

L'intégration des services aux personnes âgées : une solution prometteuse aux problèmes de continuité

► Réjean Hébert et le groupe PRISMA¹ – QUÉBEC
Directeur de l'Institut du vieillissement et professeur à l'Université de Sherbrooke

RÉSUMÉ

L'intégration des services de santé et des services sociaux constitue une solution pour améliorer la continuité et l'efficacité des services aux personnes âgées en perte d'autonomie. On distingue trois niveaux d'intégration : la liaison, l'intégration complète et la coordination. La liaison comporte l'établissement de protocoles entre différentes organisations pour faciliter le transfert de clients et la transition entre les services. Les organisations conservent toutefois leur autonomie. Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) représentent une forme multilatérale de liaison. L'intégration complète prévoit la prise en charge totale des personnes par une équipe multidisciplinaire autour d'une structure de type centre de jour, ou de services de maintien à domicile comme dans le projet système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA) à Montréal. La coordination, quant à elle, repose sur la concertation de tous les organismes d'une région qui acceptent de sacrifier une partie de leur autonomie au profit d'une approche régionale. Un tel modèle de coordination a été implanté dans quelques régions du Québec dans le cadre du programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie (PRISMA). Les résultats préliminaires montrent que ce modèle est praticable dans le contexte québécois et qu'il a des impacts significatifs sur l'autonomie des clientèles, le fardeau des aidants et l'utilisation des services sociosanitaires.

ABSTRACT

The integration of health and social services is a solution to improve continuity and efficiency of services to older persons with decreasing autonomy. There are three integration levels: liaison, full integration and coordination. Liaison involves establishing protocols between different organizations in order to facilitate the transfer of clients and transition between services. However, organizations retain their autonomy. The local information and coordination centres (CLICs) represent a multilateral form of liaison. Full integration provides for comprehensive management of persons by a multidisciplinary team operating in a day centre type of structure, or home support services as in the system of integrated services for older persons with decreasing autonomy (SIPA), a project located in Montreal. Finally, coordination is based on the joint action of all of the organizations in a region that agree to sacrifice part of their autonomy in favour of a regional approach. This coordination model has been implemented in a few Québec regions under the research program on integration of services to maintain autonomy (PRISMA). Preliminary results show that this model can be used in the Québec context and has significant impacts on the autonomy of clientèles, the burden of caregivers, and the use of health and social services.

1. PRISMA est un groupe de recherche financé par la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé, en partenariat avec le Fonds de la Recherche en Santé du Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke et cinq régions régionales de la santé et des services sociaux. Il comprend 43 membres, partagés entre chercheurs universitaires et experts du ministère de la Santé et des Services sociaux, de l'École nationale d'administration publique et de plusieurs régions régionales de la santé et des services sociaux.

Bien que le problème de la continuité des services se pose pour tous les soins et services de santé, il présente encore plus d'acuité pour les personnes âgées en perte d'autonomie. La continuité réfère au passage organisé et coordonné d'un individu au travers des différents éléments d'un système de soins et services (Hollander et Walker, 1998). On peut en distinguer deux aspects: à court terme (synchronique), on réfère à la prestation de services coordonnée lors d'un épisode de soin; à long terme (diachronique), on parle plutôt d'une filière de services qui s'enchaînent pour répondre à l'évolution des besoins de l'individu, ce que Starfield appelle la «longitudinalité» (Starfield, 1992).

transmission inadéquate d'information et la réponse parcellaire aux besoins. **Dans un contexte** de rareté de 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 duplication et de la façon la plus efficiente possible. Il est donc important de fournir aux gestionnaires et décideurs des données probantes sur l'implantation, le fonctionnement et l'impact des mécanismes et outils mis en place pour améliorer l'intégration et la continuité des soins et services et de mettre en place un système de monitoring pour s'ajuster rapidement et efficacement à des modifications dans la demande de services.

La multiplicité des services et des intervenants génère des problèmes de continuité au niveau des soins et services offerts.

