



Titre du projet :

Évaluation de l'efficacité d'un réseau de services intégrés pour les personnes âgées vulnérables en territoire semi-urbain

Chercheurs(res) :

A. Tourigny, P.-J. Durand, A. Tourigny, L. Bonin, R. Hébert, M. Paradis, L. Rochette

Objectif(s) du projet :

Déterminer l'impact du Réseau de services intégrés (RSI) sur les aînés en perte d'autonomie et leur réseau de soutien, de même que sur l'utilisation des services de santé et de services sociaux.

Hypothèses ou questions de recherche :

Sans nécessairement avoir d'effet sur la mortalité, la mise en place du Réseau de services intégrés pourra diminuer le désir d'être hébergé, la proportion de personnes hébergées, le fardeau des aidants et le recours aux services hospitaliers et ambulatoires.

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

Le territoire des Bois-Francis est semi-urbain, comprend 90 530 personnes (Institut de la statistique du Québec, juin 2000) dont près de 13 % de personnes âgées de 65 ans et plus. Il est situé à 150 km à l'est de Montréal sur la rive sud du Fleuve St-Laurent. Consciente d'un manque d'intégration dans l'organisation des services aux personnes âgées se manifestant par la duplication des évaluations, le dépistage peu répandu des clientèles à risque; la multiplicité des portes d'entrée; le manque de mécanismes de liaison entre les services, ce territoire, par le biais de la Table de concertation des services de santé et de services sociaux des Bois Francs (TCBF) réunissant les gestionnaires d'établissements publics et d'organismes communautaires, implanta en 1997, après plus d'un an de planification, un nouveau modèle de coordination, maintenant connu sous le nom de Réseau de services intégrés (RSI) des Bois-Francis. Il compte un hôpital de 170 lits, un centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), un Centre local de services communautaire (CLSC), un CLSC fusionné à un CHSLD, 45 médecins de première ligne.

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

Cette recherche a été menée avec une perspective d'évaluation où la Table de concertation des services de santé et de services sociaux des Bois Francs, qui réunit tous les directeurs généraux d'établissements et les responsables d'organismes communautaires, a contacté l'équipe de recherche, afin de voir avec elle dans quelle mesure le RSI produisait les effets escomptés. Une évaluation d'implantation et de processus a aussi été menée en parallèle à celle portant sur les effets, afin de s'assurer de l'exposition à l'intervention.

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.*)

La Table de concertation des services de santé et de services sociaux des Bois Francs a retenu la population âgée dans ses priorités d'intervention. Elle était aussi motivée d'intervenir auprès de cette clientèle suite aux constats faits au début des années '90 quant aux difficultés de prise en charge de cette clientèle. C'est suite à cela, qu'une réflexion a été entreprise avec la santé publique pour revoir l'organisation des soins et des services.

Structure organisationnelle

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

Le niveau de concertation stratégique réunit les directeurs d'établissements et responsables des organismes communautaires au sein de la Table de concertation.

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

Deux autres niveaux de concertation (tactique réunissant les coordonnateurs de services et clinique réunissant les gestionnaires de cas et le coordonnateur responsable) ont été créés. Un Système d'information Géroto-Gériatrique (SIGG) commun à tous (sauf médecins de première ligne en raison de leur exclusion du Réseau de télécommunications de la santé et des services sociaux (RTSSS) a été mis en place.

3. Autre :

Le Réseau de services intégrés couvre tout le continuum de soins et de services, de la prévention aux soins en fin de vie.

Ressources

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

Une des grandes particularités de ce réseau est sa mise en place sans argent additionnel. Ce sont les établissements (centres hospitaliers (CH), CLSC, CHSLD) qui ont mis en commun des postes de travailleurs sociaux pour créer les postes de gestionnaires de cas au départ. Le seul financement additionnel a été pour de la formation et un peu pour le développement du SIGG

2. Niveau (*quantité, répartition*)

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

Pratiques

1. Multidisciplinarité/interdisciplinarité

L'équipe de gestionnaires de cas était dorénavant appelée à se déplacer où que soit la personne (domicile, centre de jour, services ambulatoires, unité de courte durée gériatrique (UCDG), unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), etc.) et à interagir avec les équipes traitantes en interdisciplinarité.

