

L'IMPORTANCE DÉMOGRAPHIQUE des personnes âgées augmente progressivement au Québec et au Canada. Alors que les personnes de plus de 65 ans ne représentaient que 8,2 % de la population québécoise en 1978, elles atteignaient 11 % en 1990 et dépasseront les 18 % en l'an 2020. Ce vieillissement démographique s'explique par la dénatalité, mais aussi par l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance, qui atteint 80,8 ans chez les femmes et 73,7 ans chez les hommes. À 65 ans, les femmes peuvent espérer vivre en moyenne 20,1 années, et les hommes 15,5 ans¹. Toutefois, une proportion importante de ces années (6,9 ans chez les femmes, soit 34 %, et 4 ans chez les hommes, soit 26 %) sera vécue avec des handicaps restreignant les activités. Selon les données de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activité au Canada², près de 40 % de l'ensemble des personnes âgées et près de 35 % de celles qui vivent à domicile présentent une incapacité. La perte d'autonomie est un problème fréquent, dont l'incidence annuelle chez les personnes âgées de plus de 75 ans atteint 12 %³. Elle explique en grande partie le placement en hébergement des personnes âgées et les répercussions démesurées du vieillissement démographique sur l'utilisation des services de santé. En 1991, les personnes âgées accaparaient 40,9 % des dépenses publiques de santé, alors qu'elles ne représentaient que 11 % de la population.

Au cours des 20 dernières années, une panoplie de services gériatriques ont été créés pour répondre à la perte d'autonomie. Ces services vont de l'éva-

Le Dr Réjean Hébert, gériatre et professeur titulaire à l'Université de Sherbrooke, est directeur du Centre de recherche en gérontologie et gériatrie, à Sherbrooke.

Les réseaux intégrés de services aux personnes âgées

une solution prometteuse
aux problèmes de continuité des services

par Réjean Hébert

- À l'aide !
- Je me perds dans le dédale des services aux personnes âgées.
- Je ne sais pas où ni comment diriger mes patients en perte d'autonomie.
- Encore un autre formulaire à remplir ! c'est toujours à recommencer !
- Je perds un temps fou à discuter avec une multitude d'intervenants qui me dérangent constamment.

Vous avez besoin d'un réseau intégré de services.

luation de situations aiguës (unités de soins de courte durée gériatriques, consultations externes en gériatrie) aux mesures visant à pallier les incapacités (centres de jour, services de maintien à domicile, popote roulante, aide bénévole, etc.), en passant par la réadaptation fonctionnelle (unités de réadaptation intensive gériatrique, hôpitaux de jour). Ces services spécifiques s'ajoutent aux services de santé déjà offerts à la population générale et interviennent en prévention tertiaire pour diminuer les conséquences des déficiences et des incapacités associées à la perte d'autonomie et limiter les handicaps. Or, la multiplicité des services et des intervenants engendre des problèmes de continuité des soins et des services offerts. Mentionnons, à titre d'exemple : la présence de multiples portes d'entrée, la prestation de

services conditionnée par la ressource sollicitée plutôt que par le besoin de l'utilisateur, l'absence d'intégration des services de maintien à domicile et des services hospitaliers, la multiplicité des évaluations redondantes des clientes sans outils de mesure standardisés, l'utilisation inappropriée de ressources coûteuses (hôpitaux, services d'urgence, par exemple), les délais dans l'obtention des services, la transmission inadéquate d'information et la réponse parcellaire aux besoins. Dans un contexte de rareté des ressources et devant la perspective d'un accroissement de la demande de services, il est essentiel de veiller à ce que les services répondent aux besoins des usagers sans faire double emploi et de la façon la plus efficiente possible. Il est donc important de fournir aux gestionnaires et aux décideurs des données

probantes sur l'implantation, le fonctionnement et les effets des mécanismes et des outils mis en place pour améliorer l'intégration et la continuité des soins et services, et de mettre en place un système de surveillance permettant de s'adapter rapidement et efficacement aux modifications dans la demande de services. Ces mécanismes et ces outils sont souvent désignés sous l'appellation de réseaux intégrés de services, et le récent rapport de la commission Clair en a d'ailleurs recommandé la création, notamment pour les clientèles âgées en perte d'autonomie.