Au cours des vingt dernières années, une panoplie de services gériatriques se sont développés pour répondre aux besoins de cette clientèle. Ces services vont de l'évaluation de situations aiguës (unité de courte durée gériatrique, consultations externes gériatriques) à la palliation des incapacités (centre de jour, maintien à domicile, portage de repas, services d'aide bénévole, etc.) en passant par la réadaptation fonctionnelle (unité de réadaptation intensive gériatrique, hôpital de jour). Ces services spécifiques s'ajoutent aux services de santé déjà existants pour la population générale et interviennent en prévention tertiaire pour diminuer les conséquences des déficiences et incapacités associées à la perte d'autonomie et limiter le développement de situations de handicaps (Hébert, 2003). Or, **la multiplicité** des services et des intervenants génère des problèmes de continuité au niveau des soins et 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 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 clientèles sans outils de mesure standardisés, l'utilisation inappropriée de ressources coûteuses (ex. : hôpitaux, services d'urgence), les délais dans l'obtention des services, la

Trois niveaux d'intégration

Ces mécanismes et outils sont souvent désignés sous l'appellation de réseaux intégrés de services. Kodner et Kyriacou définissent les soins intégrés comme «une série de techniques ou de modèles organisationnels ayant pour but de créer des liens, des correspondances et des collaborations entre les services sanitaires au plan du financement, de la gestion ou de la prestation des soins» (Kodner et Kyriacou, 2000). Selon Leutz (1999), on distingue trois niveaux d'intégration: la liaison, l'intégration complète et la coordination.

Dans un contexte de rareté de 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 duplication et de la façon la plus efficiente possible.

Au niveau de la **liaison**, les organisations développent des ententes et des protocoles pour faciliter les références ou encore des collaborations pour répondre de façon concertée aux besoins des patients. Cependant, les organisations continuent de fonctionner de façon autonome en conservant leurs propres règles et procédures quant à l'admission, l'évaluation ou la gestion. Des formes de liaisons bilatérales existent dans de nombreux services sanitaires, notamment au Québec entre les hôpitaux et les CLSC (centres locaux de services communautaires) pour une prise en charge rapide à domicile des patients recevant leur congé de l'hôpital. Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) déployés en France depuis quelques années représentent une forme multilatérale de liaison (Bussière, 2002). Ces CLIC sont un carrefour où les personnes âgées sont informées des services disponibles; certains CLIC complètent cette fonction d'accueil par

l'évaluation des besoins, l'élaboration d'un projet d'accompagnement et sa mise en œuvre. Les différents services et institutions gardent toutefois une complète autonomie quant aux critères et procédures d'admission, à l'évaluation et à la détermination des services à dispenser.

