



Programme de recherche sur  
l'intégration des services de  
maintien de l'autonomie

Mai 2007

PRISMA est codirigé par  
Réjean Hébert (Université de Sherbrooke) et  
André Tourigny (INSPQ et Université Laval).



Canadian Health Services Research **Foundation**  
**Fondation** canadienne de la recherche sur les services de santé

**Partenaires décideurs :**

Les chercheurs sont Danièle Blanchette, Gina Bravo, Martin Buteau, Chantal Caron, Yves Couturier, Johanne Desrosiers, Marie-France Dubois, Nicole Dubuc, Denise Malo, Luc Mathieu, Michel Tousignant (Université de Sherbrooke); Pierre J. Durand, Diane Morin, Line Robichaud (Université Laval) et Louis Demers (École nationale d'administration publique).

Les partenaires du Réseau de la santé sont Danielle Bédard (ASSS de l'Estrie), Robert Bellefleur (CSSS du Granit), Danielle Benoit (ASSS de la Montérégie), Pierre Bergeron (INSPQ), Johanne Bolduc (CSSS de Coaticook), Lucie Bonin (ASSS Mauricie-Centre-du Québec), Céline Bureau (CSSS-IUGS), Lise Côté (ASSS de Québec), Linda Dieleman (ASSS de l'Estrie), Éliane Lafleur (ASSS de Laval), Hung Nguyen (ASSS de la Montérégie), William Murray (MSSS), Michèle Paradis (ASSS de Québec), Pierre Richard (CSSS du Granit), Lysette Trahan (MSSS); les partenaires hors-Québec sont Dominique Somme (HEGP) de Paris et Sylvain Connangle de Bergerac (Dordogne, France).

Le programme PRISMA a été coordonné par Louis Voyer du Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUG de Sherbrooke. Les étudiants ayant travaillé sur différents aspects du programme de recherche sont Sébastien Carrier, Isabelle Chouinard, Nathalie Delli-Colli, Suzanne Durand, Dominique Gagnon, Pauline Gervais et Michel Raïche du Centre de recherche sur le vieillissement du CSSS-IUGS et de l'Université de Sherbrooke.

**Financement fourni par :**

Les travaux de PRISMA ont été financés par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS); les cinq Agences de la santé et des services sociaux (ASSS) de l'Estrie, de la Mauricie et du Centre-du-Québec, de Laval, de la Montérégie, de la Capitale- Nationale; le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS); le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ), le Réseau québécois de recherche sur le vieillissement (RQRV); l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. Certaines études majeures ont été financées par les Instituts de recherche en santé du Canada.

## Chercheur principal :

Dr. Réjean Hébert  
Doyen  
Faculté de médecine et des sciences de la santé  
Université de Sherbrooke  
3001, 12<sup>e</sup> avenue Nord  
Pièce 2205  
Sherbrooke, Québec, J1H 5N4  
Canada

Téléphone : 1(819) 564-5201  
Courriel : [rejean.hebert@usherbrooke.ca](mailto:rejean.hebert@usherbrooke.ca)

Ce document est disponible sur le site Web de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé ([www.fcrss.ca](http://www.fcrss.ca)).

Pour obtenir de plus amples renseignements sur la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, communiquez avec la Fondation :

1565, avenue Carling, bureau 700  
Ottawa (Ontario)  
K1Z 8R1  
Courriel : [communications@fcrss.ca](mailto:communications@fcrss.ca)  
Téléphone : 613-728-2238  
Télécopieur : 613-728-3527

This document is available on the Canadian Health Services Research Foundation web site ([www.chrsf.ca](http://www.chrsf.ca)).

For more information on the Canadian Health Services Research Foundation, contact the foundation at:

1565 Carling Avenue, Suite 700  
Ottawa, Ontario  
K1Z 8R1  
E-mail: [communications@chrsf.ca](mailto:communications@chrsf.ca)  
Telephone: 613-728-2238  
Fax: 613-728-3527

# **Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie**

Réjean Hébert<sup>1</sup>  
André Tourigny<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Université de Sherbrooke  
<sup>2</sup>INSPQ et Université Laval

## Table des matières

Faits saillants .....	i
Résumé .....	ii
Rapport détaillé.....	1
CONTEXTE .....	1
IMPLICATIONS .....	1
APPROCHE.....	2
RÉSULTATS .....	6
La coordination inter-établissements .....	6
Une porte d'entrée unique .....	7
Un système de gestion par cas.....	8
L'élaboration de plans de services individualisés .....	10
Un outil unique d'évaluation couplé à un système de classification des besoins.....	11
Un système d'information continue .....	15
RESSOURCES ADDITIONNELLES.....	16
RECHERCHE PLUS APPROFONDIE .....	17
RÉFÉRENCES .....	18

## FAITS SAILLANTS

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

Entrepris en 1999, les travaux du groupe PRISMA (Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie) visaient à répondre à la question : **dans le contexte sociosanitaire actuel et en regard des ressources et structures mises en place, est-ce que l'implantation de mécanismes et d'outils pour dispenser des services intégrés et continus permet d'accroître la pertinence (réponse aux besoins), la qualité, l'efficacité et l'efficience des soins et des services aux personnes en perte d'autonomie?** Après cinq années de travaux, nous pouvons répondre « oui » à cette question. Le modèle d'intégration de type coordination développé par PRISMA peut être implanté dans le contexte sociosanitaire québécois.

