

# **PROGRAMME DE RECHERCHE SIPA**

---

## ***Un Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie***

---

---

### **ÉVALUATION DE PHASE I, JUIN 1999 À MAI 2000**

#### **Vue d'ensemble**

Les personnes âgées en perte d'autonomie constituent un segment particulièrement vulnérable de la population. Ces personnes réunissent les caractéristiques suivantes: leur âge est avancé (généralement plus de 75 ans); elles souffrent de problèmes médicaux complexes, chroniques et aigus, d'incapacités fonctionnelles en ce qui a trait aux activités de la vie quotidienne et domestique; leur réseau de soutien social peut s'avérer inexistant ou en état d'épuisement. Ces caractéristiques conduisent à une utilisation accrue des ressources médicales et sociales, notamment des ressources hospitalières et institutionnelles.

Au Canada, les soins médicaux et hospitaliers sont assurés universellement en vertu d'un système de soins entièrement subventionné par l'État, mais le financement et l'organisation des soins prolongés dans la communauté et en établissement n'offrent pas la même couverture universelle et complète partout; ils varient d'une province à l'autre et au sein de chaque province.

Les soins pour les personnes âgées en perte d'autonomie sont caractérisés par la fragmentation, le manque de responsabilité et d'imputabilité et l'existence de mesures incitatives négatives. Ceci entraîne l'utilisation inadéquate des ressources, souvent les plus dispendieuses, comme les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée. À l'heure actuelle, la responsabilité des services aux personnes âgées en perte d'autonomie incombe à plusieurs agences, juridictions et professionnels : médecins de famille et spécialistes, organismes de soins à domicile, organisations bénévoles, centres de jour, hôpitaux de jour, centres hospitaliers de soins aigus et de réadaptation et établissements de soins de longue durée. Étant donné que chaque établissement est une entité distincte disposant de ses propres mécanismes de financement, budget, compétences et critères pour la sélection des patients, les services ne sont pas coordonnés en fonction des besoins des patients. Les diverses composantes du système fonctionnent de manière parallèle et dans les limites de leurs propres budgets, ce qui donne lieu par conséquent à des responsabilités indépendantes et distinctes qui à la fois se chevauchent et laissent d'importants besoins non comblés. Il n'existe aucune institution dotée à la fois d'une responsabilité sur les plans clinique et financier, c'est-à-dire responsable et devant prendre en charge la réduction des hospitalisations inappropriées et le maintien des personnes âgées non autonomes au sein la collectivité ou dans l'environnement le plus approprié.

Le point d'entrée unique avec gestion de cas pour les services de longue durée, guichet unique au Québec, représente un développement important qui a comme conséquence

une réduction de la fragmentation et une amélioration de l'utilisation des ressources. Cependant, chaque établissement, chaque agence continuera à travailler selon les exigences de son propre budget et de sa propre juridiction. Il persiste toujours une séparation entre la responsabilité médicale et sociale et entre les services de courte et de longue durée, entre les services communautaires et institutionnels.

En 1995, un groupe conjoint de l'Université McGill et de l'Université de Montréal a reçu une subvention du ministère québécois de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour élaborer un modèle de soins intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Ce modèle est connu sous le nom de SIPA, l'acronyme de Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie).

La mise en œuvre du modèle SIPA a reçu le soutien d'un comité consultatif composé d'intervenants de diverses professions et de différents secteurs du réseau de santé. En outre, un groupe de travail clinique interdisciplinaire a contribué à l'élaboration du modèle clinique. Robert Kane, David Challis et Mark Clarfield ont joué un rôle actif dans le groupe conjoint de recherche à titre de conseillers internationaux. Plusieurs personnes ont été consultées, et des exposés ont été tenus dans le cadre de rencontres scientifiques au Québec, au Canada et à l'échelle internationale. Le projet SIPA a suscité un vif intérêt. Il a été présenté dans plusieurs forums internationaux, et un texte à cet effet est en cours de préparation pour une revue espagnole. En Suisse, un groupe projette de mettre en œuvre un projet-pilote s'inspirant du modèle SIPA. Des documents de travail, un rapport pour le Forum national sur la santé, un article de journal ainsi qu'une série de publications dans des revues scientifiques ont été produits.

