( $r = 0,86$ ,  $p < 0,001$ ). De façon générale, on observe une surévaluation du GIR calculé à partir du SMAF.

Tableau 27.2  
Correspondance entre les GIR et les profils Iso-SMAF

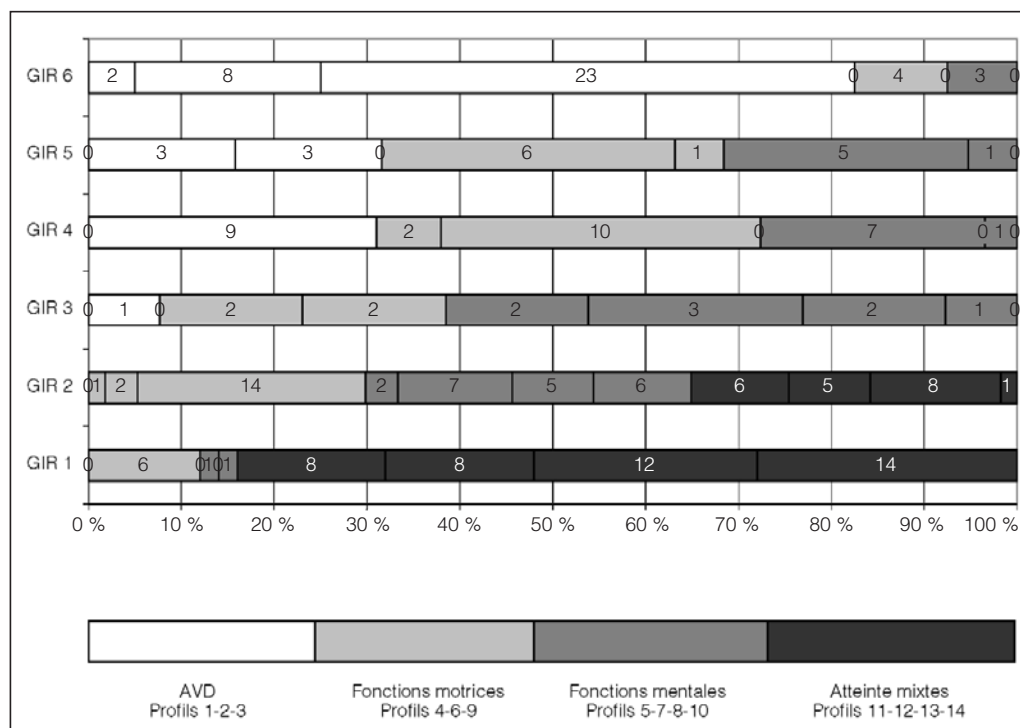
	GIR 1	GIR2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	n
<b>Profil 1</b>	0	0	0	0	0	2 100 %	2
<b>Profil 2</b>	0	0	0	0	3 27,3 %	8 72,7 %	11
<b>Profil 3</b>	0	0	1 2,8 %	9 25,0 %	3 8,3 %	23 63,9 %	36
<b>Profil 4</b>	0	1 33,3 %	0	2 66,7 %	0	0	3
<b>Profil 5</b>	0	2 10,5 %	2 10,5 %	7 6,8 %	5 26,3 %	3 15,8 %	19
<b>Profil 6</b>	0	2 8,3 %	2 8,3 %	10 41,7 %	6 25,0 %	4 16,7 %	24
<b>Profil 7</b>	1 8,3 %	7 58,3 %	3 25,0 %	0	1 8,3 %	0	12
<b>Profil 8</b>	0	5 62,5 %	2 25,0 %	1 12,5 %	0	0	8
<b>Profil 9</b>	6 26,1 %	14 60,9 %	2 8,7 %	0	1 4,3 %	0	23
<b>Profil 10</b>	1 14,3 %	6 85,7 %	0	0	0	0	7
<b>Profil 11</b>	8 57,1 %	6 42,9 %	0	0	0	0	14
<b>Profil 12</b>	8 61,5 %	5 38,5 %	0	0	0	0	13
<b>Profil 13</b>	12 60,0 %	8 40,0 %	0	0	0	0	20
<b>Profil 14</b>	14 93,3 %	1 6,7 %	0	0	0	0	15

