



Évaluation et implantation du SIPA: du principe du plaisir au principe de la réalité

François Béland, PhD

Département d'administration de la santé
Université de Montréal

Co-Directeur, SOLIDAGE
Groupe de recherche Université de Montréal et McGill sur
les services intégrés aux personnes âgées.



Hôpital général juif
Sir Mortimer B. Davis
Jewish General Hospital

Centre d'épidémiologie clinique et de recherche en
santé publique, Institut Lady Davis
Centre for Clinical Epidemiology and Community
Studies, Lady Davis Institute



Université
de Montréal

Département d'administration
de la santé
Groupe de recherche Interdisciplinaire en santé
(GRIS)



McGill

The Dr. Joseph Kaufmann Chair in Geriatric Medicine
La Chaire Dr. Joseph Kaufman en gériatrie



Institut
universitaire de
gériatrie de
Montréal

Centre de recherche



Évaluation et implantation du SIPA: Principe du plaisir et principe de la réalité

François Béland PhD Howard Bergman MD
Paule Lebel MD

Pierre Tousignant, Johanne Monette, Jean Louis Denis,
André-Pierre Contandriopoulos, Francine Ducharme,
Jean-François Boivin, Stan Shapiro

Kathy Lesperance, Luc Dallaire, Cristian Morales, Claude Richard,
Denis Roberge, Nassera Touati, Ellen Leibovitch

Collaboration internationale
David Challis, A. Mark Clarfield, Jack Guralnik, Robert Kane



Hôpital général juif
Sir Mortimer B. Davis
Jewish General Hospital

Centre d'épidémiologie clinique et de recherche en
santé publique, Institut Lady Davis
Centre for Clinical Epidemiology and Community
Studies, Lady Davis Institute



Université
de Montréal

Département d'administration
de la santé
Groupe de recherche Interdisciplinaire en santé
(GRIS)



McGill

The Dr. Joseph Kaufmann Chair in Geriatric Medicine
La Chaire Dr. Joseph Kaufman en gériatrie



Institut
universitaire de
gériatrie de
Montréal

Centre de recherche

Sources de financement

- # Les organismes de subvention de la recherche:
 - ▣ Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ);
 - ▣ Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS);
 - ▣ Les fondations Levinci et Drummond;
 - ▣ Institut de recherche en santé du Canada (IRSC).
- # Les ministères et régies:
 - ▣ Fonds d'adaptation du système de santé (FASS);
 - ▣ Ministère de la santé et service de santé du Québec (MSSS);
 - ▣ Régie régionale de la santé et services sociaux de Montréal (RRSSM-C).
- # Les établissements:
 - ▣ CLSC-CHSLD Bordeaux-Cartierville;
 - ▣ Hôpital Général Juif.
- # L'entreprise privée:
 - ▣ Pour la diffusion: Novartis, Glaxo SmithKline, Aventis.

Qu'est-ce que le SIPA?



Un système de soins intégrés pour personnes âgées fragiles

- # Un système fondé sur les services communautaires de première ligne responsable de la prestation de l'ensemble des services:
 - Services sociaux et de santé, aigus et de longue durée, communautaires et institutionnels—y compris les hôpitaux et les établissements d'hébergement sociaux et médicalisés;
- # Responsable de la santé et de l'utilisation des services par une population d'un territoire donné;

Un système de soins intégrés pour personnes âgées fragiles

- ✦ Intégration des services sociaux et de santé par l'application de protocoles de soins et de services fondés sur les connaissances de pointe et adaptés aux populations locales;
- ✦ Une organisation qui mobilise des ressources flexibles et rapides en fonction des besoins et de leur manifestation immédiate pour éviter une utilisation inadéquate, ce qui exige:
 - ▣ La disponibilité de services communautaires intensifs;
 - ▣ La capacité d'identifier et d'intervenir dans plusieurs champs:
 - ▣ Médical, social et de réadaptation;

Un système de soins intégrés pour personnes âgées fragiles

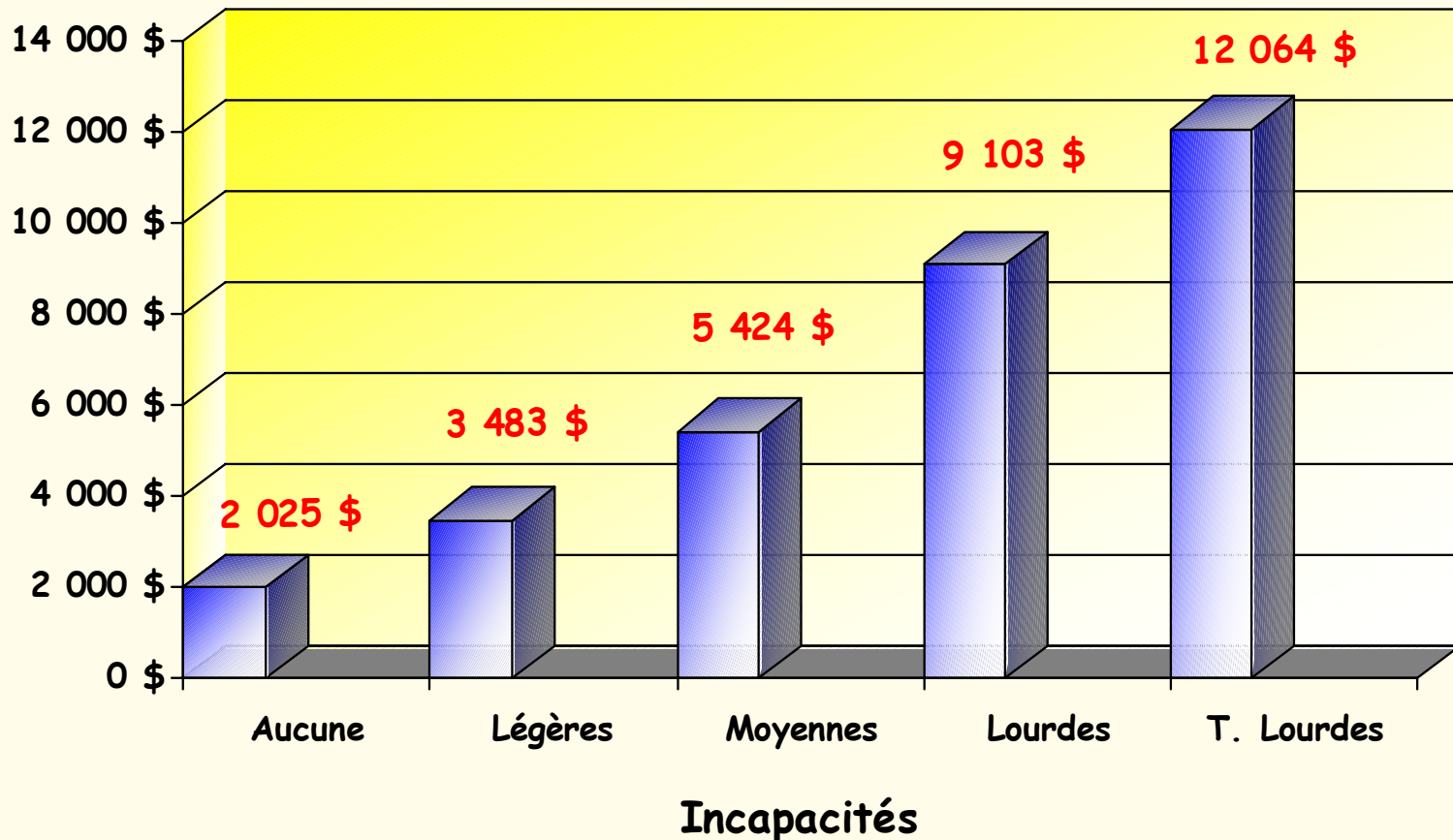
- # Services adaptés aux circonstances des personnes âgées fragiles:
 - Communication et réponse rapide suite à l'expression de besoins;
 - Services de garde;
 - Liens et coordination entre les prestataires;
- # Financement par capitation et responsabilité financière pour l'ensemble des coûts des services médicaux et sociaux;
- # Compatible au système universel et public d'assurance-maladie.

Pourquoi un système intégré pour personnes âgées fragiles?

✦ Caractéristiques de ces personnes:

- ✦ Très âgées—75 ans et plus;
- ✦ Incapacités dans les AVD et les AVQ;
- ✦ Problèmes médicaux aigus et chroniques;
- ✦ Avec des besoins médicaux et sociaux complexes;
- ✦ Et un réseau social qui assume une part importante de la responsabilité des soins.

