



Titre du projet :

SIPA
Un Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie
Évaluation de la phase I, juin 1999 à mai 2000

Chercheurs(res) :

F. Béland, H. Bergman, P. Lebel, A.-P. Contandriopoulos, J.-L. Denis, P. Tousignant, J. Monette, F. Ducharme.

Objectif(s) du projet :

Évaluer l'impact d'un système de services intégrés pour personnes âgées (SIPA) en perte d'autonomie sur : l'implantation et l'organisation du modèle clinique, de gestion et financier; l'utilisation et les coûts des services de santé; la santé des personnes âgées; la perception des personnes âgées et de leurs aidants quant à la qualité des soins et des services et à leur satisfaction.

Hypothèses ou questions de recherche :

Le système SIPA crée une interaction nouvelle entre les composantes du réseau grâce à ses caractéristiques cliniques et organisationnelles ainsi qu'à son mode de financement per capita.

Les résultats attendus du projet de démonstration du SIPA sont:

L'organisation des services:

- L'intégration des services sociaux et de santé aux personnes âgées;

La qualité de services :

- Une qualité des soins égale ou supérieure à celle des services réguliers, disponibles dans le réseau des services sociaux et de santé;
- Une augmentation de la satisfaction envers les services;
- Une qualité de vie comparable ou meilleure;

La santé des personnes âgées et des personnes de soutien :

- Un état de santé, des capacités fonctionnelles et des taux de mortalité qui ne sont pas affectés par le SIPA;
- Aucune augmentation du fardeau des personnes âgées et de leur personne de soutien du fait de recevoir des services du SIPA;

L'utilisation des services :

- Une accessibilité accrue aux services communautaires;
- L'intensification des interventions communautaires;
- La modification des configurations d'utilisation des services d'urgence, des séjours hospitaliers de courte et de longue durée et de l'hébergement en institution, soit en Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ;

Les coûts des services :

- Des coûts publics globalement équivalents;
- Des coûts des services communautaires supérieurs et des services institutionnels inférieurs.

Contexte sociopolitique, population à l'étude, territoire géographique :

Cette expérience s'inscrit dans les réformes des systèmes de santé publique qui visent à renforcer et transformer les services de première ligne avec l'objectif d'améliorer la santé des populations.

Les personnes âgées avec incapacité fonctionnelle sont d'un âge avancé, ont des problèmes médicaux et sociaux chroniques, des épisodes de problèmes aigus, elles recourent à un ensemble complexe de services communautaires et institutionnels, leur réseau social est parfois absent ou épuisé.

Des façons nouvelles de concevoir, de planifier, de distribuer, de produire et de financer les services à cette population doivent être expérimentées. Le Groupe de recherche Universités de Montréal-McGill sur les services intégrés aux personnes âgées (GrSIPA) a développé de 1995 à 1997 un modèle de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA) (Bergman et al., 1997).

L'objectif fondamental du SIPA est de répondre adéquatement aux besoins des personnes âgées avec incapacité, maintenir et promouvoir leur autonomie et leur capacité de choisir dans le respect de leur dignité en utilisant de façon optimale les ressources communautaires, hospitalières et institutionnelles.

Perspective théorique, cadre conceptuel, logique d'intervention etc. sur lesquels se fonde votre recherche :

Le SIPA propose une organisation des soins et services fondée sur des modèles clinique, organisationnel et financier. Les principes du SIPA sont :

- Le modèle clinique : -la responsabilité de la santé des personnes âgées avec incapacités fonctionnelles sur un territoire donné; -la responsabilité clinique des services peu importe où ils sont prodigués; -l'offre de la gamme complète de services sociaux et de santé, communautaires et institutionnels organisée selon les principes gérontologiques et gériatriques;
- Le modèle organisationnel : -des assises communautaires; -la responsabilité de l'ensemble des soins et services pour toutes les personnes âgées avec incapacité sur un territoire donné; -la capacité de mobiliser de façon flexible et rapide des ressources pour répondre aux besoins ; -des incitatifs pour développer la prévention, la détection et l'intervention précoce.
- Le modèle financier : -le pré-paiement par capitation; -la responsabilité financière pour tous les services sociaux et de santé; -la gestion publique dans un système public de services sociaux et de santé.