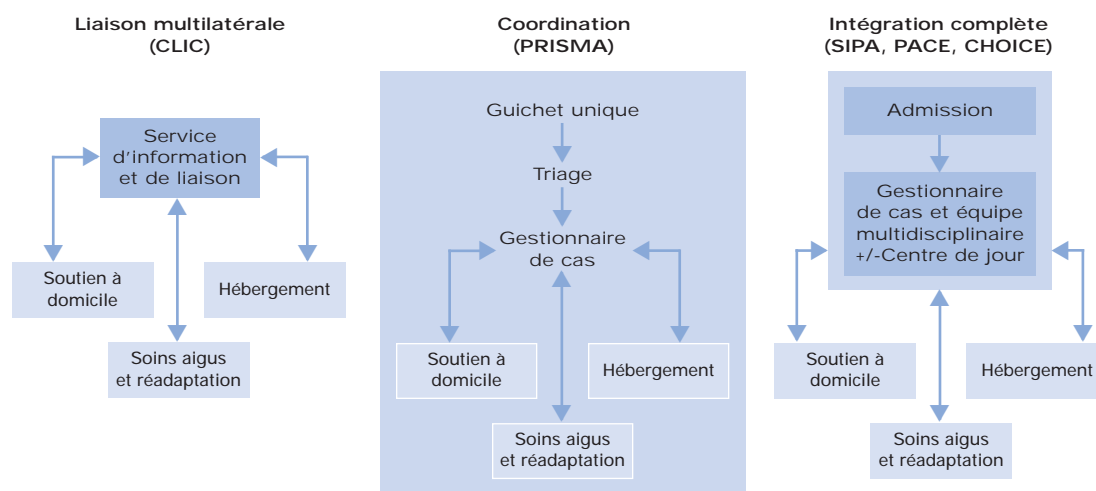
À l'autre extrémité du spectre, **l'intégration complète** signifie qu'une seule organisation devient responsable de l'ensemble des services nécessaires à sa clientèle, quoique certains services spécialisés puissent être contractés avec d'autres institutions. Plusieurs exemples de ce type d'intégration ont été développés et expérimentés. Aux États-Unis, le projet californien On Lok (Yordi et Waldman, 1985) a donné lieu aux projets *Program of All inclusive Care for the Elderly* (PACE) (Branch *et al.*, 1995). Au Canada, à Edmonton, le projet *Comprehensive Home Option of Integrated Care for the Elderly* (CHOICE) (Pinnell Beaulne Associates Ltd, 1998) est une adaptation des projets PACE. 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 *Nursing Home*) et d'exclusion (ex. : troubles de comportement). Ces programmes fonctionnent habituellement en parallèle du système de santé régulier, si ce n'est que l'utilisation de services spécialisés (ex. : hôpital, hébergement à long-terme) est négociée avec les établissements concernés par le biais de contrat de services. Les *Social Health Maintenance Organization* (SHMO) aux États-Unis (Leutz *et al.*, 1985) et le projet de système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA) (Bergman *et al.*, 1997) à Montréal sont aussi des programmes d'intégration complète mais centrés sur un service de maintien à domicile plutôt qu'un Centre de jour. Tous ces programmes d'intégration complète sont nichés dans le système de santé et sont menés en parallèle à celui-ci. Ils n'impliquent pas de changements significatifs dans les structures et les processus des services et établissements déjà existants, si ce n'est la négociation de procédures de références ou les ententes

L'intégration complète signifie qu'une seule organisation devient responsable de l'ensemble des services nécessaires à sa clientèle, quoique certains services spécialisés puissent être contractés avec d'autres institutions.

TABLEAU 1 Comparaison des trois types d'intégration des services

ÉLÉMENTS D'INTÉGRATION	Liaison (CLIC)	Intégration complète (SIPA, CHOICE, PACE)	Coordination (PRISMA)
Lien avec le système de santé	Imbriqué	Niché	Imbriqué
Concertation	Ententes entre les établissements	Essentiel pour le travail clinique seulement	Essentiel à tous les niveaux (gouverne, gestion, clinique)
Gestionnaire de cas	Parfois (coordonnateur)	Essentiel (avec une équipe multidisciplinaire)	Essentiel (travaille avec les équipes en place)
Guichet unique	Non essentiel	Non essentiel (procédure de référence seulement)	Essentiel
Plan de service individualisé (PSI)	Projet d'accompagnement	Essentiel	Essentiel
Outil unique d'évaluation	Non essentiel	Essentiel à l'interne seulement	Essentiel pour tous les partenaires et services
Système d'information	Utile mais non essentiel	Pour usage à l'interne seulement	Essentiel pour tout les partenaires et services
Budget	Pas d'effet	Capitation essentielle et contrats avec d'autres services	Négociation entre les partenaires

FIGURE 1 Comparaison des trois types d'intégration des services

La coordination exige la mise en place de structures et mécanismes transcendant les différentes organisations et services d'un territoire.

contractuelles de prestations de services. Un financement par capitation est en général utilisé pour la gestion financière de ces programmes.