Les coûts annuels moyens des services sociaux et de santé et les incapacités



Monette, Béland, Bergman et al. (2000); [Échantillon de 1284 personnes âgées d'Hochelega-Maisonneuve, 1994-1995

Réponses du système de santé actuel

Les problèmes:

- Fragmentation;
- Pas de responsabilité globale et de rédition de compte;
- Incitations négatives;
- Sous-utilisation:
 - De la gestion de cas;
 - De méthodes de soins gériatriques efficaces et performantes.

Leurs conséquences:

- Joueurs superbes dans leur isolement:
 - Médicaux, sociaux;
 - Institutionnels, communautaires.
- Accessibilité complexe et partielle aux services;
- Besoins non-comblés;
- Utilisation inappropriée des services et ressources.

Exemples d'intégration des services sociaux et de santé

✦ International:

- ✦ Pace/On Lok (États-Unis);
- ✦ S/HMO;
- ✦ Rovetto (Italie).

✦ Canada

- ✦ CHOICE;
- ✦ Bois-Francs;
- ✦ SIPA.

Bodenheimer, NEJM 1999;341:1324-1326
Bernabei et al, BMJ 1998;316:1348-51
Newcomer et al, JAGS 2000;48:829-834
Bergman et al, CMAJ 1997;157:1116

Le devis d'évaluation



Le système de soins

Les étapes du développement du SIPA

▲ Propositions de changement
▲ Généralisation du SIPA

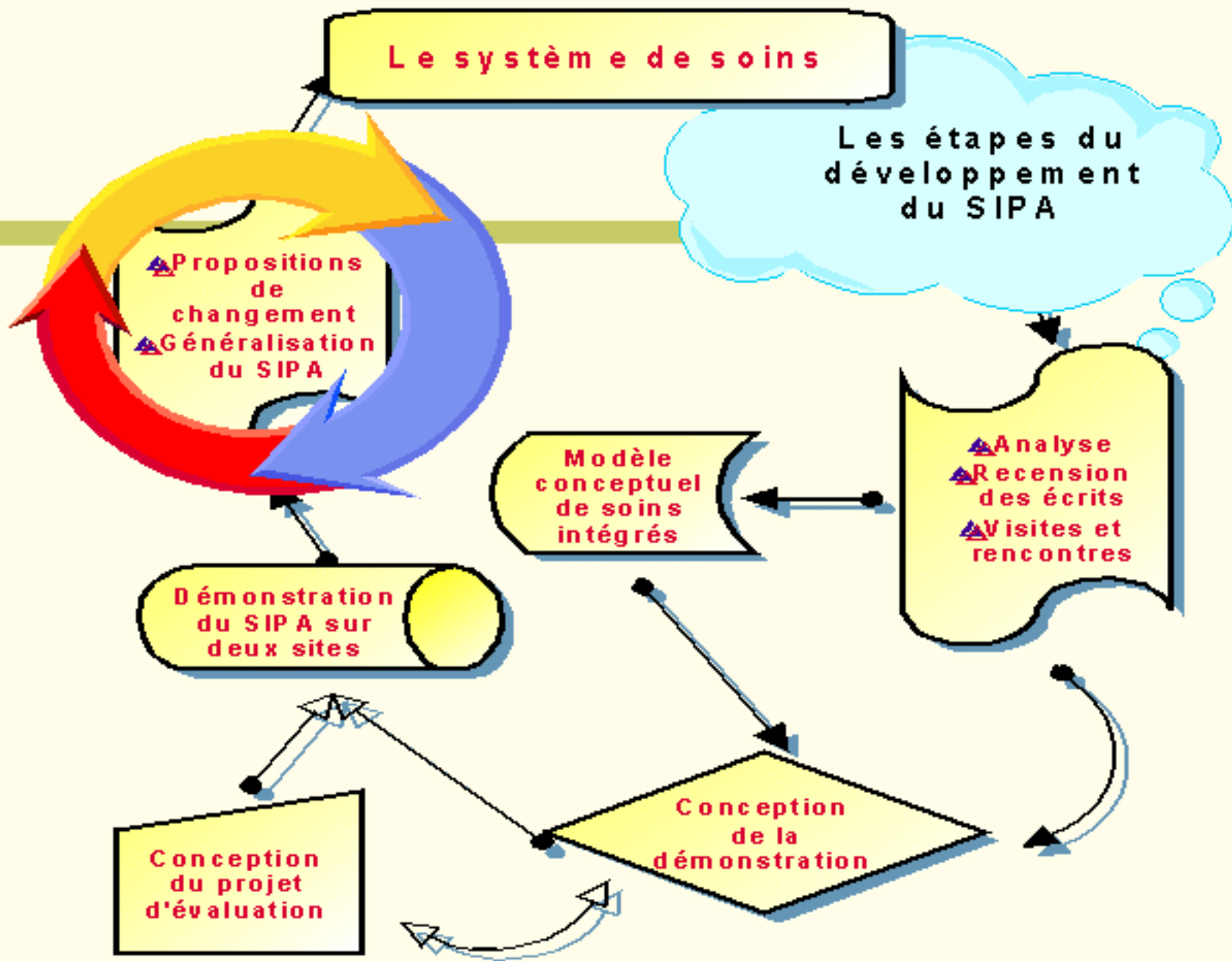
Modèle conceptuel de soins intégrés

▲ Analyse
▲ Recension des écrits
▲ Visites et rencontres

Démonstration du SIPA sur deux sites

Conception du projet d'évaluation

Conception de la démonstration



Le projet pilote SIPA

- # Étudier la faisabilité, l'efficacité et la performance du SIPA:
 - Identifier les modifications aux services actuels pour implanter SIPA et la capacité d'implanter le SIPA selon le modèle, exemple:
 - Recrutement et formation du personnel;
 - Fonctionnement du SIPA dans le contexte des CLSC;
 - Modalités d'interactions avec les autres établissements et professionnels (hôpitaux; CHSLD; médecins de famille, etc.);
 - Implantation de la gestion de cas et de l'équipe multidisciplinaire.
- # Établir la capacité du SIPA de modifier la configuration d'utilisation des services tout en préservant ou augmentant la qualité de la prestation;
- # Obtenir ces résultats à coût égal, sans affecter l'état de santé.

Les hypothèses

- # Pas de changement dans l'état de santé: mortalité, morbidité et fonctionnalité;
- # Pas d'accroissement du fardeau de l'aide et des dépenses privées de services;
- # Qualité des soins et satisfaction des personnes âgées équivalente ou augmentée;