## MODÈLE SIPA

Le modèle SIPA propose:

- 1) système de soins intégrés ayant des assises communautaires offrant des soins de santé et des services sociaux de première et de deuxième ligne, y compris des soins de courte et de longue durée offerts dans la communauté et en établissement;
- 2) responsabilité des soins pour une population définie;
- 3) modèle clinique reposant sur la gestion de cas et impliquant la responsabilité clinique de l'ensemble des services;
- 4) mode de pré-paiement par capitation assorti de la responsabilité financière de l'ensemble des services dispensés;
- 5) gestion publique qui respecte les principes fondamentaux du système de santé canadien.

Un système de soins pour les personnes âgées en perte d'autonomie impliquant la responsabilité clinique de l'ensemble des services et reposant sur la capitation serait plus appelé à investir dans la prévention, la réadaptation et les services à domicile de façon à réduire les séjours en centre hospitalier de courte durée inappropriés et plus coûteux. Ce modèle favorise une intervention proactive pour éviter les effets cliniques défavorables et les dépenses accrues des interventions d'urgence. L'intensité des services dispensés peut être rectifiée en fonction de l'évolution de l'état du client. Des soins intensifs à domicile, les centres de jour et l'aide au logement peuvent prévenir ou réduire les visites d'urgence coûteuses, les longs séjours à l'hôpital et l'institutionnalisation, notamment dans le cas de patients qui, en attente d'un hébergement, occupent des lits d'hôpitaux de courte durée. Le modèle SIPA s'adresse non seulement aux personnes âgées admissibles à être placées en centre d'hébergement, mais aussi aux personnes âgées en perte d'autonomie atteintes d'incapacités qui ont besoin d'aide pour rester au sein de la communauté et qui pourraient tirer profit d'une intervention proactive et d'un système axé sur la prévention et la réadaptation.

Le médecin de premier recours joue un rôle clé dans le modèle SIPA, et les personnes âgées sont encouragées à continuer de s'adresser à leur médecin de premier recours. Les médecins en général, et plus spécifiquement les médecins de premier recours, trouvent difficiles d'assurer la continuité des soins de la population âgée en perte d'autonomie. Par sa capacité de mobiliser de façon flexible et rapide les ressources communautaires, notamment en permettant au besoin une cogestion avec un médecin du projet SIPA, le modèle SIPA facilite le travail du médecin de famille.

Le modèle SIPA représente un défi majeur et une transformation du système de soins actuel pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Avant de proposer cette réforme en profondeur du système en vigueur, il convient d'examiner les questions soulevées par son implantation dans le système de soins de santé canadien.

## MÉTHODOLOGIE

### **Le contexte de l'étude**

1. Les personnes âgées avec incapacité fonctionnelle sont d'un âge avancé, ont des problèmes médicaux et sociaux chroniques, des épisodes de problèmes aigus, elles recourent à un ensemble complexe de services communautaires et institutionnels, leur réseau social est parfois absent ou épuisé.
2. Des façons nouvelles de concevoir, de planifier, de distribuer, de produire et de financer les services à cette population doivent être expérimentées. Le Groupe de recherche Universités de Montréal—McGill sur les services intégrés aux personnes âgées (GrSIPA) a développé de 1995 à 1997 un modèle de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA) (Bergman et al., 1997).
3. L'objectif fondamental du SIPA est de répondre adéquatement aux besoins des personnes âgées avec incapacité, maintenir et promouvoir leur autonomie et leur capacité de choisir dans le respect de leur dignité en utilisant de façon optimale les ressources communautaires, hospitalières et institutionnelles.
4. Le SIPA propose une organisation des soins et services fondée sur des modèles clinique, organisationnel et financier. Les principes du SIPA sont :
  - Le modèle clinique :
    - La responsabilité de la santé des personnes âgées avec incapacités fonctionnelles sur un territoire donné;
    - La responsabilité clinique des services peu importe où ils sont prodigués;
    - L'offre de la gamme complète de services sociaux et de santé, communautaires et institutionnels organisée selon les principes gérontologiques et gériatriques;
  - Le modèle organisationnel :
    - Des assises communautaires;
    - La responsabilité de l'ensemble des soins et services pour toutes les personnes âgées avec incapacité sur un territoire donné;
    - La capacité de mobiliser de façon flexible et rapide des ressources pour répondre aux besoins ;
    - Des incitatifs pour développer la prévention, la détection et l'intervention précoce.
  - Le modèle financier :
    - Le pré-paiement par capitation;
    - La responsabilité financière pour tous les services sociaux et de santé;
    - La gestion publique dans un système public de services sociaux et de santé.