Description des aspects particuliers de l'organisation des services de première ligne sur lesquels porte votre projet :

Vision ou culture organisationnelle (*responsabilité envers la population ou clientèle, finalité de services versus santé etc.*)

Structure organisationnelle

1. Gouverne (*professionnelle vs communautaire, relations entre acteurs découlant de règles ou lois, incitatifs comme mode de rémunération etc.*)

Comité régional (chercheurs, sites et établissements de santé partenaires).
À l'intérieur des Centres locaux de services communautaires (CLSC), les SIPA sont des programmes autonomes.

2. Intégration/coordination (*organisationnelle/ fonctionnelle, clinique, stratégique, systémique, externe, interne etc.*)

Série d'accords inter-établissements (Centres hospitaliers (CH), Urgences), Partenariat, Protocoles de soins, Gestionnaires de cas présents sur les étages dans les cas d'hospitalisations.

Ressources

1. Type (*humaines, financières, physiques, technologiques etc.*)

Types de personnes engagées : responsables de sites, responsables d'équipes, gestionnaires de cas, intervenants cliniques (auxiliaires familiaux, infirmières ergothérapeutes, physiothérapeutes, psychologues, travailleurs sociaux), pharmacien.

2. Niveau (*quantité, répartition*)

3. Substitution (*est-ce que les services de première ligne se substituent à des services spécialisés?*)

Substitution des services institutionnels -Centres hospitaliers de soins généraux de santé (CHSGS), urgences, Unité de soins de longue durée (USLD), Centres hospitaliers de soins à longue durée (CHSLD)- par des services de proximité -Md de 1^{re} ligne, Soins et services de maintien à domicile, résidences intermédiaires

Pratiques

1. Multidisciplinarité/interdisciplinarité

Suivi intensif des dossiers par l'équipe interdisciplinaire

2. Processus de collaboration interprofessionnelle, interorganisationnelle

Liens entre gestionnaire de cas et urgences.

Suivi des hospitalisations de courte durée par le gestionnaire de cas

3. Services offerts (*étendue, gamme*)

Responsabilité pour l'ensemble des services sociaux et de santé.

Auxiliaires familiaux, infirmières, ergothérapeutes, physiothérapeutes, pharmacien, psychologues, travailleurs sociaux.

4. Mécanismes pour assurer la continuité, l'accessibilité, la globalité

Gestion de cas, garde 24/2hrs et 7/7jours et protocoles de soins cliniques

Effets

1. Profil d'utilisation

Oui, voir partie des résultats

2. Continuité, globalité, accessibilité, réactivité

Oui, voir partie des résultats

3. Santé

Non, voir partie des résultats

4. Autre

Oui, voir partie des résultats

Stratégie de recherche:

Plusieurs démarches méthodologiques sont utilisées.

L'étude de l'implantation et de l'organisation du SIPA et de la qualité des soins se fait principalement par des études de cas et des observations qualitatives auprès du groupe expérimental SIPA.

L'évaluation de l'utilisation et des coûts des services et des soins, de l'état de santé et de la satisfaction des usagers et de leurs aidants se fait par un devis expérimental et l'obtention de données quantitatives.

Il s'agit d'une étude expérimentale sur deux sites pilotes (CLSC Côte-des-Neiges et CLSC Bordeaux-Cartierville) avec mesures comparatives au temps 0 et au temps 1 (après un an de plein fonctionnement des équipes SIPA). La clientèle âgée avec incapacités admissible au SIPA est affectée au hasard à l'intérieur de chaque CLSC au groupe expérimental SIPA ou au groupe témoin (programme de MAD du CLSC).

Variables à l'étude :

Dépendantes : Mesures de l'implantation et de l'organisation du modèle clinique, de gestion et financier; utilisation et coûts des services de santé; santé des personnes âgées; perception des personnes âgées et de leurs aidants quant à la qualité des soins et des services et à leur satisfaction.

Indépendantes : Introduction du système de services intégrés SIPA

Type de devis

Expérimental avec randomisation.