Les réseaux intégrés de services

Pour pallier les problèmes de continuité des services, différentes solutions ont été proposées et expérimentées dans des milieux de soins américains et européens. Sept éléments peuvent être dégagés pour caractériser un réseau intégré de soins et de services :

- la coordination interétablissements,
- une porte d'entrée unique,
- un système de gestion par cas,
- l'élaboration de plans de services individualisés,
- un système de classification des besoins,
- un système d'information continue
- et la budgétisation par capitation.

La **coordination interétablissements** est l'élément de base d'un réseau intégré. Elle doit s'établir à tous les niveaux des organisations. D'abord au plan stratégique, par la mise en place d'une table de concertation des établissements de santé et des organismes communautaires où les décideurs conviennent des politiques et des orientations de même que des ressources à consacrer au système intégré. Ensuite,

au plan tactique, par la création d'un comité de coordination des services, mandaté par la table de concertation, où siègent des représentants des services publics et communautaires et des personnes âgées, qui assure le suivi du mécanisme de coordination des services et favorise l'adaptation du continuum des services. Enfin, au plan opérationnel, par la formation d'une équipe multidisciplinaire d'intervenants réunie autour du gestionnaire de cas, qui évalue les besoins des clients et prodigue les soins nécessaires. Une telle coordination s'apparente à ce que les Américains appellent « *Organized Delivery Systems* »⁴.

La **porte d'entrée unique** est un service d'accueil constituant le mécanisme d'accès aux services de l'ensemble des établissements de santé et des organismes communautaires de la région pour les personnes âgées fragiles ayant des besoins complexes. Ces dernières sont dirigées vers ce mécanisme après une évaluation sommaire des besoins (triage) visant à assurer qu'elles répondent aux conditions d'admissibilité du système intégré (voir *l'encadré*). Les personnes admissibles sont alors orientées vers un gestionnaire de cas.

