

L'expérience SIPA

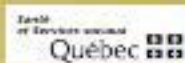
Une pratique avancée
interdisciplinaire
ancrée dans la
communauté

Journée d'échange avec les chercheurs,
les responsables régionaux, les gestionnaires
et les intervenants du projet SIPA



Groupe de recherche
Université de Montréal /
Université McGill
sur les services intégrés
pour les personnes âgées

Et ses partenaires :



Conférence

Le modèle SIPA et son expérimentation

Céline Bureau

Chargée de projet

Régie régionale de la Santé et des
Services sociaux de Montréal-Centre

LE MODÈLE SIPA ET SON EXPÉRIMENTATION

Journée d'échange

L'expérience SIPA :
Une pratique avancée interdisciplinaire
ancrée dans la communauté

13 septembre 2002

Par Céline Bureau
Chargée de projet, RRSSSMC
d'avril 1998 à juin 2001

*« Je n'ai pas eu à répéter
mon histoire »*



Photo: Health Canada/Santé Canada

*« Je sais que je peux rejoindre quelqu'un en
tout temps et qu'on me connaîtra »*

*« Je ne savais pas que
cette évaluation avait eu
lieu »*

*« Monsieur L. est revenu à domicile
puisque c'était la meilleure alternative »*



*« Je vous remercie de m'avoir envoyé ce plan; c'est
important d'avoir une vue d'ensemble de tous les
services en place »*

PLAN

- & Historique
- & Les éléments essentiels du modèle conceptuel SIPA
- & L'analyse de l'implantation
- & Le degré de mise en œuvre du modèle (exemples)