Enfin, l'autre niveau d'intégration, **la coordination** exige la mise en place de structures et mécanismes transcendant les différentes organisations et services d'un territoire. Ces derniers gardent leur propre structure mais ils acceptent d'adhérer au réseau intégré et d'adapter leurs ressources et leurs opérations conformément aux procédures établies par la structure de coordination. Dans un tel contexte, le système intégré est véritablement imbriqué à l'intérieur même du réseau de soins et services d'un territoire.

Le modèle du programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie (PRISMA), déployé actuellement au Québec, est un exemple de ce type d'intégration (Hébert *et al.*, 2003). Ce modèle comporte six éléments que nous décrivons en détail : la coordination inter-établissements, une porte d'entrée unique, un système de gestion par cas, l'élaboration de plans de services individualisés, un outil unique d'évaluation couplé à un système de classification des besoins et un système d'information continue. Le **tableau 1** et la **figure 1** comparent les trois types d'intégration.

Description du modèle de coordination PRISMA

La **coordination inter-établissements** est l'élément de base du modèle PRISMA. Elle s'établit à tous les niveaux des organisations (Tourigny *et al.*, 2002). 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 et des organismes communautaires où les décideurs conviennent des politiques et orientations de même que des ressources à consacrer au système intégré. Ensuite, au niveau de la gestion (tactique), un Comité de coordination des services, mandaté par la Table où 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 avec des besoins complexes. Les personnes sont référées à ce mécanisme après une évaluation sommaire de leurs besoins (triage) de façon à s'assurer qu'elles répondent aux conditions d'admissibilité du système intégré (tableau 2). Les personnes admissibles sont alors orientées vers un gestionnaire de cas. Cette porte d'entrée est en lien avec la ligne téléphonique Info-santé qui est accessible 24 heures sur 24, sept jours sur sept. 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 un simple questionnaire de sept questions qui conditionne le risque de présenter des incapacités modérés 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 nécessaires, de faire les démarches pour l'admission de la personne à ces services, d'organiser et de coordonner le soutien, d'animer l'équipe multidisciplinaire des intervenants impliqués dans le dossier ainsi que d'assurer le suivi et les réévaluations de la personne. Véritable « casque bleu » de l'intervention gériatrique, il est mandaté par la Table de concertation pour intervenir dans tous les services du réseau. En plus de son rôle de coordinateur, le gestionnaire de cas pourra 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 et la coordination des services médicaux spécialisés. En contrepartie, le gestionnaire de cas soulage une partie de la tâche du médecin de famille en facilitant l'accès et en coordonnant le reste des interventions sociales et sanitaires (Hébert *et al.*, 2003). La figure 2 schématise la place du gestionnaire de cas 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 et les objectifs visés. Il est établi lors d'une réunion d'équipe multidisciplinaire réunissant les principaux intervenants impliqués

TABLEAU 2 Critères d'admissibilité au réseau intégré de services pour personnes âgées en perte d'autonomie (Table de concertation de Sherbrooke)