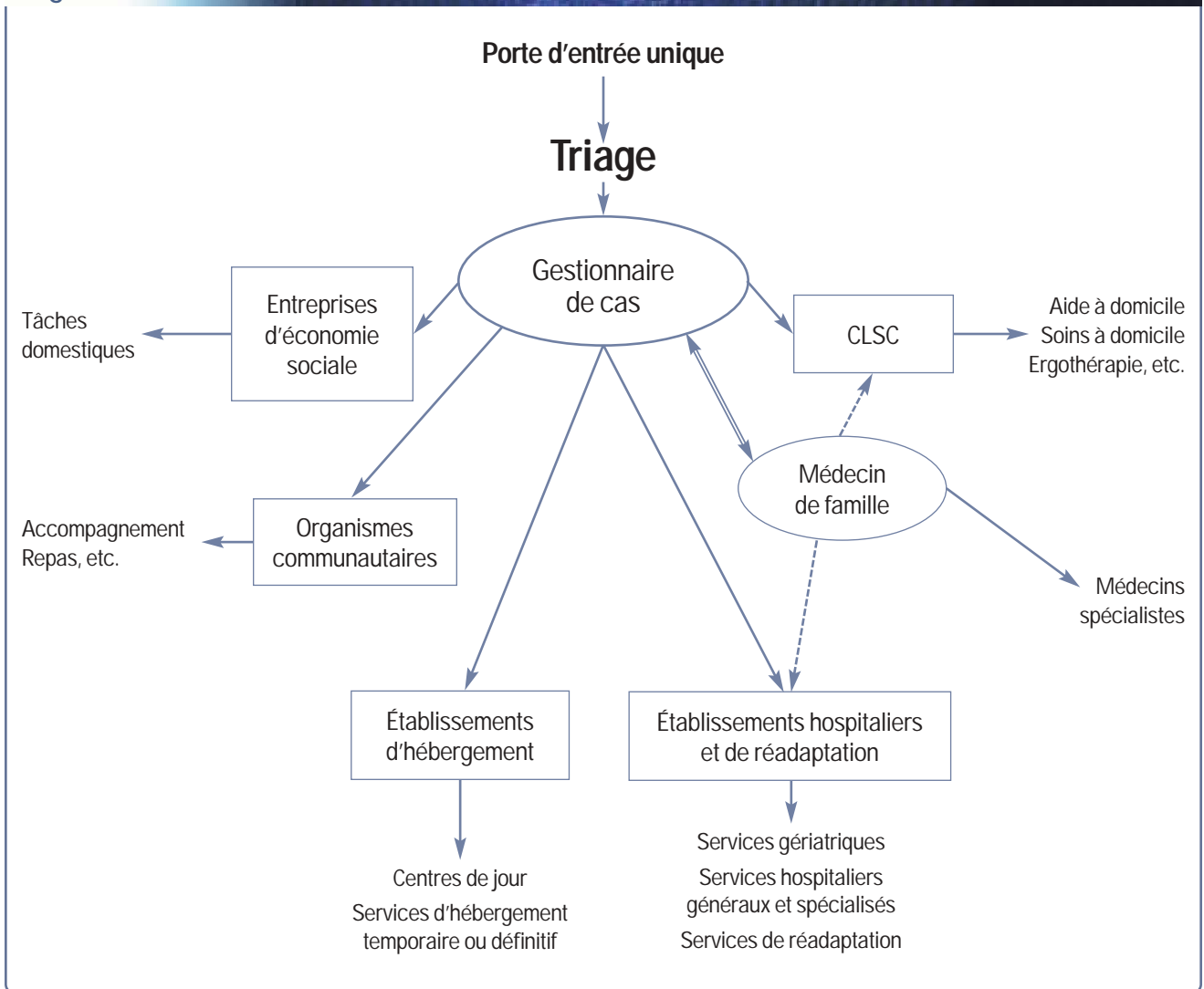
Le **gestionnaire de cas** (*case manager*) a la responsabilité de procéder à une évaluation exhaustive des besoins de la personne, de planifier les services nécessaires, de faire les démarches pour qu'elle soit admise à ces services, d'organiser et de coordonner le soutien, d'animer l'équipe multidisciplinaire des intervenants engagés dans le dossier ainsi que d'assurer le suivi et les réévaluations de la personne. Eggert et ses collaborateurs⁵ ont montré, dans un essai avec randomisation, que la gestion par cas est plus efficace si le gestionnaire de cas n'est pas seulement un courtier de services, mais est associé activement et directement à la prestation des services à la personne. Le médecin de famille devrait être un collaborateur privilégié du gestionnaire de cas car, en plus d'être le principal intervenant médical, il constitue l'intervenant pivot pour l'accès aux services médicaux spécialisés et leur coordination. En contrepartie, le gestionnaire de cas soulagera le médecin de famille d'une partie de sa tâche en facilitant l'accès au reste des interventions sociosanitaires et en les coordonnant. La *figure 1* schématise la place du gestionnaire de cas et du médecin

Encadré

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

- Avoir plus de 65 ans.
- Résider sur le territoire de Sherbrooke.
- Présenter des incapacités fonctionnelles liées à une perte d'autonomie modérée à grave.
- Avoir un potentiel de maintien à domicile.
- Avoir besoin des services d'au moins deux établissements ou programmes (excluant le médecin traitant).

Figure 1



de famille dans le réseau.