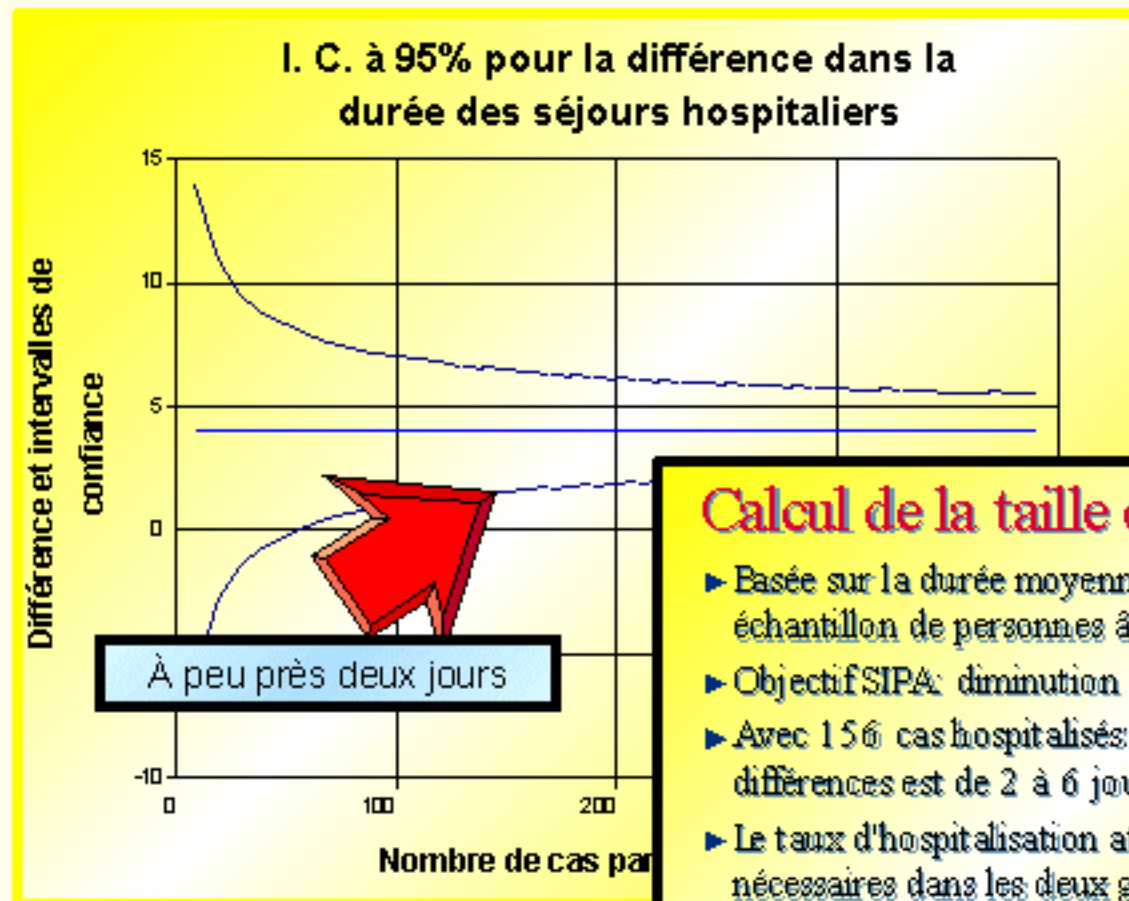
Les hypothèses

- # La transformation de la prestation des soins et de l'intensification des services communautaires changera la configuration de l'utilisation des services:
 - Diminution des durées de séjour en hôpitaux de courte durée;
 - Diminution du recours à l'hébergement permanent et à l'attente d'une place d'hébergement en hôpitaux de courte durée;
- # Les coûts moyens par personnes seront équivalents ou moindres, y inclus la subvention pour les soins communautaires, et il y aura transfert des coûts des services institutionnels aux services communautaires.

Les procédures d'analyse



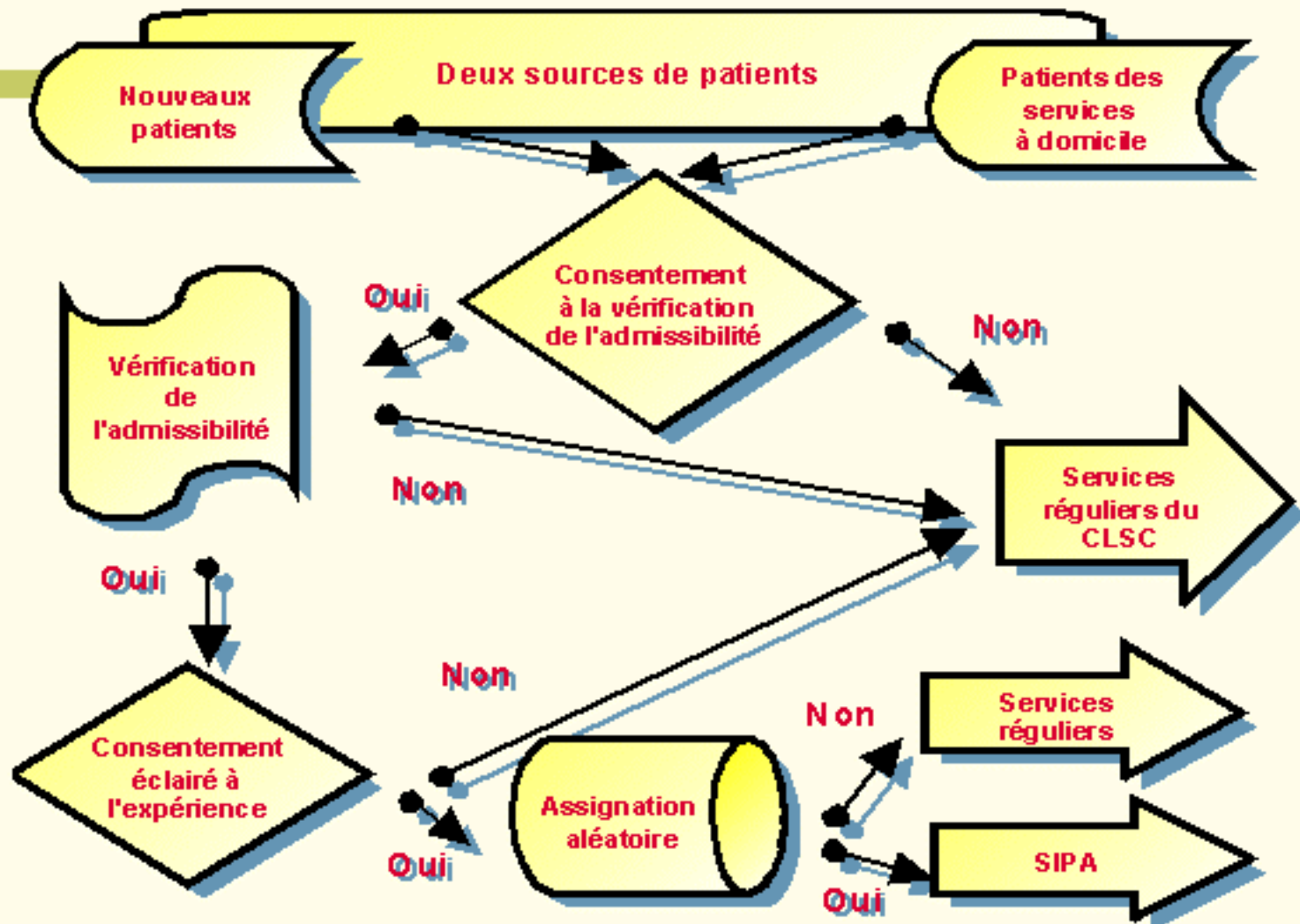
Le calcul de la taille de l'échantillon



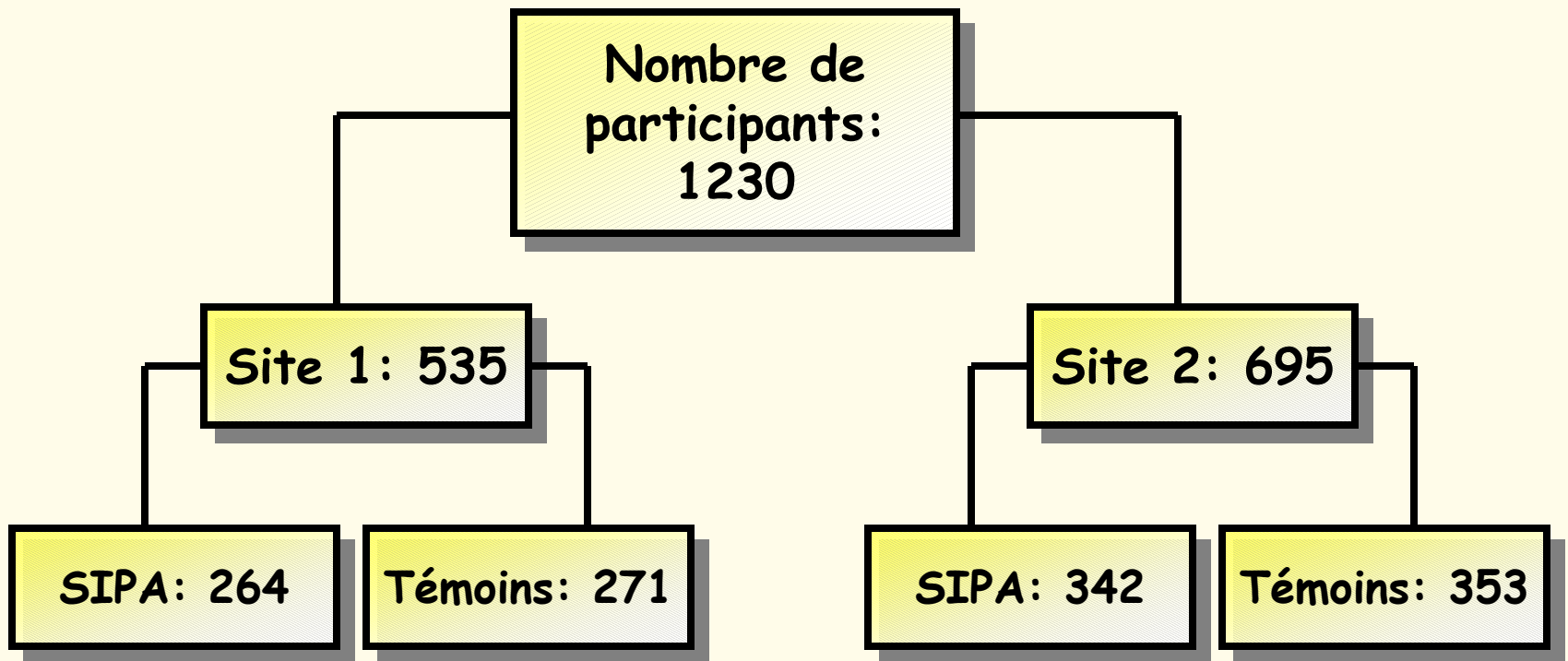
Calcul de la taille de l'échantillon:

- ▶ Basée sur la durée moyenne des hospitalisations dans un échantillon de personnes âgées vulnérables: 20 jours.
- ▶ Objectif SIPA: diminution des durées de séjour de 25%.
- ▶ Avec 156 cas hospitalisés: la fourchette d'observation des différences est de 2 à 6 jours.
- ▶ Le taux d'hospitalisation attendu est de 25%; d'où 625 cas nécessaires dans les deux groupes.