Figure 27.3  
Distribution des profils Iso-SMAF et des GIR



Pour le profil Iso-SMAF 1, on obtient une correspondance parfaite avec le GIR 6. À l'autre extrémité, 93,4 % des profils Iso-SMAF 14 correspondent au GIR 1. Il en va autrement des autres profils qui se répartissent de façon irrégulière entre les GIR intermédiaires 2 à 5. La répartition des profils Iso-SMAF dans les GIR fournit un autre éclairage. Lorsqu'on tente de prédire les GIR en regroupant les profils Iso-SMAF, on constate que les profils 1 à 3 correspondent au GIR 6 dans 67 % des cas. Le tiers se retrouve dans le GIR 5 (profil 2) et le GIR 4 (profil 3). Les profils 4 et 6 correspondent aux GIR 4 dans 44 % des cas, le reste étant classé en GIR 2 (profil 4) et 5 (profil 6). Les profils 7 à 10 correspondent aux GIR 2 dans 70 % des cas. Le 30 % restant est distribué dans les GIR 3 (profils 7 et 8) et dans les GIR 1 (profils 9 et 10). Enfin 68 % des profils 11 à 14 sont classés dans le GIR 1, les autres se retrouvant dans le GIR 2 (profils 11, 12 et 13).

Figure 27.4  
Répartition des profils Iso-SMAF dans les GIR



## Discussion

Les objectifs poursuivis dans cette étude étaient d'établir le profil d'autonomie fonctionnelle de la clientèle du EHPAD La Madeleine de Bergerac (France) et de comparer la classification en profils Iso-SMAF avec la classification en GIR. À notre connaissance, cette étude constitue une première quant à la comparaison entre les deux classifications que sont les profils Iso-SMAF et les GIR.

Dans l'EHPAD La Madeleine, la proportion de femmes (73 %) est deux fois et demie plus élevée que celle des hommes. L'hétérogénéité des niveaux d'autonomie fonctionnelle pressentie est confirmée par les profils Iso-SMAF. Contrairement aux GIR qui n'indiquent que le niveau de dépendance et ne permettent pas de décrire la complexité des situations<sup>6</sup>, les profils Iso-SMAF mettent en lumière la diversité des besoins de la clientèle. Le calcul de l'ILC permet en plus d'apprécier l'importance des besoins et de comparer entre eux différents regroupements de clientèle.

On retrouve 28 % de la clientèle en GIR 6 et 5, deux groupes qui correspondent à des personnes autonomes ou ne nécessitant qu'une aide ponctuelle pour les AVD et l'hygiène. Dans la classification établie à partir du SMAF, on retrouve une proportion moindre de personnes ne demandant qu'une supervision ou de l'aide partielle pour les activités de la vie domestique. Au niveau le plus élevé de dépendance, le GIR 1 regroupe 24 % de la clientèle, une propor-



tion moindre que celle des profils Iso-SMAF 11 à 14 correspondant à une clientèle présentant des atteintes mixtes et graves. Ces différences de proportion entre les deux classifications appuient les observations faites dans d'autres études qui ont démontré que la grille AGGIR sous-estime l'ampleur des besoins<sup>24</sup>. La répartition des profils Iso-SMAF dans les GIR démontre aussi que des erreurs de classification se produisent avec l'utilisation de la grille AGGIR<sup>22</sup>. Ainsi, 10 % des résidents en perte d'autonomie se retrouvent dans un GIR regroupant des personnes autonomes et ne reçoivent donc pas d'allocation financière alors qu'ils y ont droit. Inversement, 5 % des résidents reçoivent une allocation alors qu'ils ne rencontrent pas le seuil d'admissibilité requis. Qui plus est, près de 10 % reçoivent un montant qui ne correspond pas à leur niveau d'autonomie.

La validité interne de cette étude repose sur un ensemble de mesures qu'il convient de présenter. La réalisation d'une enquête dans un EHPAD de grande taille (n = 211) est l'une des forces de cette recherche. On a ainsi évité un éventuel biais de sélection et optimisé la représentativité de l'étude pour des milieux semblables du département. D'autre part, nous avons été vigilants afin de minimiser le possible biais d'information. Les données ont été recueillies par deux évaluateurs formés et familiers avec l'utilisation de chaque instrument. Chacune des évaluations avec le SMAF et avec la grille AGGIR a été réalisée auprès des mêmes équipes de soins et une période de deux semaines a été respectée entre les deux types d'évaluation. D'autre part, la saisie des données du SMAF a été réalisée en cours d'évaluation. Les données de la grille AGGIR ont été consignées sur un formulaire puis vérifiées et enregistrées le jour même dans un fichier informatique. Sans prétendre à un contrôle parfait des biais possibles, nous sommes confiants quant à la qualité des données de cette étude.