Le **plan de services individualisé** est l'outil qui découle de l'évaluation globale de la personne et résume les services prescrits ainsi que les objectifs visés. Il doit être établi lors d'une réunion d'équipe multidisciplinaire réunissant les principaux intervenants associés aux soins de la personne âgée. Dans les services ou les programmes où des processus de réunions multidisciplinaires sont déjà en place, le gestionnaire de cas s'intègre à ce proces-

sus sans faire double emploi. Le plan de services individualisé comporte les plans d'intervention de chacun des intervenants et doit être révisé de façon périodique.

Pour assurer la gestion et la surveillance du système intégré, un **système de classification** des besoins basé sur les caractéristiques essentielles des usagers doit être implanté. L'autonomie fonctionnelle fournit le paradigme idéal à un tel système, et la conception fonctionnelle de la santé proposée par

l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans la classification des déficiences, incapacités et handicaps constitue un cadre théorique pertinent et applicable⁶. C'est sur ce modèle qu'a été élaboré le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)⁷, l'instrument principal de l'outil multiclientèle qui sert de base à l'évaluation des besoins des usagers au Québec. Cet instrument est actuellement implanté dans les programmes de soutien à domicile des CLSC du Québec

et sera bientôt étendu à l'admission dans les établissements d'hébergement. À partir des données d'une étude provinciale réalisée par notre équipe sur près de 2000 sujets vivant tant à domicile que dans différents types d'établissements d'hébergement, nous avons mis au point un système de groupes « iso-ressources » (*Resources Utilization Groups* [RUG]) à partir du SMAF⁸. Quatorze profils d'autonomie (profils ISO-SMAF) ont été déterminés à l'aide de techniques d'analyse de classification automatisée (*cluster analysis*) afin de circonscrire des groupes homogènes quant à leur profil, mais hétérogènes entre eux. Ces profils sont ordonnés d'un niveau d'incapacité faible (profil 1) à un niveau d'incapacité très important (profil 14).

On distingue cinq groupes de profils :

- Le premier groupe comprend les trois premiers profils, où les patients ne présentent qu'une difficulté progressive à accomplir les tâches domestiques.
- Le deuxième groupe rassemble les profils où l'atteinte est surtout motrice, avec préservation relative des fonctions mentales. On y retrouve le profil 4, où les patients peuvent accomplir de façon autonome les activités de la vie quotidienne (AVQ), le profil 6, où ils ont de la difficulté à les faire, et le profil 9, où ils ont besoin d'aide tant pour se déplacer que pour effectuer les AVQ.
- Le troisième groupe comprend les profils où l'atteinte mentale est prédominante. Les patients du profil 5 présentent une atteinte mentale modérée et ont de la difficulté à accomplir les AVQ, alors que ceux du profil 7 présentent une atteinte mentale grave. Le profil 8 regroupe des patients présentant aussi une atteinte grave, mais ayant besoin de surveillance et d'encadrement pour effectuer les AVQ et pour se déplacer. Les patients du pro-

fil 10 ont, quant à eux, besoin d'aide pour effectuer les AVQ, sont capables de marcher et présentent généralement des troubles du comportement (errance, fugues).

- Le quatrième groupe rassemble deux profils où les patients ont besoin d'aide pour se déplacer. Le profil 11 regroupe des patients qui ont besoin d'aide pour effectuer les AVQ et sont généralement continents. Les patients du profil 12 sont incapables d'assumer les AVQ et généralement incontinents.

- Le cinquième groupe comprend les patients les moins autonomes, généralement alités et incapables d'effectuer les AVQ. Ceux du profil 14 se distinguent par des fonctions mentales très atteintes et la présence de troubles du comportement (cris, agressions physiques).

On peut utiliser ces profils pour guider la prescription de services cliniques. On peut aussi s'en servir pour la gestion opérationnelle des ressources. En effet, en déterminant les profils d'accueil des ressources, on peut alors orienter les patients de façon plus efficace et efficiente (les ressources et les coûts de chaque profil d'accueil étant connus) vers les ressources qui répondent à leur profil d'incapacités (profil ISO-SMAF). On peut enfin suivre l'utilisation des ressources dans un objectif de gestion financière.