2. Processus de collaboration interprofessionnelle, interorganisationnelle

Participation des gestionnaires de cas aux équipes multi; préparation de plan de services individualisé; niveau de concertation clinique consulté par les autres niveaux et/ou leur fait des recommandations

3. Services offerts (*étendue, gamme*)

Le gestionnaire de cas est responsable de toute la population âgée pour une sous-unité géographique du territoire. Il assure le triage et la prise de contact, l'évaluation, la planification, l'organisation et la coordination des services, le suivi et la réévaluation, la fermeture du dossier

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

niveaux stratégique, tactique et clinique, présence d'un guichet unique, gestion de

cas, outil d'évaluation multiclientèle, plan de services individualisé, système d'information SIGG

Effets

1. Profil d'utilisation

une diminution de l'hébergement et de l'utilisation des services hospitaliers

2. Continuité, globalité, accessibilité, réactivité

meilleure réponse aux besoins des clientèles âgées vulnérables

3. Santé

amélioration (moins de détérioration) de l'autonomie fonctionnelle

4. Autre

diminution du fardeau des aidants

Stratégie de recherche:

analyse des effets

Variables à l'étude :

Type de devis

Évaluation avec devis quasi-expérimental avec mesure avant (T0) et trois ans après (T1, T2, T3) avec territoire de comparaison. La collecte des données s'est déroulée de février 1997 à juin 2000. Deux stratégies ont été utilisées pour assurer la meilleure comparabilité possible entre les milieux expérimentaux et témoins et ainsi minimiser les biais de sélection. La première a été de choisir un territoire le plus comparable possible. Plusieurs critères ont guidé le choix du milieu témoin. Comme on se situait dans une dynamique d'organisation de services où un nouveau modèle de soins et de services a été développé et implanté, il apparaissait primordial que le milieu témoin provienne de la même région socio-sanitaire pour respecter les dynamiques propres à celle-ci.

De plus, le territoire témoin devait être indépendant des ressources en CH et CLSC ainsi que du milieu soumis à l'intervention. Enfin, ils devaient être comparables selon les principales variables sociodémographiques, de santé, d'offre et d'utilisation de services. Parmi l'ensemble des territoires de la région socio-sanitaire Mauricie-Centre-du-Québec, c'est celui comprenant la ville de Drummondville qui se comparait le plus avantageusement à celui des Bois-Francs. La deuxième stratégie employée pour assurer la plus grande comparabilité possible entre les deux groupes a été de faire un pairage agrégé sur les clientèles suivies tout au long de la recherche à partir de critères de sélection précis

Échantillon (*type d'échantillon, taille des effectifs*)

Toutes les personnes âgées de 75 ans et plus ayant utilisé les services suivants en 1996 (UCDG, URFI, services de soins à domicile (SAD) du CLSC, centre de jour) et ayant besoin d'aide pour au moins deux AVQ (activités de la vie quotidienne), ou (2) ayant besoin d'aide pour au moins une AVQ et ayant un des diagnostics suivants: maladie de Parkinson, accident vasculaire cérébral, démence. Les sujets ont été identifiés à partir de la révision des dossiers dans chacun des services concernés. Au total, 482 aînés ont fait partie de l'étude au T0, 272 dans le groupe expérimental et 210 dans le groupe témoin.

Instruments de mesure, outils de collecte et sources de données :

Les données sociodémographiques et autres caractéristiques personnelles des aînés et de leurs aidants ont été obtenues par questionnaire lors de l'entrevue initiale. L'autonomie fonctionnelle a été évaluée avec le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) (Hébert et al., 2001). Le désir d'hébergement a été mesuré à l'aide de quatre questions de l'étude canadienne sur le vieillissement (Canadian Study of Health and Aging Working Group 1994). Le fardeau des aidants a été mesuré avec l'inventaire du fardeau, qui est la version française du Burden Interview de Zarit, Orr & Zarit (1985). L'aidant principal a été défini comme

étant la personne qui apportait le plus régulièrement de l'aide à la personne âgée. Les données d'utilisation des services sont tirées des fichiers administratifs de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) pour les actes médicaux et la consommation de médicaments, de Med-Écho pour les hospitalisations et la chirurgie d'un jour, du système d'information sur la clientèle en CLSC appelé Intégration-CLSC (I-CLSC) pour le nombre et la nature des interventions, du registre régional pour l'hébergement en longue durée, des dossiers des personnes ayant consulté à l'URFI, aux centres de jour, aux services ambulatoires spécialisés (SAG). Les données sur la mortalité ont été obtenues lors de la collecte des données à chaque année.