## Conclusion

Cette recherche avait pour premier objectif de déterminer le profil d'autonomie fonctionnelle (profil Iso-SMAF) de la clientèle dans un EHPAD français. Aussi, constitue-t-elle une percée dans le domaine de l'évaluation des personnes âgées en perte d'autonomie en France. En vertu des modifications apportées à la loi depuis quelques années, la prise en charge des personnes âgées et l'élaboration du plan d'aide individualisé doivent s'appuyer sur une évaluation multidimensionnelle. Le SMAF apporte une réponse concrète à cette exigence.

L'étude a permis d'établir une comparaison entre les classifications obtenues à partir du SMAF et de la grille AGGIR. À notre connaissance, aucune autre recherche semblable n'avait encore été réalisée. Cette comparaison a mis en lumière des écarts entre la classification en GIR et les profils Iso-SMAF. Un résident peut être classé dans un GIR qui ne correspond pas à son niveau de perte d'autonomie et, en conséquence, ne pas recevoir l'allocation financière à laquelle il a droit. Inversement, un résident peut être classé dans un GIR don-

nant droit à une allocation financière alors qu'il ne rencontre pas le seuil d'amissibilité requis. Ces premiers résultats suggèrent de poursuivre la recherche pour y inclure toute la gamme des milieux d'hébergement et d'intervention afin de porter un jugement éclairé sur l'équité dans l'attribution des allocations financières.

Note : Malgré une corrélation élevée ( $r = 0,86$ ), la prédiction du GIR à partir du SMAF est faible en raison du petit nombre de sujets dans plusieurs cellules. Une étude auprès d'une clientèle plus large et diversifiée devra être réalisée pour valider ces premiers résultats.

## Références

1. Institut national de la statistique et des études économiques (2005). Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2006, France entière. INSEE ([www.insee.fr/fr/ffc/chifcle\\_fiche.asp?ref\\_id=NATCCF02120&tab\\_id=5](http://www.insee.fr/fr/ffc/chifcle_fiche.asp?ref_id=NATCCF02120&tab_id=5)).
2. Institut national de la statistique et des études économiques (2006). Espérance de vie à la naissance et taux de mortalité infantile. INSEE ([www.insee.fr/fr/ffc/chifcle\\_fiche.asp?ref\\_id=NATTEF02221&tab\\_id=434](http://www.insee.fr/fr/ffc/chifcle_fiche.asp?ref_id=NATTEF02221&tab_id=434)).
3. République française. Loi 2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
4. République française. Décret no 97-427 du 28 avril 1997.
5. Colvez, A. (2003). Rapport du comité scientifique pour l'évaluation de l'autonomie. Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées.
6. Coutton, V. (2000). Les mécanismes de la grille AGGIR. INSERM Démographie et Santé.
7. Roussille, B. (2004). L'évaluation du handicap dans la perspective de la nouvelle prestation de compensation.
8. Guilbeault, J. et Delli-Colli, N. (2005). Formation utilisation du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) & utilisation des profils Iso-SMAF. Centre d'expertise en santé de Sherbrooke.
9. Boissy, P., Brière, S., Tousignant, M. et Rousseau, E. (2007). The eSMAF : a software for the assessment and follow-up of functional autonomy in geriatrics. *BMC Geriatrics* ([www.biomedcentral.com/1471-2318/7/2](http://www.biomedcentral.com/1471-2318/7/2)); 7:2, 1-14.
10. Hébert, R., Desrosiers, J., Dubuc, N., Tousignant, M., Guilbeault, J. et Pinsonnault, E. (2003). Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) – Mise au point. *La Revue De Gériatrie* ; 28 : 323-36.
11. Hébert, R., Dubuc, N., Buteau, Roy, M., Desrosiers, J., Bravo, G., Trottier, L. et St-Hilaire, C. (1997). Services requis par les personnes âgées en perte d'autonomie - Évaluation clinique et estimation des coûts selon le milieu