Par ailleurs, l'implantation de tels systèmes intégrés nécessite le déploiement d'un **système d'information continue** et l'utilisation d'outils informatiques pour faciliter les communications et assurer la continuité des services. Un dossier clinique informatisé (DCI) permet à tous les intervenants d'accéder rapidement à une information complète et continuellement mise à jour et d'informer les autres intervenants de l'évolution

de la personne et des modifications apportées au plan d'intervention. Ce DCI intègre le système de gestion et permet ainsi d'assurer l'interface entre l'information clinique et l'information de gestion. Un tel DCI, le Système d'information gérontogériatrique (SIGG), a été élaboré et implanté dans le « projet Bois-Francs », à Victoriaville. Ce dossier clinique partageable est commun à tous les professionnels du continuum de services aux personnes âgées. Il utilise le réseau Internet du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) à l'aide du support Lotus Note.

Certains auteurs ont proposé qu'un **financement par capitation** soit l'un des éléments importants d'un système intégré de services. Toutefois, ce mode de financement a été évalué dans des contextes sociosanitaires fort différents des contextes canadien et québécois, et leur valeur ajoutée n'a jamais été démontrée. Une expérience actuellement en cours à Montréal (projet SIPA)⁹ vise à évaluer l'implantation et les effets d'un tel financement. Il faut réaliser qu'un tel mode de financement représente un changement majeur pour le système de santé, ce qui limite son applicabilité. Nous postulons que cet élément n'est pas indispensable et que l'implantation des autres éléments suffit pour atteindre les objectifs d'un système intégré dans un contexte socio-sanitaire de couverture universelle et gratuite, particulièrement dans les régions urbaines et rurales où, contrairement à une région métropolitaine, le nombre d'établissements et d'organismes en jeu est plus restreint.

Diverses expériences intégrant certains des éléments d'un réseau intégré de services ont été menées et évaluées dans d'autres pays ou provinces. Aux États-Unis, le projet californien On Lok¹⁰ et les Projets PACE (*Program of*

All inclusive Care for the Elderly)¹¹ comprennent plusieurs éléments d'un système intégré, y compris le financement par capitation. Étant donné que les services sont donnés par des structures gérées par le système ou par des structures externes liées par contrats (hôpitaux, cliniques de soins médicaux spécialisés, établissements de soins de longue durée), la coordination est ici moins cruciale, le système fonctionnant surtout en parallèle des structures sociosanitaires en place. Ces programmes sont constitués autour de centres de jour où sont basés les membres de l'équipe multidisciplinaire qui évaluent et traitent les clients. Ceux-ci sont sélectionnés selon des critères assez stricts d'inclusion (niveau d'incapacité compatible avec une admission en centre d'accueil) et d'exclusion (troubles de comportement, par exemple). Une évaluation de ces programmes¹² montre qu'ils auraient des répercussions sur le nombre et la durée des hospitalisations, le nombre d'admissions dans les établissements de soins de longue durée, l'utilisation de médicaments, la mortalité et les coûts des services. Toutefois, cette étude n'inclut pas de groupes de comparaison spécifiques et les données des projets PACE ne sont comparées qu'à des statistiques nationales pour des groupes dont la comparabilité peut être mise en doute. Au Canada, le projet CHOICE (*Comprehensive Home Option of Integrated Care for the Elderly*), réalisé à Edmonton, est une adaptation des projets PACE. Là encore, l'absence d'un groupe de comparaison limite l'interprétation des effets du programme. En fait, nous possédons très peu de données sur les effets de ces réseaux intégrés dans le contexte d'un système de santé public et universel comme le nôtre.

Pour mettre au point ces mécanismes et ces outils et analyser leur implantation ainsi que leur effet, un groupe de recherche alliant les compétences de deux équipes de recherche a été créé : celle de l'Unité de recherche en gériatrie du Centre Saint-Augustin de Beauport (dirigée par Pierre J. Durand) et celle du Centre de recherche en gérontologie et gériatrie de Sherbrooke, sous ma direction. Ce groupe, appelé PRISMA (Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie), a été récemment financé par la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé en partenariat avec le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ), le MSSS, l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke et cinq régions régionales de la santé et des services sociaux.