Le recrutement des personnes âgées



Résultats de l'assignation aléatoire



Sources de données

Étude de l'implantation (12 mois):

- 78 entrevues validées par les répondants;
- Observations non participantes à des réunions;
- L'analyse documentaire.

Étude de la qualité des soins (12 mois):

- Le CSQ-8;
- Étude de cas et suivi de cas traceurs.

Étude de l'utilisation et des coûts (22 mois):

- Honoraires médicaux, médicaments et aides techniques (RAMQ);
- Hospitalisations, urgences, cliniques externes (MEDécho; dossiers);
- Hébergement (RRSSSM-C);
- Services communautaires (SICC).

Étude sur la santé (12 mois):

- Questionnaires T0, T1 aux personnes âgées; T1 aux aidants.

Les résultats de l'évaluation



La santé: une évolution équivalente

Mesures	N(T0)	N(T1)	Fourchette	Témoïn T0 (\$)	Témoïn T1 (\$)	SIPA T0 (\$)	SIPA T1 (\$)	P < 0,05
# de Maladies	1073	778	0-16	5,0	4,8	4,9	5,0	Non
Barthel (#)	1067	773	0-108	90	90	91	90	Non
AVD (#)	1090	795	0-17	7,0	6,6	6,9	7,6	Non
Incontinence (©)	1087	792	0-100%	46,4%	46,6%	41,9%	42,0%	Non
Diminution des activités (©)	1085	784	0-100%	40,2%	36,3%	41,9%	37,4%	Non
Limites fonctionnelles	1089	795	0-21	9,7	10,3	9,8	10,3	Non
Santé perçue	838	571	1-5	3,4	3,4	3,5	3,3	Non
Dépression (GDS)	829	581	0-100%	13,9%	10,9%	12,5%	10,4%	Non
Problèmes cognitifs	993	725	0-100%	32,3%	24,3%	31,5%	26,3%	Non

§ Moyennes ou proportions observées au temps 1 des groupes expérimental et témoin.

© Analyse de régression logistique avec variable dépendante dichotomique.

Une transformation logarithmique a été appliquée à la variable pour l'estimation de l'effet SIPA.

Implantation et organisation

Réussites:

- ▣ Les équipes SIPA ont appris à assumer la responsabilité clinique des services à l'intérieur du SIPA et dans d'autres établissements;
- ▣ Service de garde, communications entre prestataires, utilisation rapide et flexible de ressources;
- ▣ Collaboration interdisciplinaire;
- ▣ Collaboration avec les médecins de l'équipe SIPA.

Réussites partielles:

- ▣ Gestion de cas: processus d'apprentissage;
- ▣ Responsabilité financière.

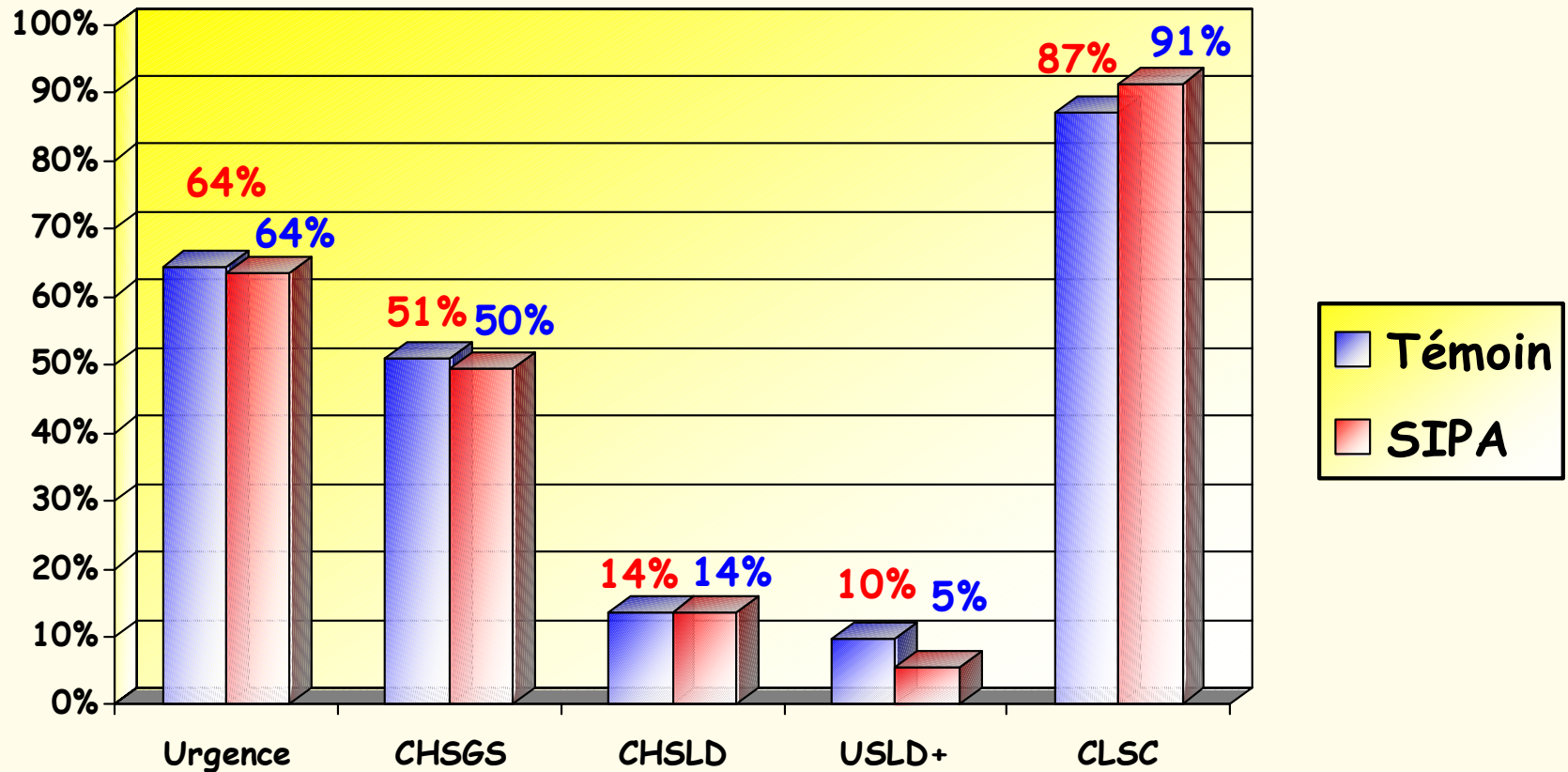
Faiblesses.

- ▣ L'intégration des médecins de famille aux services a été difficile, mais des cas d'espèce démontrent la capacité d'y arriver;

Qualité des services

- # La perception de la qualité des services par les personnes âgées est supérieure dans le groupe SIPA;
- # Étude de cas:
 - # Les résultats de l'analyse des innovations cliniques auprès des personnes et leur perception de la qualité concordent;
 - # Il y a place à amélioration de la gestion de certains problèmes de santé—application plus fréquente et suivie des protocoles de soins (diabètes, chutes, dépression, cardiopathies; médication);
 - # L'analyse d'évènements critiques ne signale pas de faiblesses dans la gestion des services.