Échantillon (type d'échantillon, taille des effectifs)

1260 personnes âgées avec incapacités (score de 10 et plus au SMAF, système de mesure de l'autonomie fonctionnelle) ont été recrutées dans les territoires des CSLC Côte-des-Neiges, Bordeaux-Cartierville et Saint-Laurent, dont 630 pour le groupe expérimental SIPA et 630 pour le groupe témoin.

Instruments de mesure, outils de collecte et sources de données

Les données sont colligées sous trois formes : 1) Papier (formulaires de consentement, questionnaires, formulaires de saisie de données archivées, grilles d'analyse); 2) Bandes magnétiques audio (entrevues sur les volets implantation et organisation ainsi que qualité des soins); 3) Fichiers informatiques (fichiers administratifs et données archivées informatisées).

Données d'enquête (entrevues individuelles structures ou semi-structurées, groupes de discussion), banque de données de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), de la Régie régionale de Montréal, du Registre de l'état civil, fichiers des hospitalisations du MSSS (Méd-Echo), dossiers médicaux hospitaliers et de CLSC, dossiers administratifs des CLSC, observations non participantes de réunions cliniques et administratives.

Type d'analyse (quantitative, qualitative, triangulation) :

Analyses quantitatives (tests de comparaison de moyenne et de différence de proportion) et analyses qualitatives.

Période de temps sur laquelle porte l'étude :

L'étude porte sur une période d'expérimentation d'une durée de 22 mois en 2 phases. La période d'expérimentation est précédée d'une période d'observation pré expérimentation d'une durée de trois ans et suivie d'une période d'observation post expérimentation d'une durée d'un an. La phase I a débuté le 1^{er} juin 1999 pour se terminer le 31 mai 2000. La phase II s'est terminée le 31 mars 2001. Les résultats portant sur l'ensemble des phases I et II ne peuvent être rapportés puisqu'ils ne sont pas publiés.

Résultats, aspects de la démarche particulièrement pertinents pour les décideurs :

Réussites du SIPA :

- 1) Diminution des séjours en hôpitaux de courte durée pour attente d'hébergement;
- 2) Diminution de la durée du séjour en urgence hospitalière;
- 3) Plus d'utilisateurs des urgences retournent à domicile;
- 4) Un meilleur accès aux médecins dans la communauté;
- 5) Un meilleur accès à tous les services à domicile—médecins, infirmiers, aides à domicile, intervenants sociaux, ergo et physiothérapeutes;
- 6) Une utilisation plus intensive des services à domicile infirmiers, des interventions sociales et des services para-médicaux;
- 7) Plus grande satisfaction de la qualité perçue des services dans le groupe SIPA.

Résultats sur les coûts :

- 1) Les coûts de l'hébergement sont inférieurs;
- 2) Les coûts en urgences hospitalières sont inférieurs;
- 3) Plus de dépenses au titre des services à domicile, surtout pour les soins infirmiers et les soins des ergothérapeutes et physiothérapeutes;
- 4) Le fardeau économique est identique dans les deux groupes;
- 5) Substitution des coûts en institution par des coûts en communauté.

Votre opinion concernant le caractère probant de vos résultats pour les décideurs :

	Peu	Moyennement	Énormément	S.O.*
Validité interne : jusqu'à quel point êtes-vous sûr de la force de la relation entre vos variables en vous fondant notamment sur :				
• Le devis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La taille de l'échantillon (<i>puissance statistique</i>)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'analyse de l'intervention (<i>logique/théorie de l'intervention</i>)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'analyse de l'implantation (<i>synergie, antagonisme avec éléments du contexte</i>)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Validité externe : jusqu'à quel point vos résultats sont-ils généralisables à d'autres contextes en vous fondant notamment sur :				
• La taille de la population de référence, diversité des cas étudiés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'inférence statistique (<i>inférence de l'échantillon à la population échantillonnée</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'analyse d'implantation (<i>jusqu'à quel point les conditions d'implantation peuvent se retrouver dans un autre contexte/répliquabilité</i>)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'analyse de l'intervention (<i>inférence théorique découlant du fait que l'intervention étudiée est basée sur une théorie de l'intervention explicite qui peut s'appliquer dans un autre contexte</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Applicabilité : jusqu'à quel point vos résultats peuvent-ils être utilisés par les décideurs compte tenu de ce que vous savez des contraintes ou barrières ou des éléments facilitant leur application:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Décrivez les éléments contraignants :</p> <p>Le projet SIPA s'est déroulé dans le cadre du système actuel sans avoir la masse nécessaire pour en modifier le fonctionnement:</p> <ul style="list-style-type: none"> Faiblesses inhérentes des systèmes d'information clinique et de gestion; Difficultés d'établir des interrelations suivies avec les hôpitaux et autres institutions; Difficultés d'influencer la pratique médicale; Petit nombre de patients SIPA par médecin. <p>La capitation n'a pas été implantée:</p> <ul style="list-style-type: none"> Financer les services communautaires au niveau espéré dans le cas d'un financement par capitation. Prise de conscience par les équipes SIPA des conséquences financières de leurs décisions. 				
<p>Décrivez les éléments facilitants :</p> <p>Le SIPA est un projet expérimental majeur d'un système de services intégrés pour personnes âgées fragiles par:</p>				