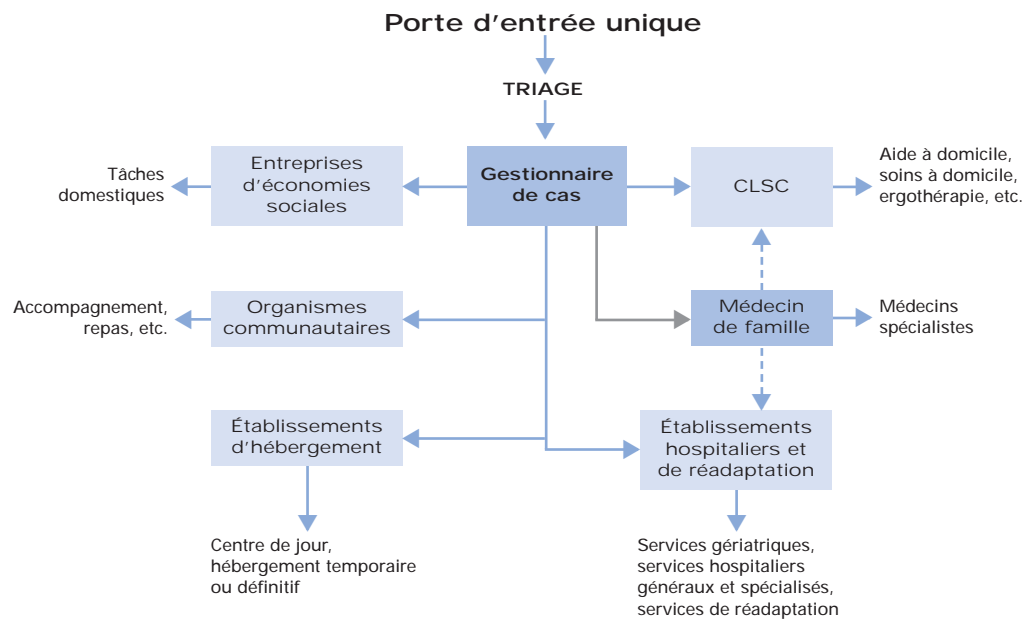
Avoir plus de 65 ans
Résider sur le territoire de Sherbrooke
Présenter des incapacités fonctionnelles reliées à une perte d'autonomie modérée à grave (SMAF >15/87)
Avoir un potentiel de maintien à domicile
Avoir besoin des services d'au moins deux établissements ou programmes (excluant le médecin traitant)

dans le soin de la personne âgée. Dans les services ou programmes où des processus de réunions multidisciplinaires sont déjà en place, le gestionnaire de cas s'intégrera dans ce processus sans duplication. Le plan de services individualisé comporte les plans d'interventions de chacun des intervenants et 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 du client 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) (Hébert *et al.*, 2003) est une échelle de 29 items développée selon la classification des déficiences, incapacités et handicaps de l'Organisation mondiale de la santé (WHO, 1980). 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

Le plan de services individualisé est l'outil qui découle de l'évaluation globale de la personne et résume les services prescrits et les objectifs visés.

L'outil unique d'évaluation est un élément essentiel à un réseau de services intégrés.

FIGURE 2 Cheminement d'une demande de services dans le cadre du modèle PRISMA

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 chez près de 2 000 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») (Dubuc *et al.*, 1999). 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 5 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, 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, 10). Le quatrième groupe rassemble deux profils (11 et 12) où les sujets présentent des incapacités au plan mental et ont aussi besoin d'aide pour se mobiliser et accomplir les activités de vie quotidienne. Le cinquième groupe (profils 13 et 14) comprend les sujets les moins autonomes, généralement alités et dépendants pour les activités de vie quotidienne. 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 alors 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 (Tousignant *et al.*, 2003). 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 mise à jour de façon continue de même que d'informer les autres intervenants de l'évolution de la personne et des modifications apportées au plan d'intervention. Ce dossier intègre le système de gestion et facilite ainsi l'interface entre l'évaluation clinique et l'information de gestion. Un tel dossier, le système d'information gérontogériatrique (SIGG), a été développé et implanté dans le «Projet Bois-Francis» à Victoriaville. Ce dossier 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 à l'aide du support Lotus Note. Actuellement dans sa version 3, il est aussi déployé dans les six territoires de la région de l'Estrie (où se situe la ville de Sherbrooke).

Les études actuelles menées sur le modèle PRISMA

Le groupe PRISMA a été impliqué dans la mise en place des mécanismes et outils proposés dans un territoire de la région Mauricie-Centre du Québec (Projet Bois-Francis) (Tourigny *et al.*, 2002). Cette expérience-pilote visait à évaluer, à l'aide d'un dispositif quasi-expérimental, l'implantation et l'impact de ces mécanismes pour les clients 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) ont été suivies et évaluées annuellement pendant trois ans. Les résultats montrent, entre autres, que les sujets du groupe d'étude présentent 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 chez les aidants (Durand *et al.*, 1999). Le projet Bois-Francis a permis de roder les mécanismes et outils

d'intégration des services, facilitant ainsi 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 au niveau de la densité de la population que de l'organisation sociosanitaire. On y retrouve une zone urbaine, avec des établissements universitaires (Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, CLSC universitaires) et des zones rurales, certaines possédant un hôpital régional. Des tables de concertations des décideurs et gestionnaires ont déjà été mises sur pied et travaillent à la préparation de l'implantation de ce modèle. Les trois territoires ciblés par cette étude implantent le modèle PRISMA depuis 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 pour l'implantation sont :