Accès aux services d'urgence, hospitaliers, d'hébergement et de MAD



Test avec contrôle pour SSE et santé:

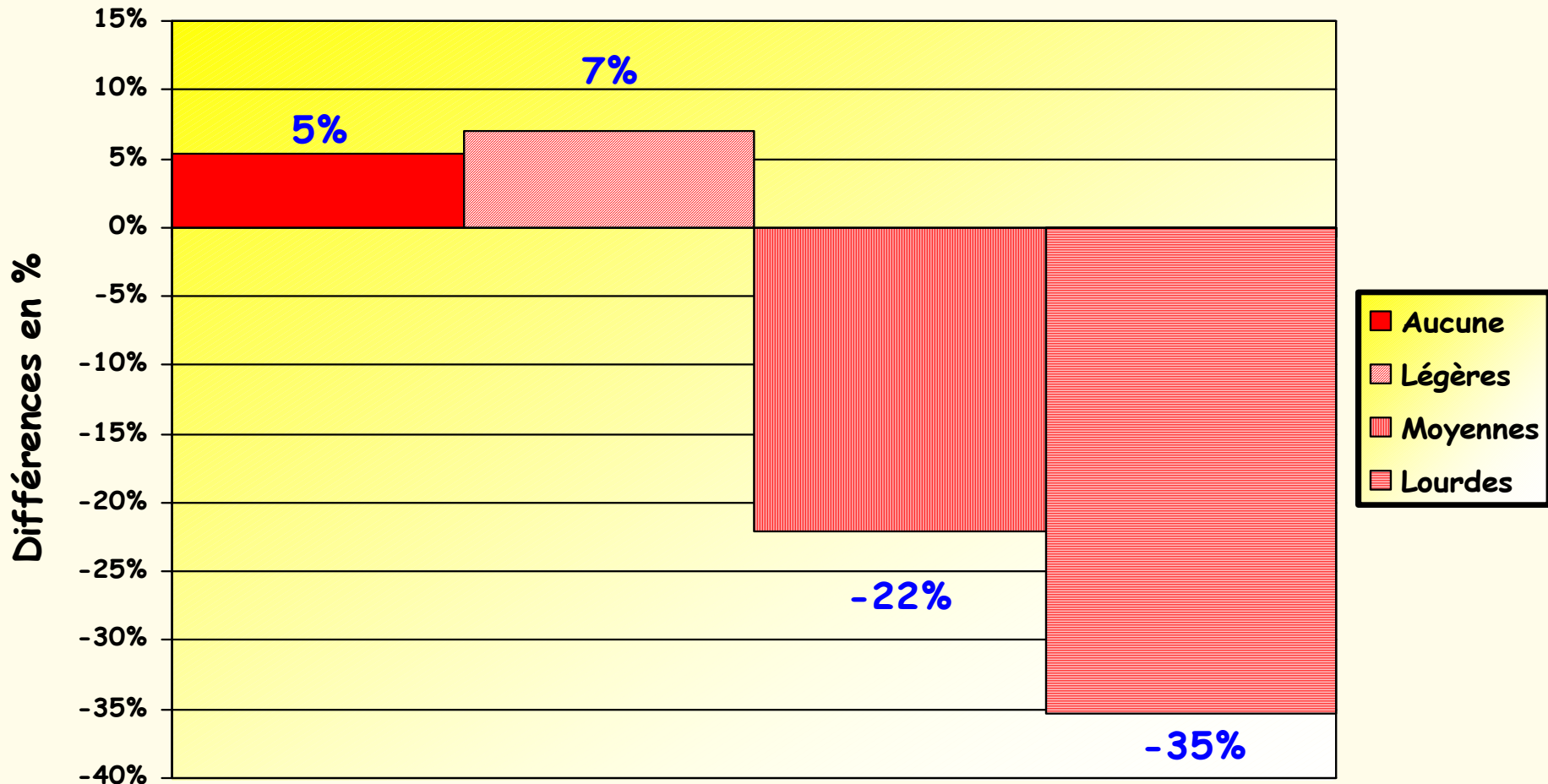
P(Urgence):0,65; P(CHSGS):0,42; P(CHSLD):0,96; P(USLD+):0,005; P(CLSC):0,14

Durée des séjours ou services

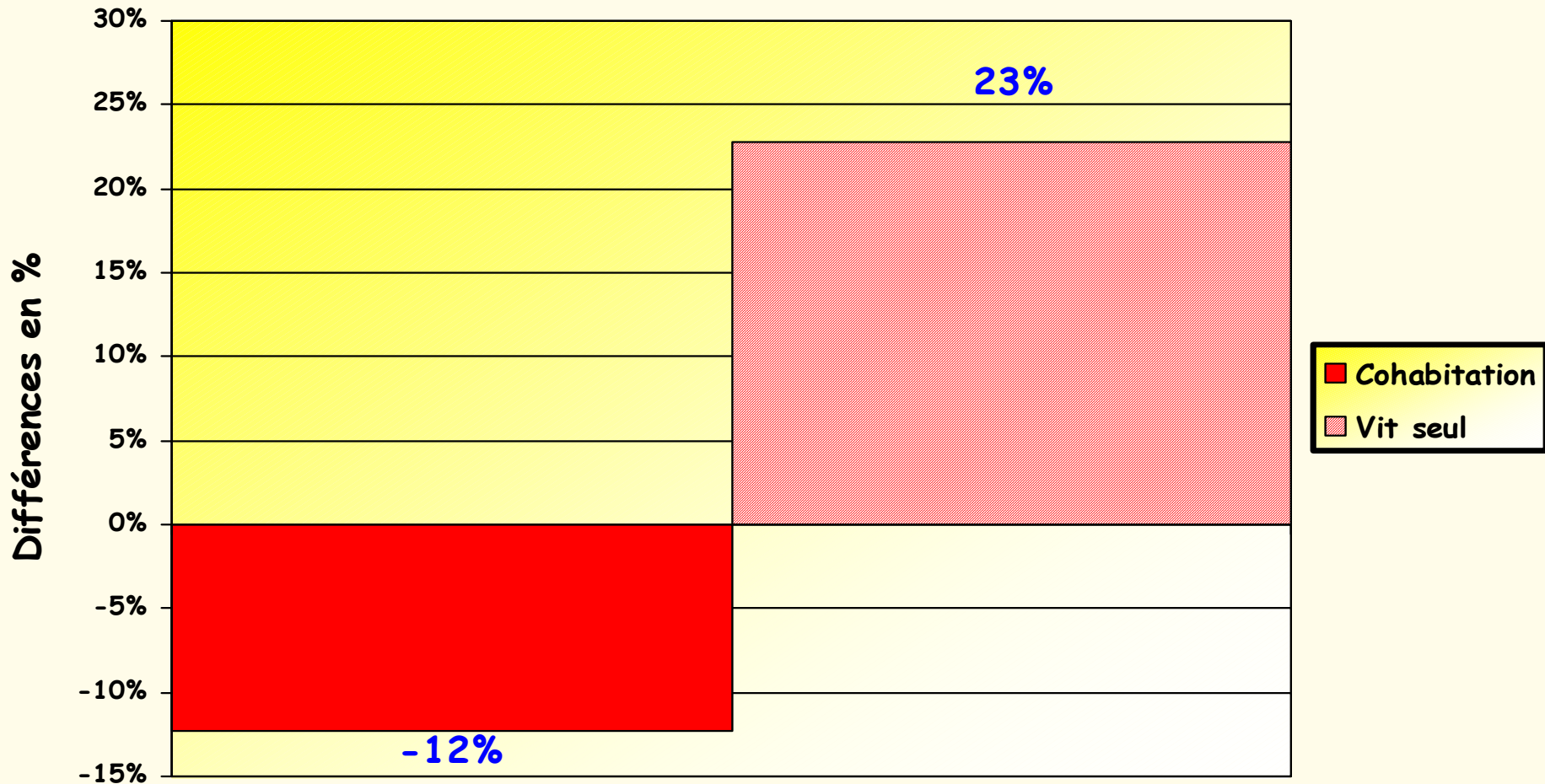
	SIPA	Témoins	N	P
CHSLD (# de jours)	224	233	168	0,70
USLD+ (# de jours)	56	55	94	0,38
Urgence (# de minutes)	1260	1313	786	0,14
Hôpitaux (# de jours)	25	28	618	0,43
CLSC (# de minutes)	186	175	1094	0,01