L'intégration des services auprès des personnes âgées aide à maintenir l'autonomie des aînés, sans augmenter les coûts du système de santé. Elle prévient la perte d'autonomie et rend plus judicieuse l'utilisation des services, particulièrement les services d'urgence des hôpitaux. Cette expérience montre que la réalisation d'un réseau intégré de services repose d'abord sur la participation de personnes compétentes, crédibles et dédiées, qui vont montrer le réalisme et la pertinence du nouveau système de coordination des services. Elle requiert l'adhésion des dirigeants des organisations engagées dans le modèle de coordination retenu. La réalisation d'un tel réseau doit se présenter à eux comme une solution appropriée à des problèmes d'organisation des services qu'ils jugent prioritaires. Les gestionnaires et les intervenants touchés par le changement auront besoin de temps pour nouer des liens de collaboration et s'approprier le modèle de coordination retenu.

Les outils développés par PRISMA soutiennent efficacement l'intégration des services en favorisant le repérage des clientèles, en améliorant l'évaluation clinique des personnes, en facilitant l'élaboration d'un plan de services individualisé, en appréciant la qualité des services, en améliorant la gestion du réseau et en facilitant l'échange d'information.

## RÉSUMÉ

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

PRISMA (programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie) a développé et testé un modèle novateur d'organisation des services de santé qui vise à optimiser la continuité de ces services et à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle âgée en perte d'autonomie. Les résultats nous montrent que ce modèle, implanté en Estrie, aide à maintenir l'autonomie des aînés, à mieux utiliser les services sanitaires et sociaux et ce, sans augmenter les coûts du système de santé.

Les travaux de PRISMA ont atteint les cinq objectifs ciblés au départ : *1) Opérationnaliser aux plans stratégique (gouvernance), tactique (gestion) et opérationnel (clinique) les mécanismes et outils nécessaires à la prestation de services intégrés qui favorisent la continuité des soins.* Les six composantes du réseau intégré (concertation, guichet unique, gestion de cas, plan de services individualisé, outil unique d'évaluation et dossier clinique informatisé) implantées dans trois MRC de l'Estrie (Sherbrooke, Granit et Coaticook) ont fait l'objet d'un monitoring régulier. Au terme de notre étude, après quatre ans, les six composantes ont été implantées à 75 p. 100.

*2) Développer et valider des instruments cliniques et de gestion supportant l'opérationnalisation d'un système de services intégrés et facilitant l'adaptation à de nouveaux modes de pratiques professionnelles et organisationnelles.* Ces instruments renvoient aux profils Iso-SMAF et au dossier clinique informatisé. Les résultats de nos travaux en Estrie et en Montérégie confirment que les profils Iso-SMAF peuvent être utiles au développement d'une méthode d'allocation budgétaire tant des établissements d'hébergement que des services de soutien à domicile. Nous avons aussi travaillé à la validation des profils pour les clientèles de déficience physique et déficience intellectuelle. Devant les résultats de cette étude, il est possible de penser que, pour la majorité des personnes ayant une déficience physique ou

intellectuelle, la classification basée sur les profils Iso-SMAF pourrait combler en partie le besoin d'information nécessaire pour pallier leur incapacité. Nous visions également à mettre au point des indicateurs de services requis en interventions psychosociales pour compléter les ressources requises et les coûts associés à chacun des profils. A partir d'une consultation Delphi d'un groupe d'experts, les dimensions suivantes ont été retenues et des indicateurs ont été générés : l'état de santé, la situation psychosociale, la situation des aidants, la capacité de motivation et d'adaptation, la communication et les fonctions cognitives. Étant donné la croissance importante de l'hébergement en résidence privée et l'absence de données sur les besoins de cette clientèle, une première incursion des profils Iso-SMAF a été faite auprès des résidences privées d'hébergement (RPH). 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. Nous comptons en outre raffiner le mode de détermination des services requis en soins infirmiers, d'assistance et de soutien à partir des profils. Pour ce faire, nous avons mis en place des travaux qui intègrent deux outils développés par des chercheurs de notre équipe, soit les profils d'autonomie fonctionnelle Iso-SMAF et TEDDI, un logiciel permettant la réalisation d'études de temps et mouvement. En ce qui concerne le dossier clinique informatisé, la version du système d'information géronto-gériatrique (SIGG) déployée actuellement en Estrie et dans les Bois-Francs a été enrichie d'un extracteur de données et d'un générateur de rapports pour son utilisation en gestion, ainsi que d'un module repérage incluant le PRISMA-7.

*3) Développer, adapter et valider des mesures de la qualité des services, une méthode d'évaluation des coûts et des indicateurs de continuité de services.* Pour la qualité des services, nous avons proposé à des experts une série d'indicateurs de qualité. Les indicateurs retenus se rapportent à l'efficacité, à la sécurité, aux soins centrés sur le patient, à la continuité et à l'accès. Ces indicateurs seront maintenant expérimentés 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. Quant à la méthode d'évaluation des coûts développée par notre équipe, elle a été appliquée dans le cadre de l'étude PRISMA-Estrie. Les résultats d'efficacité permettent de conclure que le modèle novateur des réseaux intégrés de services pour personnes âgées (RISPA) n'est pas plus onéreux que le modèle traditionnel, les coûts d'implantation et de fonctionnement du RISPA ayant été compensés par des économies sur les services.