- de vie. Direction de la recherche et de l'évaluation, Ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec.
12. Desrosiers, J., Bravo, G., Hébert, R. et Dubuc, N. (1995). Reliability of the revised Functional autonomy measurement system (SMAF) for epidemiological research. *Age and Ageing* ; 24 : 402-6.
  13. Hébert, R., Carrier, C. R. et Bilodeau, A. (1988). Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). *Revue de gériatrie* ; 14 :161-7.
  14. Hébert, R., Spiegelhalter, D. J. et Brayne, C. (1997). Setting the minimal metrically detectable change on disability rating scales. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 78 : 1305-8.
  15. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2000). Comité avisé 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 et domicile. Gouvernement du Québec.
  16. World Health Organization. (1980). International classification of impairments, disabilities, and handicaps : a manual of classification relating to the consequences of disease.
  17. Dubuc, N. et Hébert, R. (2002). Les profils Iso-SMAF : Un système de gestion clinico-administratif pour la planification des services de longue durée dans un système de soins intégrés. SMAF : Quoi de neuf ? Centre d'expertise de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.
  18. Dubuc, N., Hébert, R. et Desrosiers, J. (2004). 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 Vieillessement*, 23(1) : 35-45.
  19. Tousignant, M., Hébert, R., Dubuc, N. et Coulombe, C. (2003). 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. Centre de recherche sur le vieillissement, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.
  20. Besso, M., Saos, J. et Attalli, G. (1989). Méthodologie d'évaluation de l'autonomie des personnes âgées. *Échanges Santé*, (55) : 23-26.
  21. Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (2004). Propositions pour améliorer l'utilisation du modèle AGGIR. République française.
  22. Coutton, V. (2000). La grille AGGIR. INSERM, Démographie et Santé.
  23. Caillot, L. et Mesrine, A. (2003). Présentation des enquêtes EHPA et SAPAD. *Dossiers Solidarité et Santé*, (1) : 9-16.
  24. Kerhuel, N. (2001). Vieillesse et habitat. Recherche comparée sur les politiques de l'habitat en direction des personnes vieillissantes et en perte d'autonomie. Ministère de l'Équipement, des Transports et du Logement.

## **L'aide pour la publication de ce livre**

La publication de cet ouvrage a été facilitée par le soutien financier d'organismes et grâce à l'obtention d'un prix :

- Le 22 novembre 2005, le **Prix de l'application des connaissances des IRSC\* - impact au niveau régional**, a été remis à Réjean Hébert et l'équipe PRISMA. Ce prix doit être utilisé par les lauréats afin de poursuivre leurs activités d'application des connaissances. La totalité du prix a servi à la production de ce livre ainsi que sa version anglaise.
- La publication de ce livre a également été rendue possible grâce au support du Réseau québécois de recherche sur le vieillissement (RQRV) dans le cadre de son concours 2006-2007 pour l'aide à la publication.
- La Fondation canadienne de recherche sur les services de santé (FCRSS) supporte une partie des coûts de traduction pour la version anglaise de ce livre, qui sera publiée après la présente version française.

\* IRSC : Instituts de recherche en santé du Canada

## **Le financement du programme PRISMA**

Le programme PRISMA a été financé par :  
les organismes de subvention :

- La Fondation canadienne de recherche sur les services de santé (FCRSS)
- Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)
- Le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ)
- Le Réseau québécois de recherche sur le vieillissement (RQRV)

les organismes publics de santé et de services sociaux :

- Le ministère de la Santé et des Services sociaux
- Les Agences de la santé et des services sociaux
  - de l'Estrie
  - de la Montérégie
  - de Mauricie-Centre-du-Québec
  - de Laval
  - de Québec
- Le Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS)
- L'institut national de santé publique du Québec (INSPQ)  
et l'Université de Sherbrooke.

Les différents projets présentés dans ce livre ont pu être financés par d'autres sources qui sont identifiées dans chacun des chapitres.

## **Remerciements**

Nous tenons à remercier chaleureusement toutes les personnes âgées qui ont participé aux études relatées dans ce livre. Merci également aux équipes de secrétariat, pour leur aide dans le déroulement de nos travaux et les processus de rédaction qui précèdent (demandes de subvention) et suivent (articles et rapports) ces travaux. Enfin, merci à toutes les équipes de saisie et de compilation des données qui nous aident à construire les immenses bases de données sur lesquelles nous effectuons des analyses pendant tant d'années par la suite.



C

e livre rassemble les résultats des travaux des dernières années du groupe PRISMA. Le premier volume PRISMA paru en 2004

« *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes* » avait présenté les principes de l'intégration, le modèle de coordination PRISMA et l'évaluation préliminaire de son implantation. Ce deuxième volume rassemble les fruits des travaux des chercheurs et partenaires du réseau, au terme des nombreuses études menées sur le modèle au cours des trois dernières années.

Intégrer les services pour les personnes âgées constitue un formidable défi et nous le savons maintenant, un incontournable à l'amélioration des services. Les textes de ce livre proviennent de chercheurs, cliniciens et gestionnaires qui ont participé à l'implantation et à la mesure des impacts d'un réseau intégré. Ils relatent leurs expériences, mesures et observations et sont livrés de manière à soutenir l'implantation du modèle dans le système sociosanitaire. Il s'agit là d'une contribution importante au transfert des connaissances vers de meilleurs services à la population.

Pour de plus amples renseignements  
consultez notre NOUVEAU site Internet :

[www.usherbrooke.ca/prisma](http://www.usherbrooke.ca/prisma)