Nombre de personnes recrutées;
 L'évaluation multi-dimensionnelle.
 Démontre la faisabilité, et les difficultés des devis expérimentaux dans le cadre d'un système de santé public et universel;

*S. O. : Sans objet

Sources de financement :

Les organismes de subvention de la recherche:
 Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ);
 Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS);
 Les fondations Levinci et Drummond;
 Institut de recherche en santé du Canada (IRSC).

Les ministères et agences:
 Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS);
 Ministère de la santé et service de santé du Québec (MSSS);
 Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (ADRLSSSS)

Les établissements:
 CLSC-CHSLD Bordeaux-Cartierville;
 Hôpital Général Juif.

L'entreprise privée:
 Pour la diffusion: Novartis, Glaxo SmithKline, Aventis.

Stratégies d'échange des connaissances privilégiées dans le déroulement de votre projet:

La gestion de cas et les équipes multidisciplinaires ont fait partie intégrante du modèle.

Le projet SIPA a déjà été largement diffusé auprès de plusieurs catégories de publics québécois, canadiens et internationaux. Le projet SIPA a fait l'objet de plusieurs présentations dans des congrès, séminaires universitaires, ateliers de travail réunissant des décideurs, des gestionnaires et des professionnels. Ces événements ont eu lieu à Montréal, au Québec, au Canada et dans plusieurs pays—États-Unis, Amérique Latine, Europe, Israël et Australie. Les ministères de la santé des provinces canadiennes, du Canada et d'autres pays ont requis des consultations sur le SIPA.

Retombées anticipées ou utilité pour la planification ou la prise de décision :

DÉCIDEURS CIBLÉS (administratifs, cliniques)	RETOMBÉES
Gestionnaires des politiques et programmes (MSSS, Agences régionales)	Projet de démonstration prometteur de l'intégration des services pour les personnes âgées; il permet d'entrevoir une possibilité d'orienter la reconfiguration de l'utilisation des services vers les ressources appropriées. Il faudra attendre d'analyser les résultats sur l'utilisation des autres services, les coûts, la santé, la qualité des services et la satisfaction des usagers et des aidants pour conclure. L'application complète du modèle SIPA (capitation, intégration médicale, systèmes performants d'in-formation) permettrait d'en voir l'effet optimal.
Gestionnaires des organisations (CH, CLSC, GMF, CMA, etc.)	Les résultats démontrent la faisabilité d'un partenariat entre les ressources communautaires et hospitalières dans un véritable continuum de soins et de services avec des assises communautaires et la responsabilité d'une population définie de personnes âgées particulièrement vulnérables.

Associations / ordres professionnels	Il faudra poursuivre les travaux avec les associations médicales afin de consolider l'intégration médicale aux équipes multidisciplinaires des services pour personnes âgées. Différentes incitations (cliniques, financières et organisationnelles) devront être proposées aux médecins de première ligne afin de favoriser leur participation (appels d'offres). Le rôle de certaines professions est appelé à se développer davantage au sein des équipes multidisciplinaires de services intégrés pour personnes âgées (pharmacien, diététiste, par exemple). Il faudra approfondir la réflexion sur le rôle de gestionnaire de cas et la nature de la formation pour s'y préparer. Le tandem médecin-infirmière devra se consolider; la formation d'infirmière-clinicienne s'avère importante ainsi que la délégation d'actes du médecin vers l'infirmière.
Groupes communautaires	Les groupes communautaires doivent devenir des partenaires très actifs dans les équipes de services intégrés pour personnes âgées et leur contribution doit être reconnue.
Autre:	Les aidants des personnes âgées doivent se sentir soutenus par les équipes de services intégrés pour personnes âgées. Les personnes âgées doivent se sentir en sécurité grâce au suivi que le SIPA leur assure; elles devraient pouvoir rester à domicile le plus longtemps possible avec l'ensemble des services accessibles et dont la qualité est assurée.