*4) Évaluer l'implantation et le fonctionnement d'un système de services intégrés en identifiant précisément les conditions facilitantes et contraignantes aux plans stratégique, tactique et opérationnel selon la perspective des personnes ayant des incapacités et de leur réseau de soutien, des soignants et des gestionnaires.* À la lumière de nos travaux, nous pouvons 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. Mentionnons que 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.

*5) Évaluer l'impact des réseaux intégrés (RI) sur la personne en perte d'autonomie, son réseau de soutien, l'utilisation des ressources (publiques, privées et bénévoles) et les coûts des services.* Nous avons observé une réduction de la perte d'autonomie de 7 p. 100 des personnes âgées participant à l'étude PRISMA-Estrie. Ce groupe d'aînés affiche un niveau de satisfaction plus élevé par rapport au système de santé. De plus, ces personnes utilisent de façon plus efficace les services qui leur sont proposés par le Centre local de services communautaires (CLSC) et, par conséquent, elles ont moins recours aux urgences. Le niveau d'autonomisation était également plus élevé chez les personnes exposées au réseau intégré. Enfin, on note une stabilisation des hospitalisations de cette tranche de la population.

## **RAPPORT DÉTAILLÉ**

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

#### **CONTEXTE**

Le vieillissement de la population occasionne une prépondérance de maladies chroniques exigeant des soins continus de longue durée. Le modèle traditionnel hospitalo-centrique s'avère, dans ce contexte, inadapté et doit faire progressivement place à un modèle de soins axé sur les lieux de résidence des personnes âgées. Les soins de première ligne et les services à domicile se retrouvent au cœur même du système et, en raison de la multiplicité des organisations et des professionnels qui ont à intervenir, l'intégration réussie de ces services est impérative.

PRISMA (programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie) a développé et testé un modèle novateur d'organisation des services de santé qui vise à optimiser la continuité de ces services et à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle âgée en perte d'autonomie. Les résultats montrent que ce modèle, implanté en Estrie, a des retombées intéressantes pour la population qu'il dessert. Le réseau intégré de services aide en effet à maintenir l'autonomie des aînés, sans augmenter les coûts du système de santé.

Nous avons observé une réduction de la perte d'autonomie de 7 p. 100 des personnes âgées participants à l'étude. Ce groupe d'aînés affiche un niveau de satisfaction plus élevé par rapport au système de santé. De plus, ces personnes utilisent de façon plus efficace les services qui leur sont proposés par le CLSC et, par conséquent, elles ont moins recours aux urgences. Le niveau d'autonomisation était également plus élevé chez les personnes exposées au réseau intégré. Enfin, on note une stabilisation des hospitalisations de cette tranche de la population.

#### **IMPLICATIONS**

À la lumière de nos travaux, nous pouvons 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. Tout d'abord, mentionnons que 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.

L'**intégration normative** (IN) est à la base. 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. L'**intégration clinique** (IC) 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. L'**intégration informationnelle** (II) 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 au moment de la conception des systèmes et des outils d'information. L'**intégration organisationnelle** (IO) signifie que 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. On parle d'**intégration financière** (IF) lorsque le passage d'une logique d'établissements à une logique populationnelle est facilité par la mise en commun des budgets requis pour les activités de coordination. L'**intégration des dimensions** correspond à 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) ce qui favorise, 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.

L'efficacité et l'efficience du modèle PRISMA étant, dans l'ensemble, démontrées, c'est maintenant l'heure de l'intégration clinique, au moyen des projets cliniques concertés avec les partenaires concernés.

## **APPROCHE**

Le modèle PRISMA comporte six éléments, soit trois mécanismes (coordination, porte d'entrée unique, gestion de cas) et trois outils (plan de services individualisé, outil d'évaluation et de gestion, dossier clinique informatisé).

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

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

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

Le **plan de services individualisé** (PSI) est l'outil qui découle de l'évaluation globale de la personne et résume l'ensemble des services prescrits, les orientations visées et les besoins non comblés. Cette démarche nécessite souvent une réunion d'équipe multidisciplinaire réunissant les principaux intervenants participant au soin de la personne âgée. Dans les services ou les programmes où des processus de réunions multidisciplinaires sont déjà en place, le gestionnaire de cas s'intégrera dans ce processus, sans double emploi. Le plan de services individualisé oriente, influe sur les objectifs des plans d'interventions de chacun des intervenants. Le PSI doit être révisé de façon périodique.