Test avec contrôle pour SSE et santé

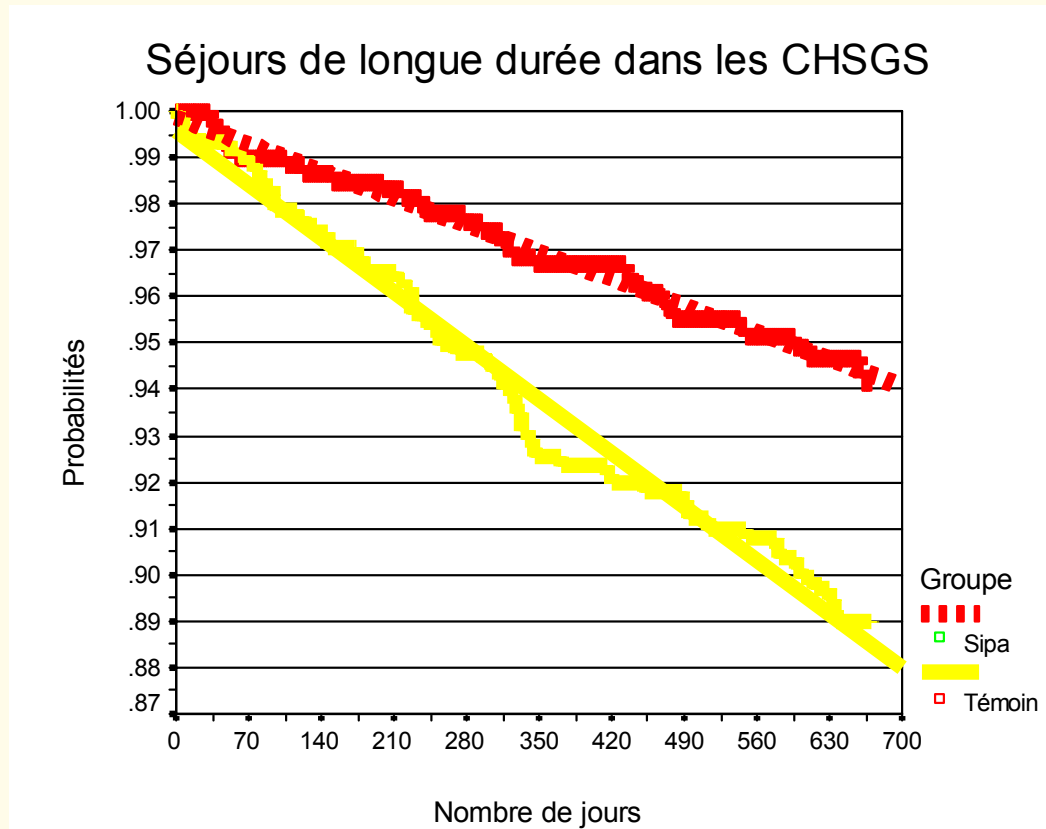
Journées d'hospitalisation: différences entre SIPA et témoin selon la gravité des AVD



Durée des services à domicile: différences entre SIPA et témoin selon la cohabitation



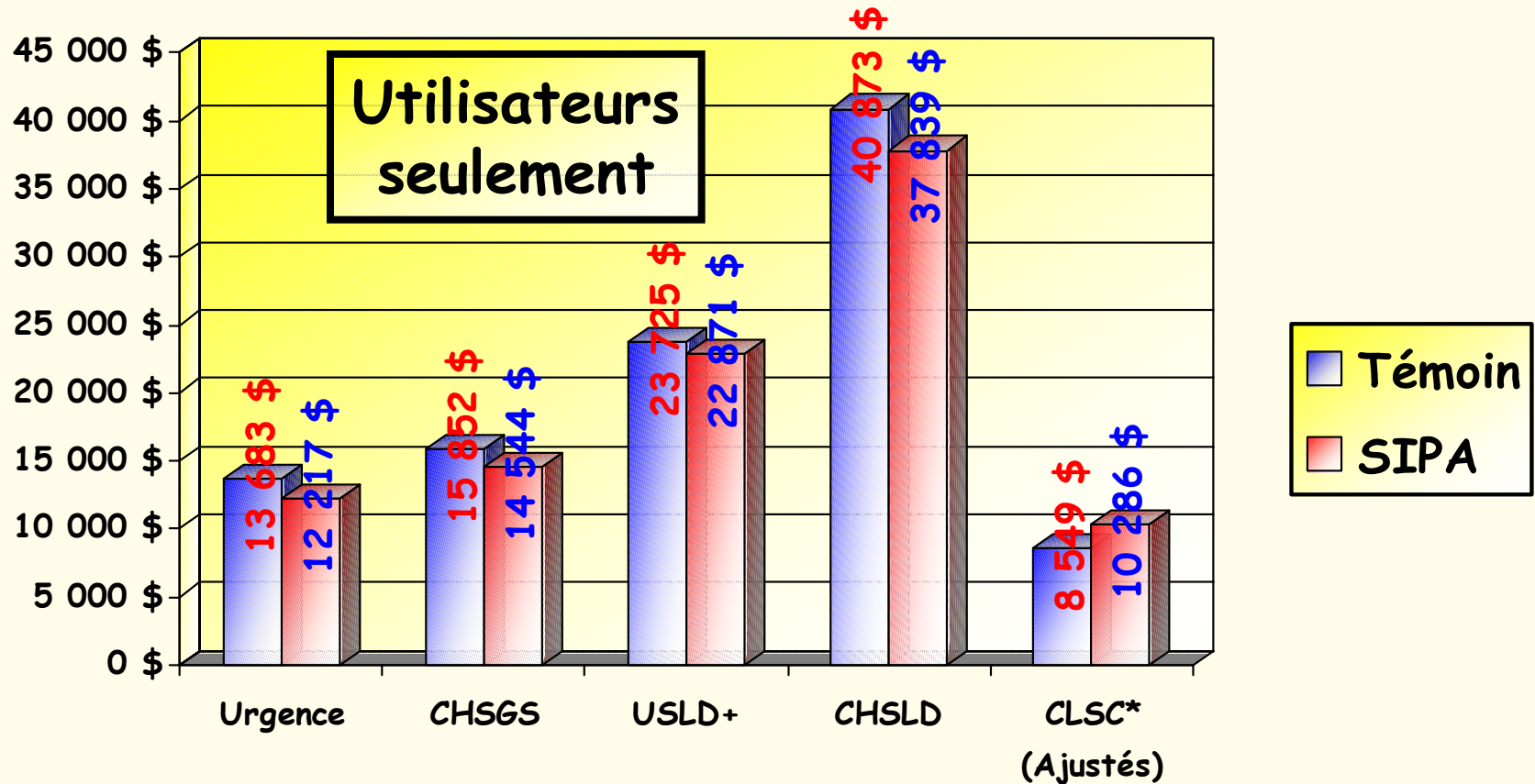
En attente de placement dans les hôpitaux de courte durée



SIPA	5%
Témoins	10%

$p=0,001$

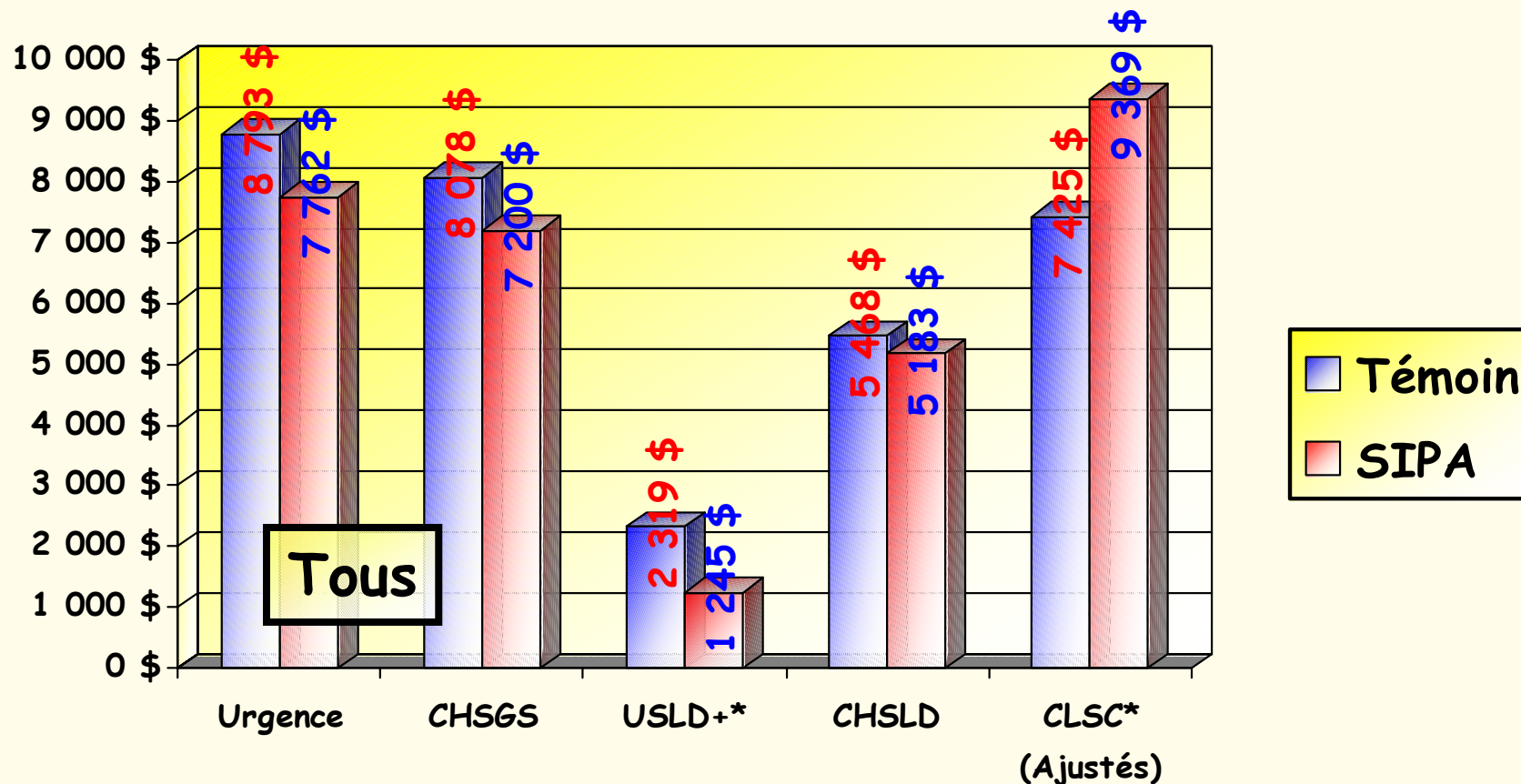
Coûts des services d'urgence, hospitaliers, d'hébergement et de MAD