- ▶ mesurer jusqu'à quel point les mécanismes et outils d'intégration ont été implantés tel que planifiés au départ;
- ▶ comparer les niveaux d'implantation entre les trois territoires;
- ▶ identifier les facteurs qui peuvent aider à comprendre les succès ou les échecs observés dans la phase d'implantation;
- ▶ identifier les ajustements à faire pour assurer une meilleure congruence entre les mécanismes et outils d'intégration et l'environnement dans lequel ils s'implantent.

Ses objectifs pour le fonctionnement sont :

- ▶ mesurer si la clientèle rejointe est celle qui était visée;
- ▶ évaluer si l'accessibilité et la continuité des services correspond aux attentes;

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.

Le groupe PRISMA a été impliqué dans la mise en place des mécanismes et outils proposés dans un territoire de la région Mauricie-Centre du Québec (Projet Bois-Francis).

- ▶ mesurer le taux de satisfaction des besoins des personnes prises en charge par les réseaux intégrés.

La deuxième démarche consiste en l'évaluation de l'impact. Son objectif est de mesurer l'impact d'un réseau intégré de services sur :

- ▶ l'accessibilité et la continuité des services;
- ▶ les personnes elles-mêmes en termes d'autonomie fonctionnelle et d'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 d'impact, nous voulons vérifier les hypothèses suivantes :

- ▶ le système intégré améliorera l'accessibilité aux services;
- ▶ le système intégré contribuera à diminuer l'incidence de perte d'autonomie;

- ▶ le système intégré améliorera l'autonomie fonctionnelle et l'autonomisation des usagers, la satisfaction des usagers et des aidants ainsi que le fardeau des aidants;

- ▶ le système intégré améliorera la continuité des services;
- ▶ le système intégré rendra plus efficiente l'utilisation des services de santé.

L'étude se déroule sur cinq ans. L'évaluation d'implantation a d'abord été formative au cours des deux premières années puis sera sommative à la fin de l'implantation. Pour l'évaluation d'impact, un dispositif quasi-expérimental est appliqué. Les sujets des groupes expérimentaux (n=500), choisis parmi les trois territoires de l'Estrie (Sherbrooke, Lac Mégantic, Coaticook), sont

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, ont été évalués au début, avant l'implantation puis annuellement pendant quatre ans.

Les résultats de cette étude serviront au ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi qu'aux organismes sociosanitaires locaux et régionaux :

- ▶ à décider de la généralisation de tels systèmes de prestation de services intégrés et continus sur la base de données probantes;
- ▶ à documenter les conditions favorables et défavorables à leur implantation pour ajuster les implantations futures dans les autres régions du Québec, ailleurs au Canada et dans d'autres pays;
- ▶ à planifier les ressources requises pour faire face au vieillissement de la population;
- ▶ à éventuellement transférer les outils et structures développés à d'autres clientèles nécessitant des soins continus (santé mentale, déficiences physiques ou intellectuelles).

Conclusion

PRISMA est un modèle novateur d'intégration des services de type coordination. Puisqu'il est imbriqué dans le système de santé, il pourrait être plus approprié dans le contexte d'un régime universel d'assurance-maladie où l'État est l'assureur et le gestionnaire unique de même que le principal prestataire comme c'est le cas au Québec. **Ce modèle** requiert toutefois un changement important de paradigme puisque la gestion et les opérations du système ne doivent plus être basées sur les établissements mais bien sur les besoins du client. Les études menées actuellement attesteront de la praticabilité de ce modèle et des impacts sur les individus et le système de santé.