L'**outil unique d'évaluation** est un élément essentiel à un réseau de services intégrés. Il doit servir à l'évaluation des besoins tant à domicile qu'en institution. L'instrument doit mesurer les incapacités, les ressources et les handicaps de l'individu. Le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)<sup>1</sup> est une échelle de 29 items développée selon la classification des déficiences, incapacités et handicaps de l'Organisation mondiale de la Santé<sup>2</sup>. Il mesure l'autonomie fonctionnelle dans cinq dimensions : les activités de la vie quotidienne (AVQ) [7 items], la mobilité [6 items], la communication [3 items], les fonctions mentales [5 items] et les activités de la vie domestique (AVD) [8 items]. Pour chaque item, l'incapacité est cotée selon cinq niveaux : 0 (autonome), 0,5 (avec difficulté), 1 (avec stimulation ou surveillance), 2 (avec aide) et 3 (dépendant) selon des critères spécifiques. Les ressources disponibles pour compenser l'incapacité sont aussi appréciées, de sorte qu'un score de handicap peut être obtenu. Le SMAF est l'instrument principal de l'Outil d'évaluation multiclientèle qui sert de base à l'évaluation des besoins des usagers au Québec, tant pour les services à domicile que pour l'admission et le suivi en établissement d'hébergement. Le SMAF a servi de base au développement d'un système de classification (*case-mix*) facilitant la gestion du réseau. À partir des données d'une étude provinciale réalisée par notre équipe auprès de 2000 sujets vivant tant à domicile que dans différents types d'établissement d'hébergement, nous avons développé ce système de groupes iso-ressources (« Resources Utilization Groups - RUG »)<sup>3</sup>. Quatorze profils d'autonomie (profils Iso-SMAF) ont été déterminés par l'utilisation des techniques d'analyse de classification automatisée (cluster analysis) afin de circonscrire des groupes homogènes quant à leur profil, mais hétérogènes entre eux. Ces profils sont ordonnés d'un niveau d'incapacité faible (profil 1) à un niveau d'incapacité très important (profil 14). On distingue cinq groupes de profils. Le premier groupe comprend les trois premiers profils où les sujets ne présentent qu'une atteinte progressive aux tâches domestiques. Le deuxième groupe rassemble les profils (4, 6 et 9) où l'atteinte est surtout motrice, avec préservation relative des fonctions mentales. Le troisième groupe comprend les profils où l'atteinte mentale est prédominante (5, 7, 8 et 10). Le quatrième groupe rassemble deux profils (11 et 12) où les sujets présentent des incapacités

au plan mental, mais ont aussi besoin d'aide pour se déplacer et accomplir les AVQ. Le cinquième groupe (profils 13 et 14) comprend les sujets les moins autonomes, généralement alités et dépendants pour les AVQ. Les profils Iso-SMAF sont utilisés pour guider la prescription de services cliniques et la gestion opérationnelle des ressources. En effet, en déterminant les profils d'accueil des ressources, on peut orienter de façon plus efficace et efficiente (les ressources et les coûts de chaque profil d'accueil étant connus) les usagers vers les ressources qui répondent à leur profil d'incapacités (profil Iso-SMAF). On peut enfin monitorer l'utilisation des ressources dans un objectif de gestion financière<sup>4</sup>. Ainsi, les mêmes données collectées à des fins cliniques servent à la gestion opérationnelle et financière du réseau.

Par ailleurs, l'implantation de tels systèmes intégrés nécessite le déploiement d'un **système d'information continu** et l'utilisation d'outils informatiques pour faciliter les communications et assurer la continuité des services. Un dossier clinique informatisé (DCI) permet à tous les intervenants d'avoir accès rapidement à une information complète et continuellement mise à jour, en plus d'informer les autres intervenants de l'évolution de la personne et des modifications apportées au plan d'intervention. Ce DCI intègre le système de gestion et facilite ainsi l'interface entre l'évaluation clinique et l'information de gestion. Un tel DCI, le Système d'information géronto-gériatrique (SIGG), a été développé et implanté dans le réseau intégré des Bois-Francs dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Ce dossier clinique partageable est commun à tous les intervenants du continuum de services aux personnes âgées. Il utilise le réseau Internet du MSSS à l'aide du support Lotus Note. Actuellement, il est employé dans les sept territoires de la région de l'Estrie.

L'enjeu premier de PRISMA était de répondre à la question suivante : « Dans le contexte sociosanitaire actuel et en regard des ressources et structures mises en place, est-ce que l'implantation de mécanismes et d'outils pour dispenser des services intégrés et continus permet d'accroître la pertinence (réponse aux besoins), la qualité, l'efficacité et l'efficience des soins et services aux personnes en perte d'autonomie? ». Plus précisément, cinq objectifs de recherche ont été poursuivis. 1) Opérationnaliser aux plans stratégique (gouvernance), tactique (gestion) et opérationnel (clinique) les mécanismes et outils nécessaires à la prestation de services intégrés qui favorisent la continuité des soins; 2) Développer et valider des instruments cliniques et de gestion supportant l'opérationnalisation d'un système de services intégrés et facilitant l'adaptation à de nouveaux modes de pratiques professionnelles et organisationnelles. Ces instruments renvoient aux profils ISO-SMAF et au dossier clinique informatisé (DCI - SIGG); 3) Développer, adapter et valider des mesures de la qualité des services, une méthode d'évaluation des coûts et des indicateurs de continuité de services; 4) Évaluer l'implantation et le

fonctionnement d'un système de services intégrés en identifiant précisément les conditions facilitantes et contraignantes aux plans stratégiques, tactiques et opérationnels selon la perspective des personnes ayant des incapacités et de leur réseau de soutien, des soignants et des gestionnaires; 5) Évaluer l'impact des RI sur la personne en perte d'autonomie, son réseau de soutien, l'utilisation des ressources (publiques, privées et bénévoles) et les coûts des services.