## L'implantation du projet de démonstration

9. En juin 1998, suite à un appel d'offre, deux sites ont été choisis par le conseil d'administration de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre (RRSSSM-C) pour participer au projet de démonstration du SIPA;
10. Le projet de démonstration SIPA s'est déroulé en trois phases qui se sont chevauchées : le démarrage, l'implantation et le fonctionnement;
11. Pendant les premiers quatre mois de la période de fonctionnement, des activités de recrutement, de formation, d'implantation, de développement, d'innovation et de négociation inter-établissements se sont poursuivis;

### Quelques exemples des actions du SIPA :

- 1) Recrutement de 1230 personnes âgées fragiles et de leurs personnes de soutien et assignation aléatoire dans les groupes SIPA et témoin;
- 2) Des équipes multidisciplinaires qui collaborent;
- 3) Des gestionnaires de cas qui participent à la planification des congés hospitaliers;
- 4) L'intégration de protocoles de soins dans la pratique clinique;
- 5) Capacité de mobilisation flexible et rapide des ressources.

12. Les services aux personnes âgées se sont organisés :
  - i. Évaluation de la condition des personnes admises; préparation des plans de services individualisés;
  - ii. Organisation de la prestation des services;
  - iii. Début des services;
  - iv. Interventions des établissements et d'autres pourvoyeurs de services.

13. Les différents dispositifs de pilotage mis en place ont permis de faire le suivi de l'application du modèle SIPA;

14. La population visée par le projet de démonstration SIPA était composée de personnes âgées atteintes d'incapacité fonctionnelle vivant à domicile. Les 1230 personnes âgées et leurs personnes de soutien ont consenti au protocole expérimental de l'étude et ont été assignées au groupe expérimental ou témoin;

15. Des données sur l'implantation et l'organisation du SIPA, sur la qualité des soins, sur la santé des personnes admises et des personnes soutien, sur leur utilisation des services sociaux et de santé et sur les coûts de tous les services ont été recueillies. Différentes procédures de cueillette ont été employées : observations, entrevues ouvertes, questionnaires fermés, dossiers sociaux, médicaux et hospitaliers et fichiers administratifs.

16. Il n'était pas possible au cours même du projet de démonstration de réaliser le modèle de financement par capitation. **La capitation a été simulée.**

## RÉSULTATS

### **Les résultats de l'évaluation**

#### *Le profil des participants à l'étude*

Les personnes âgées qui ont participé à l'expérience ont de nombreuses maladies chroniques et incapacités fonctionnelles, plusieurs sont incontinentes, ont des symptômes dépressifs ou des problèmes cognitifs. Elles utilisent intensivement l'ensemble de services sociaux et de santé. Elles ont le profil de personnes âgées admissibles au SIPA.

#### *L'implantation et l'organisation*

- Les intervenants et les responsables administratifs du SIPA et des établissements associés reconnaissent la valeur du SIPA;
- La pénurie de certaines catégories de professionnels a eu des répercussions sur les effectifs et la stabilité des équipes;
- L'intensification des services à domicile a été moindre que prévue;
- Le travail des gestionnaires de cas a évolué en cours d'expérimentation : leur charge a été réduite et ils ont conservé des responsabilités cliniques propres à leur profession d'origine;
- Le SIPA implante des ressources qui visent la flexibilité et la rapidité de l'intervention :
  - Un service de garde 24 heures sur 24, 7 jours sur 7;
  - Des places en résidences intermédiaires pour personnes âgées;
  - Les gestionnaires de cas ont la capacité de mobiliser rapidement des ressources.
- Les principes géro-geriatriques ont été intégrés à la pratique clinique:
  - Le développement et l'application de protocoles cliniques;
  - L'implantation et l'utilisation de ressources communautaires résidentielles;
  - L'attention portée à l'expression des besoins par les personnes âgées et leur personne de soutien;
  - Qualité de la coordination des membres des équipes SIPA.
- La disponibilité des médecins a été en deçà de celle planifiée et très variable en cours d'expérimentation;
- Le projet n'a pas eu un impact significatif sur la qualité de la coordination avec les médecins de la communauté. De leur côté, les gestionnaires de cas n'ont pas réussi à intégrer le médecin à leur pratique.