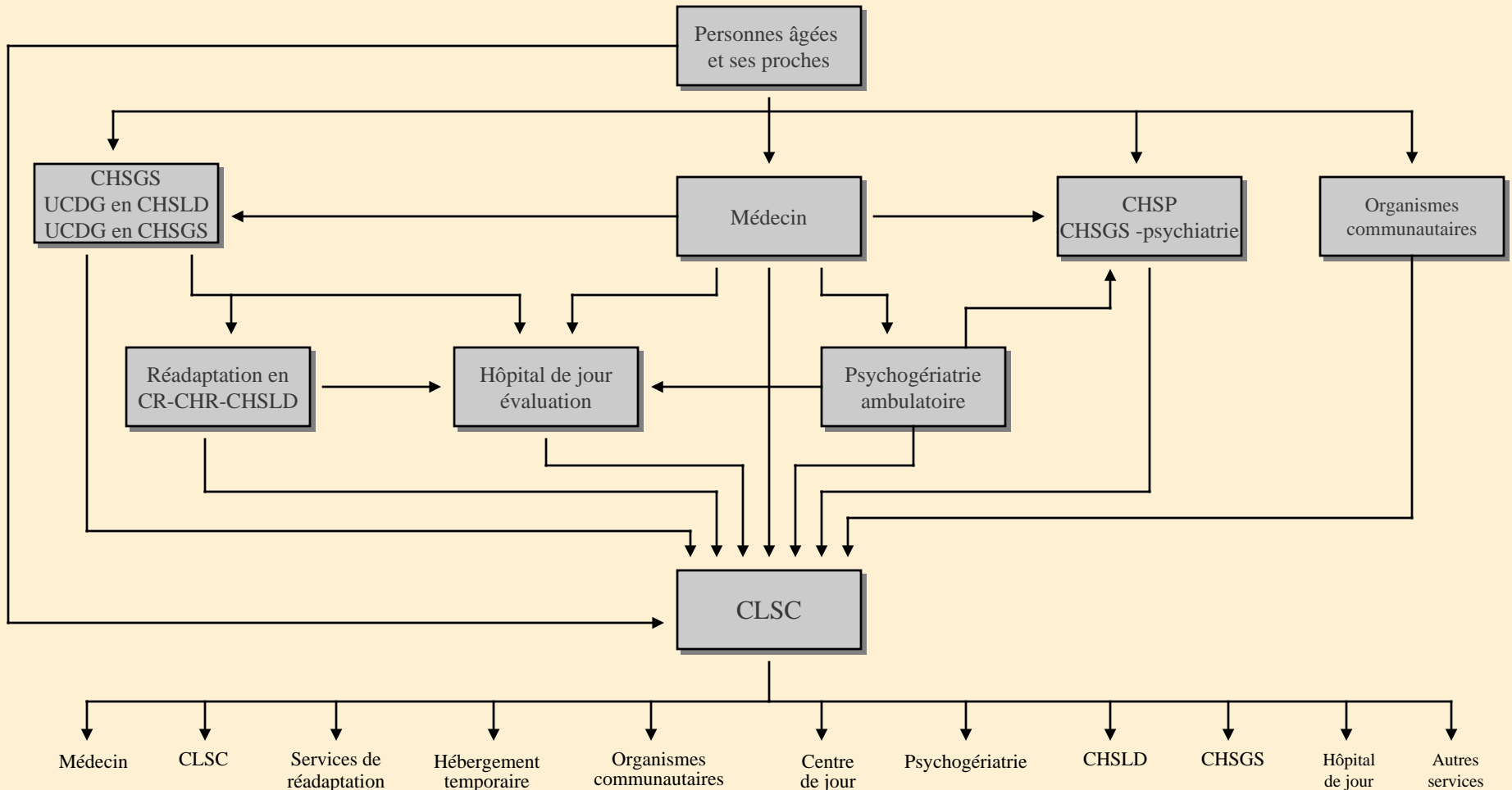
Un peu d'histoire

- 1995 - 1998: recherche et planification
- Juin 98–mai 99: implantation du projet
- Juin 99–mai 00 : essai randomisé, phase 1
- Juin 00–mars 01: essai randomisé, phase 2
- Avril 01– : transfert des connaissances dans le système

CONTINUUM DE SERVICES AUX PERSONNES ÂGÉES

OU CELLES AYANT UN PROFIL GÉRIATRIQUE

Liens opérationnels entre les différentes composantes du réseau et le guichet unique (CLSC)



Un projet rassembleur



- Concepteurs
- Cliniciens
- Administrateurs
- Chercheurs

Partenaires

Conception :

Groupe de recherche en services intégrés aux personnes
Âgées : Béland, Bergman, Lebel, Contandriopoulos, Brunelle, Kaufman, Tousignant; une collaboration internationale : David Challis, A. Mark Clarfield, Jack Guralnik, Robert Kane; un large comité aviseur (cliniciens, administrateurs, organismes, corporations, etc); des comités interdisciplinaires de professionnels

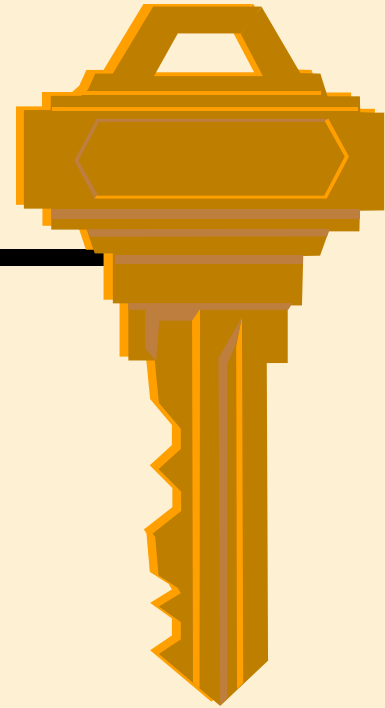
Recherche :

Groupe de recherche en services intégrés : Béland, Bergman, Lebel avec Contandriopoulos, Denis et plusieurs agents de recherche

Expérimentation :

- site pilote Bordeaux-Cartierville : CLSC-CHSLD Bordeaux-Cartierville et partenaires : CLSC-CHSLD Saint-Laurent, Hôpital Notre-Dame de la Merci, HSC
- site pilote Côte-des-Neiges : CLSC Côte-des-Neiges et partenaires : HGJ, CHSLD Maimonides, HJR et CHR
- Régie régionale de Montréal-Centre

Le modèle conceptuel



Trois composantes interreliées :