Ces objectifs de recherche ont été atteints grâce au travail des chercheurs et des décideurs de PRISMA qui ont conjointement défini la programmation, élaboré les projets, réalisé les travaux et mis en place des mécanismes de transfert des connaissances efficaces qui ont permis d'implanter des mécanismes et des outils cliniques et de gestion mis au point par PRISMA. Cinq années de travail ont permis de procéder au transfert des résultats de recherche aux gestionnaires et aux cliniciens, de comparer l'évolution des composantes du modèle, de mettre les résultats de l'étude d'impact en perspective selon le degré de mise en œuvre atteint, d'élaborer et de valider des instruments utiles aux gestionnaires et aux cliniciens, et de développer des alliances institutionnelles et professionnelles par la création d'équipes de recherche mixtes (gestionnaires et chercheurs). PRISMA s'est avéré un lieu propice d'échanges et de partenariats actifs entre chercheurs, gestionnaires et professionnels selon le mode le plus approprié (réunions de travail, articles scientifiques, colloques PRISMA, symposiums dans le cadre de congrès nationaux et internationaux, site Web bilingue, etc.). PRISMA a d'ailleurs obtenu le prix de l'application des connaissances des IRSC, en 2005, qui se veut une reconnaissance de nos efforts et de notre originalité dans le processus de transfert des connaissances et le partenariat étroit que nous avons établi avec le réseau.

## **RÉSULTATS**

### ***Les constats de la programmation de recherche de PRISMA***

Afin de favoriser l'applicabilité des résultats obtenus, nous rapporterons les constats de nos travaux selon les six composantes du modèle PRISMA décrits précédemment.

#### **1) la coordination inter-établissements**

La coordination inter-établissements ou concertation joue un rôle stratégique dans l'instauration du changement à cause du grand nombre d'acteurs et de leur appartenance professionnelle et organisationnelle fort diversifiée (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 constitue le fil conducteur.

Nous retrouvons 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 jouaient 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. Au terme de trois années de suivi, les taux de concertation atteints à Sherbrooke est de 90,5 p. 100, au Granit de 67,5 p. 100 et à Coaticook de 86,5 p. 100.

La concertation est apparue plus faible au Granit principalement à cause du fait que la dynamique initiale de participation 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 de la concertation et des autres composantes. L'instauration d'un comité aviseur chargé de suivre l'implantation a eu pour effet de la dégager de certaines responsabilités à l'égard du réseau intégré.

## **2) une porte d'entrée unique**

Dès les premières discussions pour mettre en place le guichet unique, le besoin d'un outil de repérage des personnes âgées en perte d'autonomie est apparu. Le PRISMA-7 s'est avéré un outil de repérage incontournable. Ce questionnaire de sept énoncés (à répondre par oui ou non) a préalablement été développé et validé pour repérer les personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave. L'outil peut être utilisé par téléphone, par écrit ou en face à face. Un guide d'utilisation a été développé et constitue le chapitre d'un livre<sup>5</sup> disponible en ligne gratuitement ([www.prisma-qc.ca](http://www.prisma-qc.ca)).

Le questionnaire PRISMA-7 a été adopté en Estrie et dans la plupart des régions du Québec, principalement au guichet unique des Centres locaux de services communautaires (CLSC) et dans quelques urgences. L'outil est progressivement utilisé en plusieurs lieux de consultation et en différents moments. La plupart des urgences du territoire font du repérage avec l'outil, notamment les urgences de Coaticook et du CHU de Sherbrooke (CHUS). À Sherbrooke, le PRISMA-7 est également utilisé durant les campagnes annuelles de vaccination des personnes âgées contre l'influenza. Quelques services, comme les cliniques préparatoires à la chirurgie du



CHUS (cueillette de données avant une chirurgie éleative, prélèvements, préparation de la sortie d'hôpital, etc.), en ont débuté l'implantation durant l'année 2006. L'utilisation potentielle est envisagée dans d'autres cliniques externes (p. ex., clinique du diabète) ou encore dans les salles d'attente en cabinet de médecin privé. Les infirmières des Groupes de médecins de famille (GMF), tout comme le Centre de réadaptation Estrie et plusieurs organisations dispensant des services d'entretien domestique, dirigent vers le au guichet unique les personnes âgées repérées positives par le PRISMA-7. 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. 100 ( $p \leq 0,001$ ) de l'incidence de perte d'autonomie durant la quatrième année de l'étude. Avec une telle approche, il est possible d'identifier les personnes non autonomes qui étaient inconnues du réseau de la santé et de maximiser le potentiel des interventions. Les intervenants consultés nous affirment qu'ils ne retourneraient plus à l'époque avant le repérage.

### **3) un système de gestion par cas**

Une partie de nos travaux avaient pour objectif premier de mieux comprendre la façon dont 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 de gestion de cas. Dans le cadre de l'étude PRISMA, trois modèles de gestion de cas ont inspiré les innovations locales. Ces modèles se caractérisent, d'une part, par le type de clientèle desservie par la gestion de cas, 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 faire des interventions

psychosociales brèves auprès de sa clientèle. Toutefois, si cette intervention exige trop de temps, il devra diriger la personne vers un autre travailleur social de première ligne qui prendra en charge l'intervention psychosociale. En plus des compétences méthodologiques, le gestionnaire de cas devra dans ce modèle mobiliser les compétences cliniques diversifiées exigées par 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.