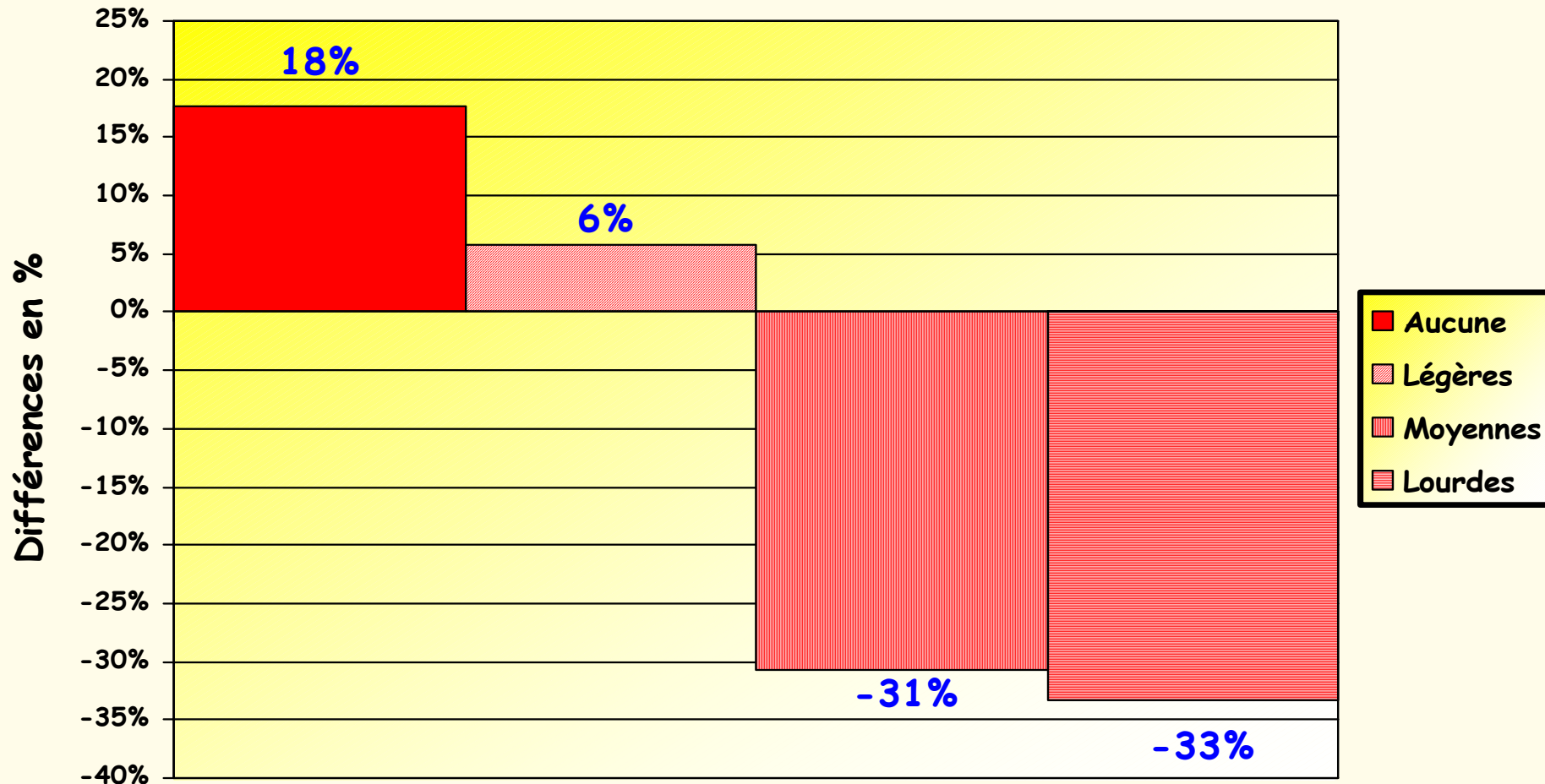
Test avec contrôle pour SSE et santé:

$P(\text{Urgence}): 0,17$; $P(\text{CHSGS}): 0,65$; $P(\text{USLD+}): 0,99$; $P(\text{CHSLD}): 0,94$; $P(\text{CLSC}): 0,008$

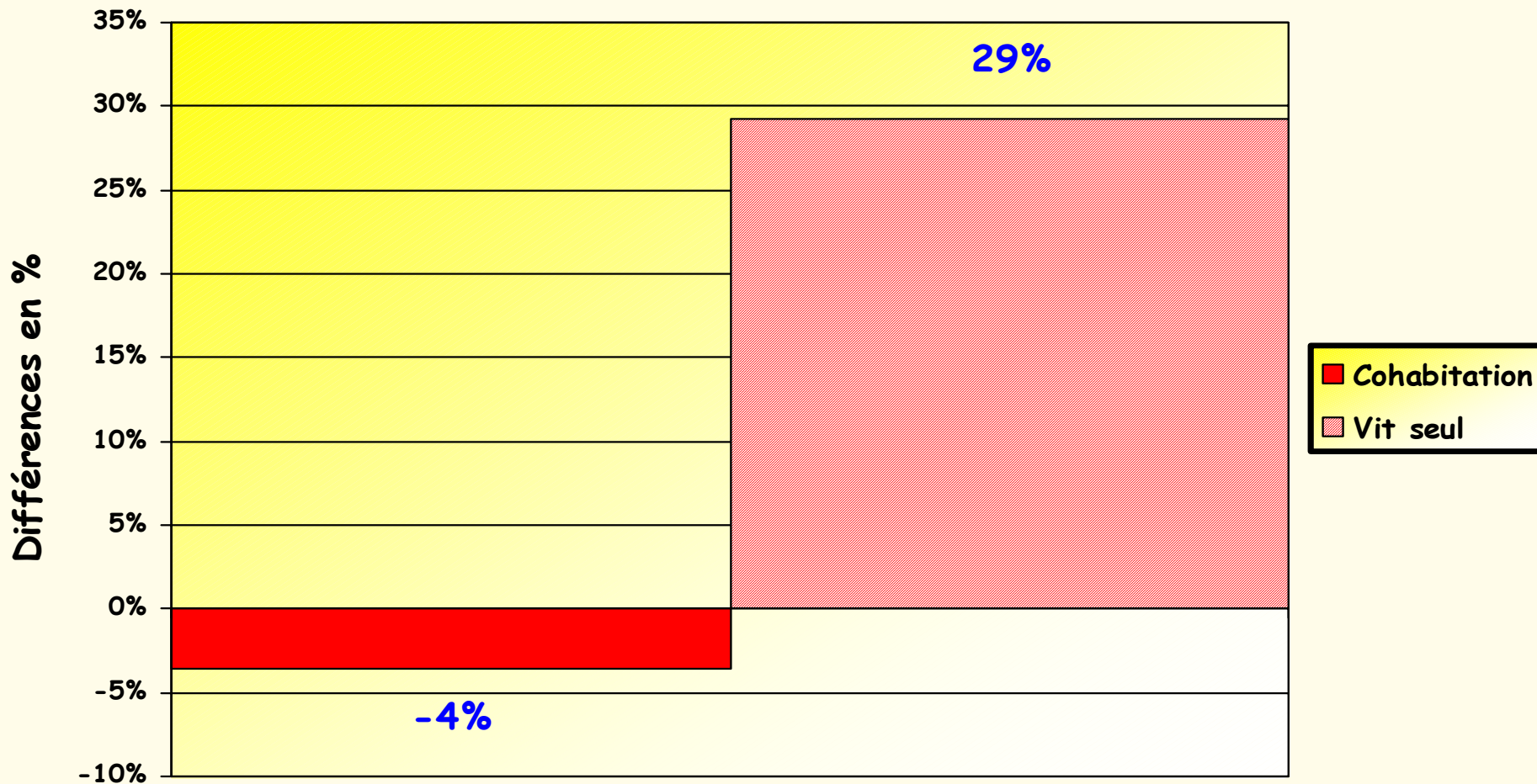
Coûts des services d'urgence, hospitaliers, d'hébergement et de MAD