- clinique
- organisationnelle
- financière



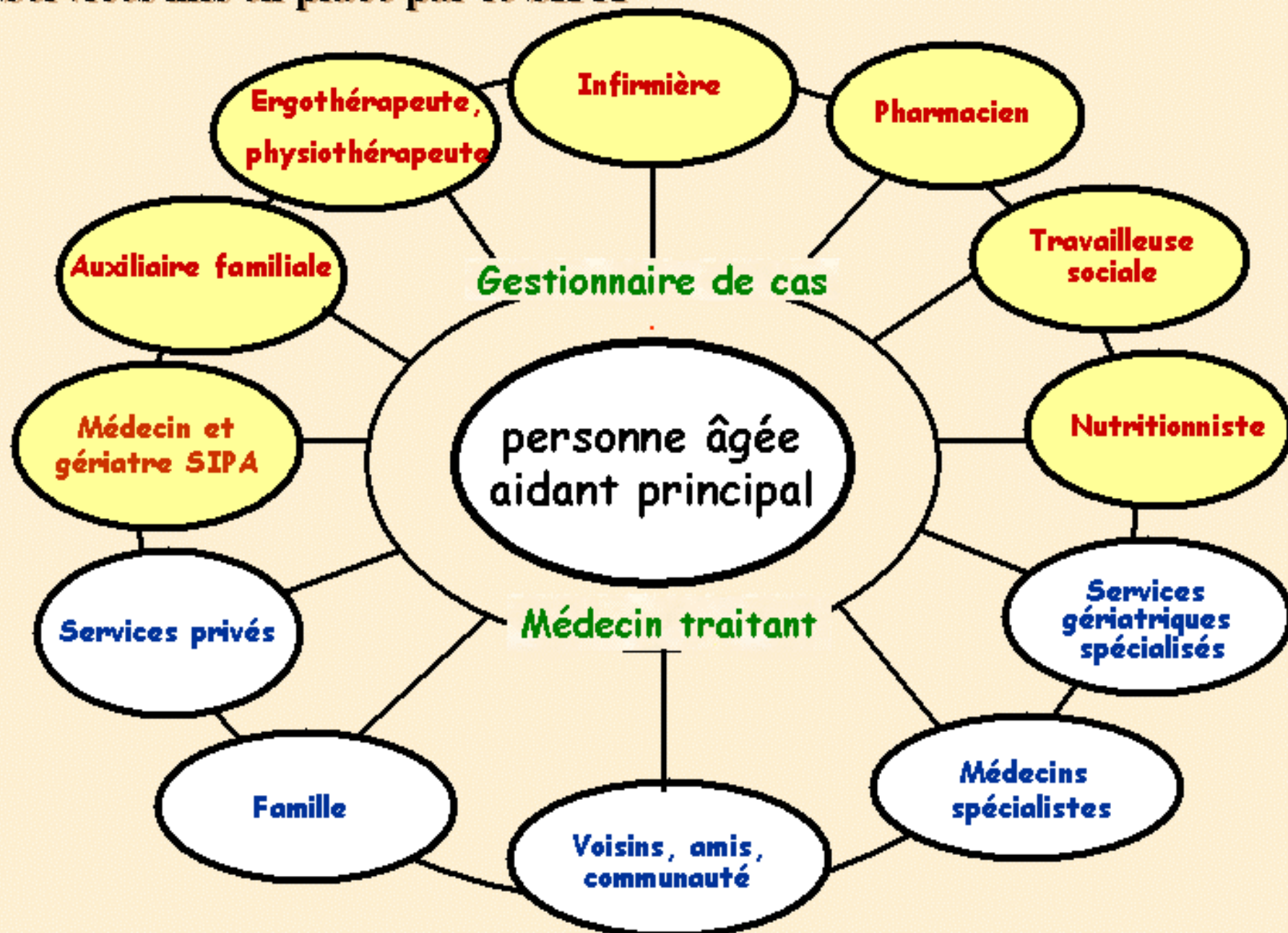
Le modèle conceptuel (suite)

- Assises communautaires et de première ligne
- Responsabilité pour l'ensemble des personnes âgées en perte d'autonomie sur un territoire donné : santé et utilisation
- Intégration de l'intervention médicale, sociale et de soutien (le modèle géronto-gériatrique) en réponse aux besoins, par les protocoles, la gestion de cas, le partenariat avec les médecins et les autres établissements

Le modèle conceptuel (suite)

- Mobilisation des ressources de façon flexible et rapide pour améliorer la santé, éviter l'utilisation inappropriée de services
 - Augmentation de l'intensité de l'intervention communautaire
 - Prévention, détection et intervention précoce (médical, réadaptation, social)
 - Communications / réponse rapide; système de garde; liaison interétablissements
- Budget per capita et responsabilité financière de l'ensemble des services
- Gestion publique, payeur unique