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

Toutes les analyses ont été faites en fonction du groupe d'appartenance, témoin ou expérimental. La distribution de toutes les caractéristiques et variables entre les deux groupes a été comparée à l'aide du test du chi-carré ou du test exact de Fisher pour les proportions, du test de Student pour les moyennes de scores et du test de Wilcoxon pour comparer les données ne respectant pas une distribution normale. Les tables de survie ont été construites selon la méthode actuarielle et l'ajustement pour le niveau d'autonomie initial au T0 a été réalisé en employant un modèle de régression de Cox. La proportion des aînés n'ayant pas de détérioration de l'autonomie, définie comme l'absence de décès, d'hébergement ou de perte de cinq points ou plus sur l'échelle du SMAF, a été analysée selon un modèle de régression logistique permettant d'ajuster pour le niveau d'autonomie initial au T0. Afin de tenir compte de l'interdépendance, des analyses à l'aide d'un modèle linéaire généralisé ont été faites selon un plan d'analyses longitudinales répétées (modèle GEE-generalized estimating equation) (données des personnes âgées) ou transversales répétées (données des personnes soutien) (Murray, 1998). Les variables dépendantes ainsi étudiées ont été le désir d'hébergement, le fardeau, et l'utilisation des services. Selon la distribution des variables dépendantes à l'étude, le modèle GEE de Poisson (nombres de jours d'hospitalisation), ou binomiale (proportion avec au moins une visite ou une hospitalisation) ou encore « log normale » (durée moyenne de séjour) a été employé. Les données d'utilisation de services ont été analysées en comparant les deux groupes pour chacune des années en pondérant par les personnes années exposées (exclusion des décès et des personnes hébergées pour les ordonnances pharmaceutiques).

Période de temps sur laquelle porte l'étude :

1997 à 2001

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

Le RSI des Bois-Francs n'a pas eu d'effet sur la mortalité (survie), ce qui était attendu. Une tendance à la baisse est observée pour l'hébergement alors que le désir d'hébergement est, lui, moins élevé dans le groupe expérimental. Le RSI a eu comme effet qu'une plus grande proportion d'individus a évolué sans détérioration dans le groupe expérimental au cours des 12 premiers mois par rapport au groupe témoin. De plus, lorsque le suivi sans détérioration est analysé en fonction du niveau d'autonomie, le RSI produit des effets positifs chez la clientèle en plus lourde perte d'autonomie qui tendent à se maintenir même après 24 mois, soulignant ainsi toute l'importance de bien cibler les bonnes clientèles relevant de la gestion de cas. En regard du fardeau sur les aidants, le mécanisme semble avoir été efficace, le fardeau étant moindre chez les "personnes soutien" jusqu'à 24 mois après. Il y a eu peu d'effet sur l'utilisation des services. Ces résultats peuvent peut-être s'expliquer par le fait que l'équipe de gestionnaires de cas, tous des travailleurs sociaux, a permis d'atteindre des résultats importants pour les personnes et leur famille (moins de détérioration, désir d'hébergement plus faible, fardeau moins élevé) mais que l'utilisation des services aurait pu être davantage influencée par une intervention médico-nursing plus intense avec la mise en place de protocoles de soins ou guides de pratique. La participation des médecins de première ligne au système d'information géronto-gériatrique (SIGG) aurait également pu avoir des effets à ce niveau.

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 checked="" type="checkbox"/>	<input 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 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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'inférence statistique (<i>inférence de l'échantillon à la population échantillonnée</i>)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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 type="checkbox"/>	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Décrivez les éléments contraignants : un seul site, contexte semi-urbain, un seul territoire témoin				
Décrivez les éléments facilitants : présence de leader, d'un parrain (un des directeurs généraux) responsable du RSI, mécanisme de concertation, à même les ressources présentes: autant d'éléments susceptibles d'être présents ou d'être capable de développer ailleurs.				

*S. O. : Sans objet

Sources de financement :

Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS), Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ), Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS), Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), Table de concertation et Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (ADRLSSSS) de la Mauricie-Centre-du-Québec (MCQ)

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

Rencontres décideurs-chercheurs pour la planification, l'état de situation, la présentation et la discussion des résultats. Rapports distribués (papier et électronique), présentations colloques PRISMA (chercheurs et décideurs) et congrès

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)	L'expérience et les résultats du Réseau de services intégrés des Bois-Francs ont été utilisés pour la préparation des orientations ministérielles sur les services aux personnes âgées au printemps 2001 De nombreux échanges avec plusieurs régies régionales
Gestionnaires des organisations (CH, CLSC, GMF, CMA, etc.)	Permet aux organisations (établissements) de constater que ce type de modèle a produit des résultats importants pour la personne et les proches
Associations / ordres professionnels	
Groupes communautaires	
Autre:	

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

Afin de se prononcer davantage sur la généralisabilité, expérimenter dans d'autres territoires. C'est ce qui se fait d'ailleurs avec l'équipe du Dr Réjean Hébert en Estrie où trois territoires sont comparés à trois autres d'une région différente.

Principaux mots-clés :

Réseau de services intégrés, intégration, personnes âgées vulnérables