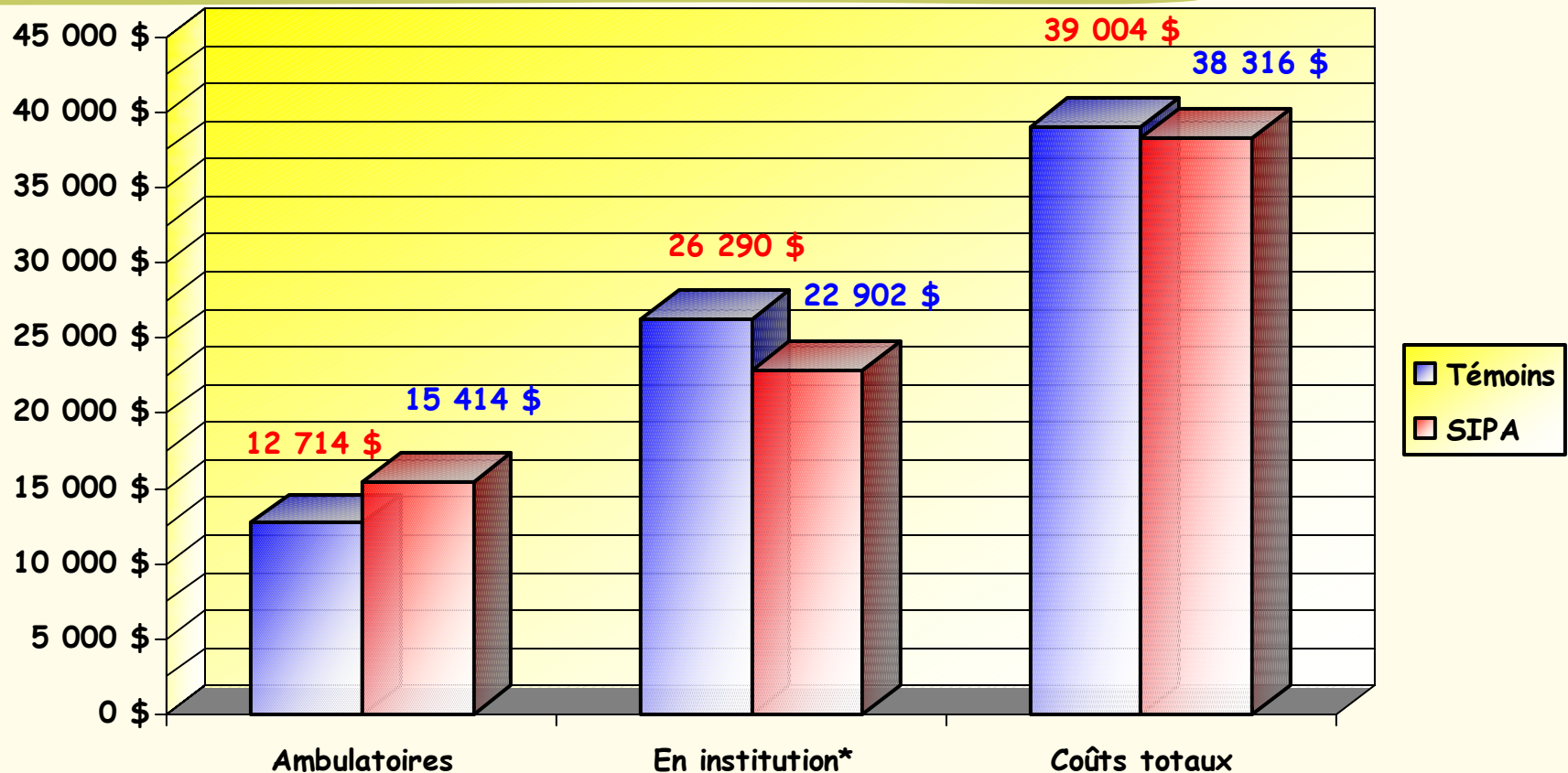
Coûts des hospitalisations: différences entre SIPA et témoin selon la gravité des AVD



Coûts des services à domicile: différences entre SIPA et témoin selon la cohabitation



Coûts totaux, coûts des services ambulatoires et en institution



Moyenne sur les 1223 participants

Services communautaires: Médicaments, visites médicales, soutien à domicile, résidences protégées, appareils techniques, hôpitaux de jours et hospitalisations d'un jour.

Services institutionnelles: Hospitalisation de courte durée, hébergement, urgences hospitalières, réadaptations institutionnelles, soins palliatifs

Les leçons de l'évaluation



Conclusion: sommaire des résultats

- # L'état de santé évolue de façon équivalente dans les groupes SIPA et témoin;
- # L'effet du SIPA s'est fait sentir sur l'hôpital:
 - Les différences sur les durées de séjours et les coûts d'hospitalisation de courte durée entre les groupes SIPA et témoin s'accroissent avec la gravité des limitations et des incapacités fonctionnelles;
 - La proportion de personnes en attente d'hébergement dans les hôpitaux est deux fois plus élevées dans le groupe témoin que dans le SIPA;
 - Il y a une réduction de 10% de la durée des séjours dans les urgences.



Conclusion: sommaire des résultats

- # SIPA donne plus de services à domicile aux personnes âgées qui vivent seules, donc qui sont plus à risque;
- # Les coûts en institution sont plus faibles et ceux en communauté sont plus élevés dans le groupe SIPA;
- # Les coûts totaux, y compris la subvention, sont égaux dans SIPA et le groupe témoin.



Conclusion: des limites

- ✦ **Le projet SIPA s'est déroulé dans le cadre du système actuel sans avoir la masse nécessaire pour en modifier le fonctionnement:**
 - ✦ **Faiblesses inhérentes des systèmes d'information clinique et de gestion;**
 - ✦ **Difficultés d'établir des interrelations suivies avec les hôpitaux et autres institutions;**
 - ✦ **Difficultés d'influencer la pratique médicale:**
 - ✦ **Petit nombre de patients SIPA par médecin.**
 - ✦ **La capitation n'a pas été implantée:**
 - ✦ **Financé les services communautaires au niveau espéré dans le cas d'un financement par capitation.**
 - ✦ **Prise de conscience par les équipes SIPA des conséquences financières de leurs décisions.**

Conclusion: positivement

- ✦ Le SIPA est un projet expérimental majeur d'un système de services intégrés pour personnes âgées fragiles par:
 - ▣ Nombre de personnes recrutées;
 - ▣ L'évaluation multi-dimensionnelle.
- ✦ Démontre la faisabilité, et les difficultés, des devis expérimentaux dans le cadre d'un système de santé public et universel;

Conclusion: positivement

- # Illustre la capacité de collecter les données complexes nécessaires pour l'évaluation, mais aussi les très grandes limites des systèmes d'information du système de santé et de services sociaux du Québec;
- # Établit le potentiel de changement des configurations d'utilisation, avec efficacité, tout en maintenant des services de qualité.

Conclusion: les perspectives

- ✦ **La commission Clair et les orientations ministérielles envers les personnes âgées:**
 - **Des réseaux intégrés pour des populations vulnérables:**
 - Responsabilité de population;
 - Responsabilité clinique et financière pour l'ensemble des services sociaux et de santé;
 - Point d'entrée unique, gestion de cas et équipe multidisciplinaire;
 - Financement selon le nombre de personnes inscrites et selon leurs conditions.
 - **Une réforme des services médicaux de première ligne:**
 - Responsabilité des personnes inscrites;
 - Une équipe de médecins et d'infirmières;
 - Avec des rapports contractuels au CLSC;
 - Financement selon de multiples formules;

COUSCOUS

A SEMOLINA CEREAL

SIPA

MOYEN

كوسكوس متوسط



POIDS NET : 500 g

NETTO GEWICHT

NET WT. - 17 oz (1 lb 1 oz)

INGREDIENTS : HARD DURUM WHEAT SEMOLINA

COMPOSITION : SEMOULE DE BLÉ DUR

ZUTATEN : HARTWEIZENGRIESS

SEMOLATO DI GRAND DURO

PRODUCT OF FRANCE