Des expériences québécoises

Le groupe PRISMA est déjà engagé dans la mise en application des mécanismes et des outils proposés dans un territoire de la région Mauricie/Centre-du-Québec (Projet Bois-Francs). Cette expérience pilote vise à évaluer, à l'aide d'un dispositif quasi expérimental, l'implantation et l'effet de ces mécanismes sur les clientèles vivant à domicile et faisant appel aux services. Dans cette étude, deux cohortes de sujets dans les zones d'étude ($n = 272$) et de comparaison ($n = 210$) sont suivies et évaluées annuellement pendant trois ans. Les résultats préliminaires¹³ montrent, entre autres, une diminution du désir d'hébergement ($p = 0,03$), une diminution moins importante de l'autonomie fonctionnelle (2,5 points au score SMAF *versus* 6,7 points ; $p < 0,05$) et une diminution du taux

d'hébergement sans augmentation du fardeau des aidants chez les sujets du groupe d'étude. Le projet Bois-Francs a permis de roder les mécanismes et les outils d'intégration des services, ce qui facilitera leur implantation future.

Forts de cette expérience pilote, nous implantons maintenant les six éléments de ce modèle à trois sous-régions de l'Estrie. La région de l'Estrie est une zone très diversifiée, tant sur le plan de la densité de la population que de l'organisation sociosanitaire. On y trouve une zone urbaine avec des établissements universitaires (Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke, Institut de gériatrie, CLSC universitaire) et des zones rurales, certaines dotées d'un hôpital régional. Des tables de concertation de décideurs et de questionnaires ont déjà été mises sur pied et travaillent à préparer l'implantation de ces modèles. Les trois sous-régions ciblées par cette étude implantent ces modèles en 2001.

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

pour l'implantation :

- de vérifier jusqu'à quel point les mécanismes et les outils d'intégration ont été implantés selon les plans arrêtés au départ,
- de comparer les degrés d'implantation entre les trois territoires,
- de relever les facteurs qui peuvent aider à comprendre les succès ou les échecs observés dans la phase d'implantation,
- de déterminer les ajustements à faire pour assurer une meilleure congruence entre les mécanismes et les outils

d'intégration et le milieu dans lequel ils sont implantés ;

pour le fonctionnement :

- de vérifier si la clientèle jointe est celle qui était visée,
- d'évaluer si l'accessibilité aux services et la continuité des soins correspondent aux attentes,
- de mesurer le taux de satisfaction des besoins des personnes prises en charge par les réseaux intégrés.

La deuxième démarche consiste en une **étude d'impact**. Son objectif est de mesurer les répercussions d'un réseau intégré de services sur :

- l'accessibilité et la continuité des services ;
- les personnes elles-mêmes, en ce qui a trait à l'autonomie fonctionnelle et à l'autonomisation (*empowerment*) ;
- la satisfaction des personnes elles-mêmes et de leur réseau de soutien ;
- le fardeau des aidants ;
- l'utilisation des ressources publiques, privées et bénévoles ;
- les coûts publics et privés des services.

Pour ces objectifs, nous proposons de vérifier les hypothèses suivantes :

- Le système intégré améliorera l'accessibilité aux services.
- Le système intégré contribuera à diminuer l'incidence de la perte d'autonomie.
- Le système intégré améliorera l'autonomie fonctionnelle et l'autonomisation des usagers, la satisfaction des usagers et des aidants, et allégera le fardeau des aidants.
- Le système intégré améliorera la continuité des services.
- Le système intégré rendra plus efficace l'utilisation des services de santé.