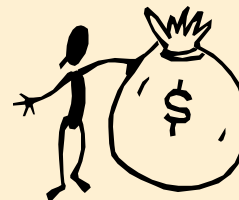
Services mis en place par le SIPA



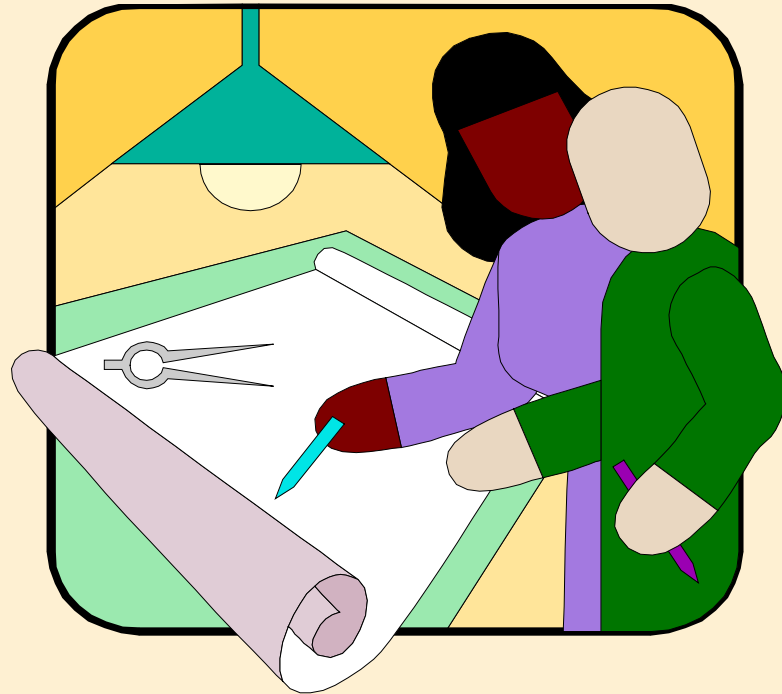
Le projet de démonstration est différent du modèle conceptuel

Il comprend les éléments fondamentaux du modèle mais il :

- rejoint 600 aînés dans 3 territoires
- alloue un budget fixe à l'équipe SIPA (selon une estimation de l'intensification nécessaire)
- mobilise des partenaires chez qui le groupe SIPA représente une faible proportion des usagers
- simule la responsabilité financière



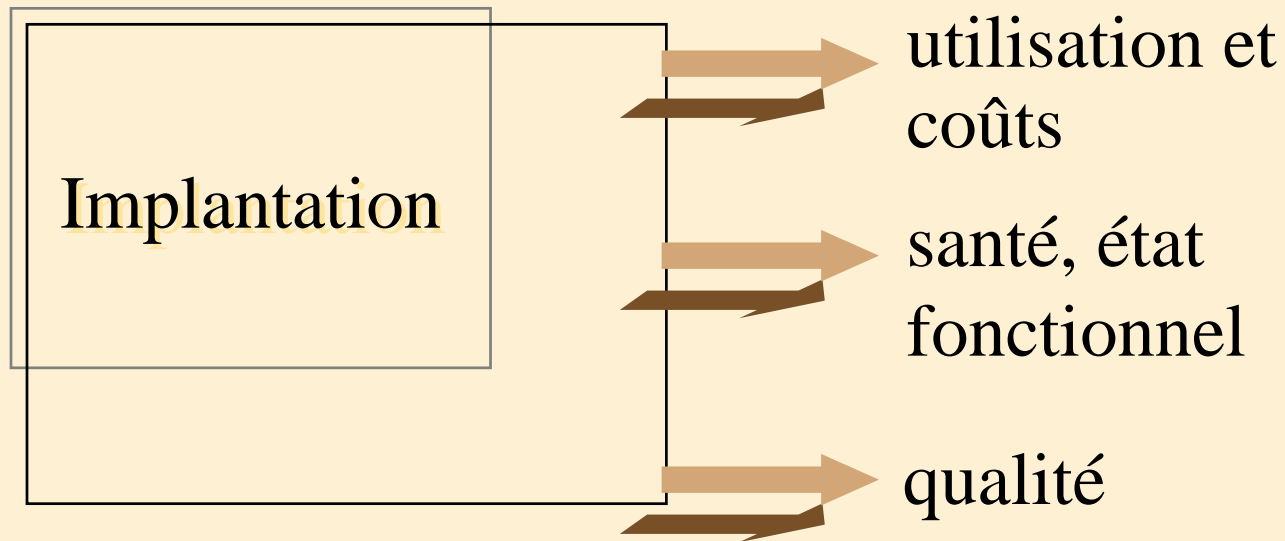
Recherche et développement



PLAN

- & Historique
- & Les éléments essentiels du modèle conceptuel SIPA
- & L'analyse de l'implantation
- & Le degré de mise en œuvre du modèle (exemples)