Le suivi de l'implantation en Estrie a clairement démontré les limites des modèles unique et mixte. La région de Sherbrooke qui avait opté pour un modèle unique à l'origine a vite réalisé la perte de temps et de continuité de ce modèle. Il est en effet beaucoup plus efficace que les gestionnaires de cas (GC) interviennent auprès de leur clientèle dans leur champ de compétence au lieu de les diriger vers des collègues. Cette région a donc migré vers un modèle hybride. Le modèle mixte privilégié à Coaticook ne favorise pas le changement de rôle de l'intervenant qui a tendance à poursuivre son rôle traditionnel au lieu d'adopter la gestion de cas. La perception des autres intervenants a également du mal à s'ajuster car la même personne est parfois un intervenant régulier et d'autre fois un gestionnaire de cas.

Nous proposons au lecteur de retenir quelques idées maîtresses de l'analyse de l'implantation, 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. 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 de l'information 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. Afin de faire avancer les connaissances et de développer la formation dans ce domaine, plusieurs chercheurs-professeurs de l'équipe ont participé au développement d'un microprogramme de 2<sup>e</sup> cycle de gestion de cas ([www.usherbrooke.ca/cufg/micro/cas/](http://www.usherbrooke.ca/cufg/micro/cas/)).

#### **4) l'élaboration de plans de services individualisés**

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 voire même un critère de qualité de la gestion de cas. 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. Nous avons ainsi cherché à connaître le contenu, l'utilité et l'utilisation réelles des documents PSI élaborés durant l'expérimentation PRISMA.

Nous rapportons ici une implantation qualitativement problématique des PSI dans une expérimentation où la seule évaluation quantitative aurait conclu à une implantation adéquate 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 vague. Notamment le moment de sa rédaction, les motivations qui sous-tendent son élaboration et son utilisation étaient imprécis. L'ensemble du dossier clinique rendait bien compte d'une activité réelle des GC de planification individualisée mais la place du document PSI par rapport à ce processus paraissait au mieux accessoire. Mentionnons que le cadre conceptuel qui a servi de référence aux formateurs<sup>6</sup> était basé sur une autre clientèle (santé mentale 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 développé pour la planification d'un nombre assez limité d'interventions sur une période assez brève (plan d'intervention issu du travail infirmier et adapté au travail d'équipe soignante). Il semble montrer des limites d'utilisation à plus long terme avec un nombre important de problématiques et d'intervenants. Ainsi les PSI étaient réalisés principalement à des 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, 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. 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 par le ministère de la Santé et des Services sociaux en vue de recevoir des propositions concrètes de modifications de l'outil. Nos travaux ont permis la réflexion sur les pratiques de planification

individualisée et la production de recommandations pour l'évolution de l'outil. Dans notre étude, nous ne mettons pas en évidence l'influence de la localisation dans l'un ou l'autre site sur l'utilité du PSI. Par ailleurs, les GC provenaient d'horizons professionnels divers (travailleurs sociaux, infirmiers, psychologues) sans que nous ne mettions en évidence non plus l'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.

#### *Qualité des soins et services aux personnes âgées vulnérables*

Puisque l'amélioration de la qualité des services est un des principaux objectifs de l'intégration des services, un projet précis 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. Pour parler d'amélioration de la qualité des soins et services aux personnes âgées vulnérables, il faut d'abord développer une méthode rigoureuse pour évaluer cette qualité. Pour ce faire, des indicateurs de processus ont été choisis afin d'évaluer les soins et services dispensés à une clientèle de personnes âgées vulnérables soit celles atteintes de troubles cognitifs ou de démence. Ces indicateurs n'ayant pas été développés pour le contexte des réseaux de service intégrés, nous avons réalisé une validation des indicateurs sélectionnés en équipe de recherche multidisciplinaire. La majorité (88 p. 100) 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 experts provenant de 9 disciplines ou spécialités des soins de santé (gériatrie, soins infirmiers, réadaptation, psychologie, neuropsychologie, pharmacie, diététique et service social). Les indicateurs retenus se rapportent à l'efficacité, à la sécurité, aux soins centrés sur le patient, à la continuité et à l'accès. Ces indicateurs ont fait l'objet d'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.

### **5) un outil unique d'évaluation couplé à un système de classification des besoins**

#### *Utilisation des profils Iso-SMAF pour desservir la clientèle d'un territoire*

Pour la première fois au Québec, il a été possible de dresser un portrait des usagers de la clientèle long terme du programme 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'information intégrée 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 clientèle desservie. Ainsi, il a donc été possible d'acquérir de l'information clinique utilisable également à des fins de gestion. Deux impacts se dégagent de cette recherche. Premièrement, l'utilisation des profils Iso-SMAF a permis la comparaison des clientèles du programme SAD à l'intérieur d'un même territoire et pourrait permettre des comparaisons entre des régions administratives d'une même province et entre des provinces. Deuxièmement, des données sont dorénavant disponibles comme outil de prise de décision en ce qui a trait à la répartition des allocations des ressources financières pour le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV). Force est de constater que les profils Iso-SMAF permettent une gestion multidimensionnelle.