Ce modèle requiert toutefois un changement important de paradigme puisque la gestion et les opérations du système ne doivent plus être basées sur les établissements mais bien sur les besoins du client.

Bibliographie

- Bergman H., Béland F., Lebel P. *et al.* (1997). L'hôpital et le système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA) [Hospital and integrated services delivery network for the frail elderly]. *Ruptures*, revue transdisciplinaire en santé, 4(2) : 311-321.
- Branch L.G., Coulam R.F., Zimmerman Y.A. (1995). The PACE evaluation: Initial findings. *Gerontologist*, 35(3) : 349-359.
- Bussière C. (2002). Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC). *Gérontologie et société*, 100 : 75-81
- Dubuc N., Hébert R., Desrosiers J., Buteau M., Trottier L. (1999). Système de classification basé sur le profil d'autonomie fonctionnelle. In Hébert R & Kouri K. *Autonomie et vieillissement* Edisem: St-Hyacinthe.
- Durand P.J., Bonin L., Tourigny A., Paradis M., Bergeron P. (1999). Mécanismes de coordination des services géro-geriatriques des Bois-Francs. In Hébert R & Kouri K. *Autonomie et vieillissement*. St-Hyacinthe: Edisem.
- Hébert R. (2003). La perte d'autonomie. *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 3h 33-39.
- Hébert R., Durand P.J., Dubuc N., Tourigny A., Groupe PRISMA (2003). PRISMA: A new model of Integrated Service Delivery for the Frail Older People in Canada. *International Journal of Integrated Care*, 3: 1-10.
- Hébert R., Durand P.J., Dubuc N., Tourigny A., Groupe PRISMA (2003). Frail elderly patients: New model for integrated service delivery. *Canadian Family Physician Journal* 2003; 49: 992-997.
- Hébert R., Desrosiers J., Dubuc N., Tousignant M., Guilbeault J., Pinsonnault E. (2003). Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). *La Revue de gériatrie*, 28(4) : 323-334.
- Hollander M.J., Walker E.R. (1998). *Rapport du projet d'étude sur l'organisation et la terminologie des soins de longue durée*. Division du vieillissement et des aînés, Santé Canada, Ottawa.
- Kodner D.L., Kyriacou C.K. (2000). Fully integrated care for frail elderly: Two American models. *International Journal of Integrated Care*, 1(1) : 1-24.
- Leutz W.N. (1999). Five laws for integrating medical and social services: Lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Quarterly*, 77(1) : 77-110.
- Leutz W., Greenberg R., Abrahams R., Prottas J., Diamond L.M., Gruenberg L. (1985). *Changing Health Care for an Aging Society: Planning for the Social Health Maintenance Organization*. Lexington, Mass. : Lexington Books.
- Pinnell Beaulne Associates Ltd. (1998). *CHOICE Evaluation project. Evaluation summary. Final report*; November 26.
- Starfield B. (1992). *Primary care – Concept, evaluation, and policy*. New York: Oxford University Press.
- Tourigny A., Bonin L., Paradis M., Lemay A., Bussière A., Durand P.J. (2002). Le réseau de services intégrés aux aînés des Bois-Francs: un changement des pratiques cliniques et de gestion. *Santé, société et solidarité*, 1(2) : 113-122.
- Tousignant M., Hébert R., Dubuc N., Simoneau F., Dieleman L. (2003). Application of a case-mix classification based on the functional autonomy of the residents for funding long term care facilities. *Age and Ageing*, 32(1) : 60-66.
- World Health Organization (1980). *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: A manual of classification relating to the consequences of disease*. Geneva: WHO.
- Yordi C.L., Waldman J. (1985). A consolidated model of long-term care: service utilization and cost impacts. *Gerontologist*, 25(4) : 389-397.