Thèmes d'évaluation



L'analyse de l'implantation

Buts

- Décrire les éléments implantés (degré de mise en œuvre)
- Identifier les ajustements faits en cours d'expérimentation
- Identifier la manière dont les différents contextes organisationnels et professionnels influencent l'expérimentation

Méthodologie

- Observation directe non participante à des réunions
- Entrevues ouvertes : 78
- Étude de documents

Le degré de mise en œuvre du modèle

Responsabilité clinique :

↙ en grande partie réalisée ...avec le temps

Intégration, intensification, mobilisation :

↙ des réalisations variables

Réalisé :

- garde
- utilisation rapide et flexible des ressources
- liens cliniques, administratifs et financiers avec des ressources privées d'habitation et d'hébergement
- travail interdisciplinaire
- collaboration du médecin SIPA au sein de l'équipe
- suivi des services cliniques
- pilotage conjoint RR, sites et concepteurs/chercheurs

Le degré de mise en œuvre du modèle (suite)

Intégration, intensification, mobilisation : (suite)

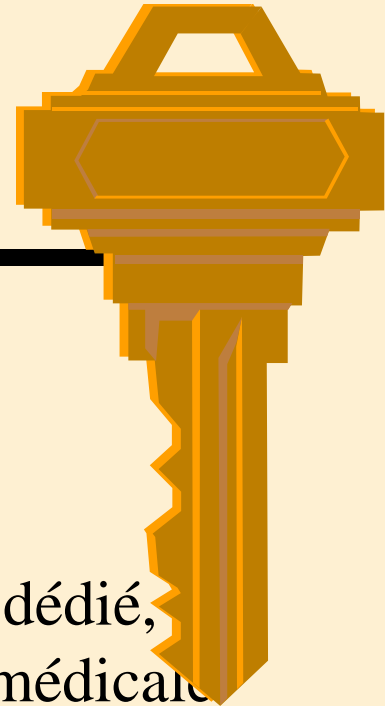
Partiellement réalisé :

- les protocoles
- la légitimité de la gestion de cas dans les divers milieux
- la responsabilité financière

Faiblesse :

- collaboration des médecins
- innovation avec les partenaires

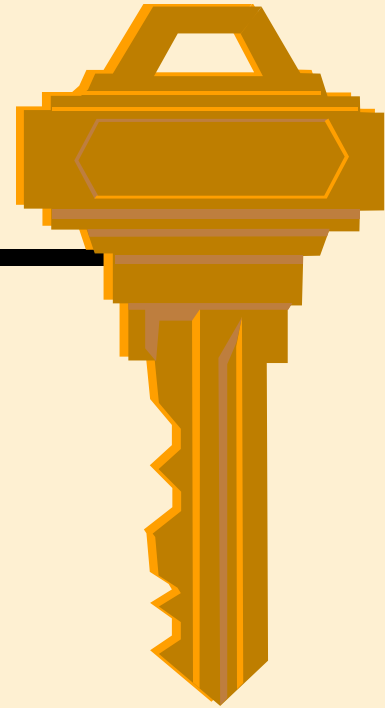
Illustrations



Garde: numéro dédié
24/24, par des infirmières
modèles différents : infirmières SIPA, poste dédié,
contrat avec Info-Santé ou agence, garde médicale
transfert d'informations précises
possibilité de mobiliser des ressources : afs, résidences
privées...

Utilisation rapide et flexible des ressources: Madame H.

Illustrations (suite)



Travail interdisciplinaire :

PSI rédigés lors des réunions
partage novateur des rôles
apprentissages de nouveaux savoirs

Ressources privées d'hébergement :

achat de places, formation

Suivi des services cliniques :

plus nombreuses interventions au CH, CHR, centre de jour,
etc.

présence infirmière à l'urgence

gestion des risques / gestion de crise : Madame S.

Illustrations (suite)



Protocoles :

guide pour soutenir la pratique et mobiliser la 1^{re} ligne

Responsabilité financière :

élément de discussion entre cliniciens et avec les gestionnaires

Collaboration avec les médecins :

médecins dédiés SIPA

identification du md de famille

montant forfaitaire

Illustrations (suite)

« Je n'ai pas eu à répéter mon histoire »

« Je sais que je peux rejoindre quelqu'un tout le temps et qu'on me connaîtra »

J'ai fait le dépistage de la dépression avec l'échelle ... et madame présente ...