Les profils Iso-SMAF permettent une évaluation en continue 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 où ils sont dispensés. Comme les profils sont non dépendants des structures actuelles, ils peuvent évoluer facilement avec les nouvelles pratiques et technologies. 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 l'information fournie 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 aux fins de planification en ressources humaines et financières. Du point de vue de la gestion financière, les travaux de la Montérégie ont fait figure de proue sur le plan provincial en ce qui a trait à l'utilisation des données pour le développement d'une méthode d'allocation budgétaire des établissements. En 2005-2006 et 2006-2007, l'ASSS de la Montérégie, utilise ces données pour allouer des ressources financières. Il est dorénavant possible de faire des liens avec des mesures de résultats, de qualité de soins et services et de satisfaction des clientèles.

### ***Utilisation des profils Iso-SMAF auprès de la clientèle en déficience physique et en déficience intellectuelle***

En plus des personnes âgées en perte d'autonomie, 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 précisément adapté pour soutenir la gestion des services offerts à ces clientèles. Devant l'absence d'un tel système, l'ASSS de la Montérégie a décidé de vérifier dans quelle mesure la classification des profils Iso-SMAF pourrait être utile à cette fin.

Ainsi, sans aucune modification à la classification originale des profils Iso-SMAF, les résultats démontrent que 87 p. 100 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. Devant les résultats de cette étude, il est possible de penser que pour la majorité des personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle, la classification basée sur les profils Iso-SMAF pourrait combler en partie ce besoin d'information. Il apparaît que l'information générée par les profils Iso-SMAF pourrait être un premier pas dans la bonne direction. De manière transversale, l'information peut être utile pour connaître le portrait des clientèles desservies, leur répartition entre les différents milieux de vie et 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.

#### ***Utilisation des profils Iso-SMAF auprès des personnes âgées en résidences privées***

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 résidences privées d'hébergement (RPH). 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 exercé par 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 de satisfaction des besoins et de chiffrer le financement public et privé des coûts associés à ce type d'hébergement.

#### ***Utilisation des profils Iso-SMAF pour la dotation en personnel infirmier***

Les résultats d'études effectuées en centre d'hébergement établissent un lien entre une dotation adéquate en soins infirmiers et la qualité des soins. Dans un contexte de rareté des ressources humaines et financières, les gestionnaires subissent une pression énorme pour faire un usage judicieux de leurs ressources humaines. Une mesure objective et scientifique, basée sur des données probantes, est donc essentielle, autant pour les intervenants qui procurent les soins, que pour les gestionnaires qui doivent répartir les ressources humaines de manière équitable et

sécuritaire. L'objectif de cette étude était de développer un système informatisé de gestion en soins infirmiers qui fournira en temps réel les données essentielles pour soutenir la dotation, la pratique et l'évaluation des résultats de soins en milieux d'hébergement. Considérant l'ampleur d'une étude pour répondre à l'ensemble des clientèles présentes en ces milieux, cette étude a d'abord ciblé les résidents présentant des déficits cognitifs. Cette clientèle est en augmentation constante dans nos milieux d'hébergement et influe sur la charge de travail des intervenants puisqu'elle requiert des approches de soins particulières. Pour développer ce système nous avons intégré trois outils, conçus par des chercheurs de notre équipe, soient les profils d'autonomie fonctionnelle Iso-SMAF, les plans de soins guides infirmiers informatisés (incluant les diagnostics infirmiers, les interventions et les résultats de soins) et TEDDI, un logiciel permettant la réalisation d'études de temps et mouvement. Nous complétons ces outils avec des données concernant l'environnement physique et organisationnel. Une fois en place, ce système d'information, basé sur des données normalisées, offrira un portrait complet de la pratique infirmière dans un contexte de soins et une recommandation objective de la répartition du travail, élément clé pour favoriser une offre de service de qualité aux résidents.

### ***Indicateurs de charge de travail en service social comme éléments complémentaires aux profils Iso-SMAF***

Le SMAF et les profils Iso-SMAF permettent de se représenter les besoins des personnes en perte d'autonomie et apparaissent de bons prédicteurs des ressources en soins infirmiers. 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. 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.

Une consultation d'experts de type Delphi a été menée au Québec en 2006. Soixante (60) 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 dresser un portrait des besoins des résidents et pouvant potentiellement estimer ou prévoir la charge de travail du service social en CHSLD. Les experts ont considéré fortement les dimensions de l'état de santé, de la situation psychosociale, de la situation des aidants ainsi que de la capacité de motivation et d'adaptation des résidents. Selon les experts,

ces dimensions leur sont nécessaires pour se faire un portrait des besoins du résident et sont susceptibles d'influer sur leur plan d'intervention. 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. Enfin, au niveau des variables psychosociales, les experts ont considéré essentiel le soutien de la famille ainsi que la capacité de motivation, d'autocritique, d'adaptation ainsi que de résolution de problème des résidents. 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.

## **6) un système d'information continue**

### ***SIGG : le point de vue des professionnels de la santé***

Une partie de nos travaux a porté sur le développement d'un système d'information continue, le Système d'information géronto-gériatrique (SIGG). Nous avons examiné 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 différentes formations et de divers milieux. Les résultats montrent que l'utilisation du SIGG est de plus en plus acceptée. Son utilisation 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 de l'échange d'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.