Quelles avenues prometteuses de recherche découlent de votre projet concernant la même problématique ou une nouvelle problématique ?

<p>Les résultats de l'évaluation indiquent que:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Le SIPA peut changer la configuration complexe de l'utilisation des services des personnes âgées avec incapacités tout en maintenant ou en augmentant la qualité des services et leur satisfaction; o La clé de la réussite dans la poursuite simultanée de l'augmentation de la qualité et de l'utilisation optimale des ressources est l'exercice de la responsabilité clinique conjointe par une équipe multidisciplinaire qui comprend la première ligne médicale. En ce sens, les services intégrés pour personnes âgées devraient s'arrimer avec les Groupes de médecine familiale en cours d'implantation au Québec. D'autres provinces implantent ou expérimentent de nouvelles formules de services médicaux de première ligne qui faciliteraient l'implantation de SIPA (Federal/Provincial/ Territorial Advisory Committee on Health Services, 1995; College of Family Physicians of Canada, 1995; Primary Care Reform Physician Advisory Group, 1996).; o Les hôpitaux et des établissements d'hébergement CHSLD doivent s'engager auprès des réseaux intégrés. Les processus de décision et les incitations doivent s'arrimer aux exigences de l'intégration des services des différents établissements; o Les protocoles interdisciplinaires de prise en charge sont des outils essentiels d'intégration et doivent faire l'objet d'un développement et mis en application systématique; o Les modalités de la gestion de cas doivent être revues. En particulier, la responsabilité clinique des gestionnaires de cas, la spécificité de leur rôle et leur rapport aux tâches de leur profession d'origine doivent être repensés;
--

- o L'appréciation de la qualité est une composante fondamentale des systèmes intégrés. Des mécanismes d'appréciation continue et périodique de la qualité, autant clinique qu'administrative, doivent être développés et intégrés aux pratiques locales. Les sites doivent investir le temps, l'argent et les expertises nécessaires pour assurer que ces mécanismes fonctionnent avec toute la rigueur nécessaire;
- o Des mesures de performance de la qualité, la satisfaction, la gestion, et l'utilisation doivent être développées. Non seulement les coûts seront-ils considérés, mais aussi les effets sur la santé de la population;
- o La gestion clinique, administrative et financière des SIPA est impossible sans système d'information qui permette le suivi de l'utilisation et la communication rapide des informations cliniques entre les professionnels et les établissements.
- o La poursuite des projets de démonstration et d'implantation de réseaux intégrés doit être évaluée. L'attention doit porter sur la qualité des services, sur l'état de santé des personnes, sur les configurations d'utilisation des services et sur les coûts de l'ensemble des services sociaux et de santé.
- o Le SIPA devait être soumis à une évaluation de plus longue durée. La phase II de l'évaluation du SIPA, qui s'est terminée le 31 mars 2001, devrait permettre de confirmer ou d'infirmer des résultats significatifs ou des tendances observées au cours de la phase I sur : l'hospitalisation, les urgences et les hébergements en CHSLD. De même, l'évolution des taux de mortalité sera observée avec attention.
- o L'objectif d'expérimenter le financement per capita doit être maintenu. Des travaux préparatifs d'envergure sont nécessaires pour s'engager dans cette phase d'expérimentation, tels l'établissement des taux et des mécanismes de paiement par capita; les accords entre établissements; la préparation de l'appareil administratif; le développement des moyens de communication et de circulation de l'information.

Principaux mots-clés :

Fragilité, Services intégrés aux personnes âgées, Coûts et utilisation, Profils d'incapacités fonctionnelles