« Monsieur L. est revenu à domicile puisque c'était la meilleure alternative »

« Je vous remercie de m'avoir envoyé ce plan; c'est important d'avoir une vue d'ensemble de tous les services en place »

Une expérimentation branchée sur la réalité

Les incertitudes sur la poursuite : printemps 2000, janvier 2001

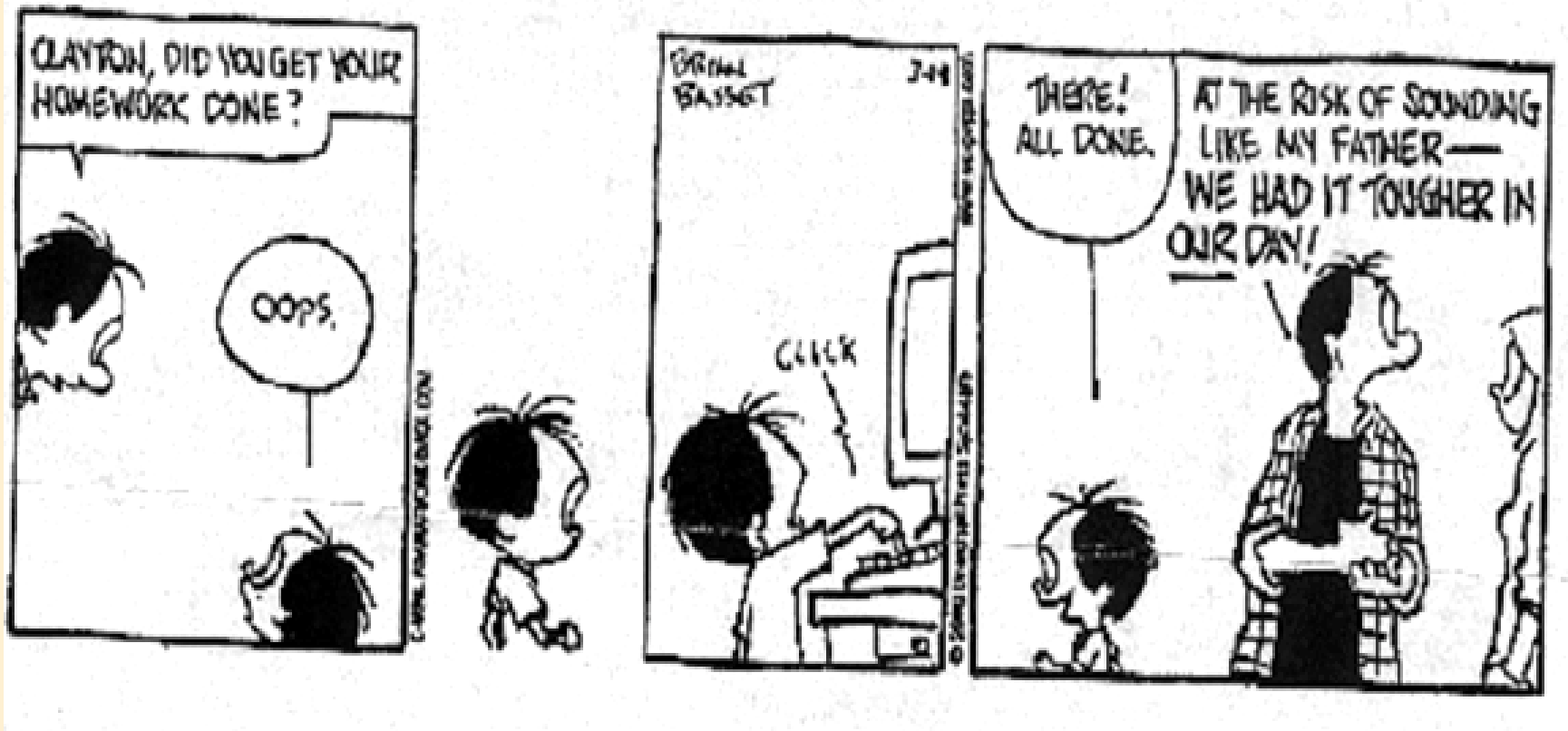
Clinique : le transfert des usagers du MAD → SIPA
les mesures de désengorgement des urgences
(hiver 99-00)

Organisationnel : le passage de SIC 2 à SIC 3 (automne 1999)
la pénurie de personnel et l'instabilité des équipes
la grève des infirmières (été 1999)
le nombre élevé de md de famille (125)

Financier : l'absence d'outils de suivi

L'implantation:

la mesure des résultats, la mesure des efforts



*« Tout changement apparaît impossible, mais
une fois réalisé, c'est l'état que l'on a
laissé qui est perçu comme impossible »*

Alain