### ***Dossier clinique informatisé : le point de vue des personnes âgées***

L'intérêt était de cerner l'effet du dossier clinique informatisé (DCI) sur les clientèles âgées qui avaient déjà toutes été exposées à ce type de dossier. Les constats qui émergent de l'information transmise 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 grande 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 puissent avoir accès au contenu de leur dossier ou encore qu'elles puissent 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 au moment de l'obtention initiale du consentement ou de son renouvellement. Très peu ont émis des craintes voulant 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 la condition que leur médecin y consente et qu'il y ait des mesures de sécurité adéquates<sup>7,8</sup>. 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. Il devient nécessaire de développer un partenariat réel avec les personnes âgées pour que le paradigme qui supporte les pratiques cliniques inclue l'habilitation et le développement des capacités d'autogestion de la santé. Enfin, le troisième effet perçu est celui qui concerne le fait d'apprécier l'innovation. 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.

## **RESSOURCES ADDITIONNELLES**

Le lecteur intéressé par nos travaux est invité à prendre connaissance des deux ouvrages de référence qui présentent un bilan détaillé de toute la programmation de PRISMA : *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes* (Edisem, St-Hyacinthe, 2004) et *PRISMA, volume II, L'intégration des services : les fruits de la recherche pour nourrir l'action* (Edisem, St-Hyacinthe, 2007). Ces deux volumes, également disponibles en version anglaise, sont accessibles sur le site Internet bilingue de PRISMA ([www.prisma-qc.ca](http://www.prisma-qc.ca)). Notre site, constamment mis à jour, permet d'informer le public, de façon simple et précise, sur les outils et mécanismes qui sous-tendent un réseau intégré, les activités de recherche du groupe PRISMA et les publications offertes concernant les études menées sur les réseaux intégrés ou ses composantes.

## **RECHERCHE PLUS APPROFONDIE**

Les travaux initiés par l'équipe PRISMA doivent se poursuivre. Déjà, des études supplémentaires sur les indicateurs de qualité, des aspects spécifiques des profils Iso-SMAF, notamment au plan des indicateurs de réadaptation et du champ de compétences des gestionnaires de cas, ont été initiées. Des expériences internationales d'implantation du modèle PRISMA et des profils Iso-SMAF sont également en cours.

Au cours des dernières années, PRISMA a établi un partenariat avec une autre équipe de recherche, SOLIDAGE, qui travaille sur des objets de recherche complémentaires. Notre nouvelle équipe de recherche multidisciplinaire a été financée pour les cinq prochaines années par les IRSC. Nous travaillerons particulièrement sur la fragilité des personnes âgées. L'objectif de la nouvelle programmation de recherche sera 1) de mieux comprendre la nature de la fragilité et les trajectoires qui y mènent; 2) de promouvoir l'implantation de pratiques intégrées de soins pour cette population et; 3) de développer des stratégies pour une meilleure utilisation des connaissances sur la santé des populations âgées au sein des organisations de santé et services sociaux. Le programme de recherche réunira des décideurs et des intervenants qui participent à des systèmes de soins intégrés, des personnes âgées et des chercheurs expérimentés dans l'étude de la fragilité dont l'objectif commun consiste à mettre en place des systèmes, des programmes et des interventions cliniques adaptés, efficaces et efficients.

Enfin, puisque le plan d'action ministériel recommande la mise en place de réseaux intégrés, il sera important de documenter leur implantation dans le contexte des projets cliniques des nouveaux Centres de santé et de services sociaux (CSSS). Il sera intéressant de constater si l'intégration structurelle des établissements de santé et de services sociaux au Québec a été un facteur facilitant dans l'intégration fonctionnelle et clinique, particulièrement pour les personnes âgées.

## RÉFÉRENCES

1. Hébert, R., Desrosiers, J., Dubuc, N., Tousignant, M., Guilbeault, J., Pinsonnault, E. « Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) », *La Revue de gériatrie*, 2003; 28(4) : 323-334.
2. World Health Organization. *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: A manual of classification relating to the consequences of disease*, WHO, Genève, 1980.
3. Dubuc, N., Hébert, R., Desrosiers, J., Buteau, M., Trottier, L. « Système de classification basé sur le profil d'autonomie fonctionnelle », dans Hébert, R. et Kouri, K. *Autonomie et vieillissement*, Edisem, St-Hyacinthe, 1999.
4. Tousignant, M., Hébert, R., Dubuc, N., Simoneau, F., Dieleman, L. « Application of a case-mix classification based on the functional autonomy of the residents for funding long term care facilities », *Age and Ageing*, 2003; 32(1) : 60-66.
5. 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.
6. Boisvert, D., *Le plan de services individualisé : participation et animation*. Éd. rev. et corr. — ed. 1995, Cap-Rouge, QC: Presses inter Universitaires. 259 p.
7. Ridsdale L., Hudd S. What do patients want and not want to see about themselves on the computer screen: a qualitative study. *Scand J Prim Health Care* 1997;15(4):180-183.
8. Bates DW., Ebell M., Gotlieb E., Zapp J., Mullins HC. A proposal for electronic medical records in U.S. primary care. *Journal of the American Medical Informatics Association* 2003;10(1):1-10.