L'étude se déroule sur trois ans. L'évaluation de l'implantation sera d'abord formative au cours de la première année, puis sommative à la fin de la deuxième année. Pour l'étude

d'impact, un dispositif quasi expérimental sera appliqué. Les sujets des groupes expérimentaux (n = 500), choisis dans trois territoires de l'Estrie (Sherbrooke, Lac Mégantic, Coaticook), seront comparés à des sujets (n = 500) sélectionnés dans trois territoires comparables dans la région de Chaudière-Appalaches. Les sujets, des personnes de plus de 75 ans à risque de perte d'autonomie, seront évalués avant l'implantation, au début, puis un an et deux ans après.

Les résultats de cette étude devraient être disponibles en mars 2003. Ils permettront au ministère de la Santé ainsi qu'aux organismes sociosanitaires locaux et régionaux :

- de décider s'il faut généraliser de tels systèmes de prestation de services intégrés et continus en se fondant sur des données probantes ;
- d'objectiver les conditions favorables et défavorables à leur implantation pour ajuster les modes d'implantation futurs dans les autres régions du Québec, ailleurs au Canada et dans d'autres pays (France, Suisse, États-Unis) ;
- de planifier les ressources requises pour faire face au vieillissement de la population ;
- de transférer les outils et les structures élaborés à d'autres clientèles nécessitant des soins continus (ayant des problèmes de santé mentale, atteintes de déficiences physiques ou intellectuelles). □

Bibliographie

1. Bellerose C, Lavallée C, Chénard L, Levasseur M. *Santé-Québec : Et la santé, ça va en 1992-93 ?* Gouvernement du Québec, 1995.
2. Saucier A. *Le portrait des personnes ayant des incapacités au Québec en 1986*. Québec : Direction de l'évaluation, ministère de la

- Santé et des Services sociaux, 1992 : 63 pages.
3. Hébert R. Functional decline in old age. *CMAJ* 1997 ; 157 (8) : 1037-45.
4. Shortell SM. Creating organized delivery systems. The barriers and facilitators. *Hospital and Health Services Administration* 1993 ; 38 (4) : 447-66.
5. Eggert GM, Zimmer JG, Hall WJ, Friedman B. Case management: A randomized controlled study comparing a neighborhood team and a centralized individual model. *Health Services Research* 1991 ; 26 (4) : 471-507.
6. World Health Organization. *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: A manual of classification relating to the consequences of disease*. Genève : WHO, 1980.
7. Hébert R, Carrier R, Bilodeau A. The functional autonomy measurement system (SMAF): Description and validation of an instrument for the measurement of handicaps. *Age Ageing* 1988 ; 17 : 293-302.
8. Dubuc N, Hébert R, Desrosiers J, Buteau M, Trottier L. Système de classification basé sur le profil d'autonomie fonctionnelle. Dans : Hébert R, Kouri K, éd. *Autonomie et vieillissement*. Saint-Hyacinthe : Edisem, 1999.
9. Bergman H, Béland F, Lebel P, Contandriopoulos A-P, Brunelle Y, Kaufman T, Tousignant T. Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA). Rapport présenté à la Direction générale de la planification et de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, mai 1997 : 157 pages.
10. Yordi CL, Waldman J. A consolidated model of long-term care: service utilization and cost impacts. *The Gerontologist* 1985 ; 25 (4) : 389-97.
11. Branch LG, Coulam RF, Zimmerman YA. The PACE evaluation: Initial findings. *The Gerontologist* 1995 ; 35 (3) : 349-59.
12. Eng C, Pedulla J, Eleazer P, McCann R, Fox N. Program of all-inclusive care for the elderly (PACE): An innovative model of integrated geriatric care and financing. *J Am Geriatric Soc* 1997 ; 45 : 223-32.
13. Durand PJ, Bonin L, Tourigny A, Paradis M, Bergeron P. Mécanismes de coordination des services géro-geriatriques des Bois-Francs. Dans : Hébert R, Kouri K, éd. *Autonomie et vieillissement*. Saint-Hyacinthe : Edisem, 1999.