#### *La santé*

- L'état de santé évolue de façon semblable dans les groupes expérimental et témoin en cours d'expérimentation;
- La mortalité du groupe SIPA tend à être inférieure;
- Les personnes de soutien du groupe SIPA ne voient pas le fardeau de l'aide augmenté;
- Les personnes de soutien des deux groupes rapportent peu de symptômes dépressifs et un faible fardeau, leur relation avec la personne aidée est de haute qualité.

### *La qualité de soins*

- La perception de la qualité des services est supérieure chez les personnes âgées et les personnes de soutien du groupe SIPA que chez celles du groupe témoin;
- Le SIPA apporte aux personnes âgées un sentiment de sécurité;
- Les informations cliniques circulent entre les intervenants à l'intérieur de l'équipe SIPA;
- Des interventions particulièrement réussies démontrent qu'il est possible de soutenir efficacement la personne âgée et les personnes de soutien dans la prise en charge de leurs problèmes;
- Il y a des gains à faire sur la globalité et la justesse des interventions, sur la coordination des interventions avec les médecins traitants et les établissements partenaires ainsi que sur une meilleure définition des rôles et responsabilités du médecin traitant.

### *L'utilisation des services*

- Le SIPA a modifié les configurations d'utilisation des services sociaux et de santé;
- L'utilisation des services communautaires offerts en CLSC ou sous la responsabilité directe des SIPA augmente;
- L'utilisation des services médicaux de première ligne en cabinet et en CLSC est supérieure dans le groupe SIPA;
- La fréquentation des urgences hospitalières est équivalente dans les groupes SIPA et témoin, mais la durée des séjours en urgence a été inférieure dans le groupe SIPA et les congés des urgences vers le domicile des personnes âgées sont plus nombreux;
- La proportion des personnes âgées en attente d'hébergement dans les hôpitaux de courte durée a diminué de moitié dans le groupe SIPA;
- L'utilisation des cliniques externes des hôpitaux, des services pharmaceutiques et de l'hospitalisation de courte durée n'a pas varié entre les groupes expérimentaux et témoins;
- Il y a une tendance à une diminution des hébergements en institution.

### **Réussites du SIPA :**

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

### *Les coûts*

- Les coûts moyens par personne sont de 19 707 \$ pour le groupe témoin et de 20 711 \$ pour le groupe SIPA;
- Cette différence est le résultat de coûts de services communautaires supérieurs dans le groupe SIPA qui n'est pas entièrement compensée par la diminution des coûts institutionnels dans ce groupe;
- Les coûts des hospitalisations de courte durée, des visites médicales, des médicaments et de la réadaptation ne sont pas significativement différents entre les deux groupes;
- Les coûts des visites à l'urgence sont supérieurs dans le groupe témoin;
- Les coûts personnels des services assumés par les personnes âgées et les personnes de soutien sont équivalents dans les deux groupes.

Les résultats de l'expérience de la première année de fonctionnement du SIPA démontrent sa capacité de modifier les configurations d'utilisation des services en maintenant ou augmentant la qualité des soins et la satisfaction des personnes âgées. Ces personnes vulnérables ont besoin d'une combinaison complexe de services sociaux et de santé. Des leçons peuvent être tirées de cette expérience pour en réaliser le potentiel.

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

### **Résultats sur les coûts :**

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

### **LIENS INTERNET**

Article CMAJ: <http://www.cma.ca/cmaj/vol-157/issue-8/1116.htm#sid1>

RRSSS <http://www.santemontreal.qc.ca/fr/documentation/index.htm>

« Commission Clair : des solutions émergentes pour passer à l'action (18/01/2001) »

« Dossier SIPA - Rapport de mi-parcours : un bilan positif (26/10/2000) »

Géronto-France: <http://www.geronto.com>

Administration on Aging: <http://www.aoa.dhhs.gov>

CSHA : <http://www.uottawa.ca/splash.html>

« <http://www.uottawa.ca/academic/med/epid/csha.html> »

McGill et Université de Montréal: <http://pages.infinit.net/vrystaat/EquipeWeb/>