

Titre : Évaluation du projet de démonstration SIPA

Chercheur principal : François Béland, Ph.D.

Cochercheurs : Howard Bergman, M.D., Johanne Monette, M.D., M.Sc.

Objectifs/Hypothèse :

Objectifs généraux—Étudier l'incidence de l'intégration d'une gamme complète de services de santé et sociaux sur les modèles d'utilisation et les coûts des services pour une population de personnes âgées fragiles. L'utilisation et les coûts seront analysés pour les secteurs des services médicaux, sociaux, communautaires et institutionnels.

Objectifs spécifiques—L'étude vise à comparer les schémas d'utilisation et de coûts des services de santé et sociaux dans le projet SIPA (Services intégrés pour les personnes âgées) et du système actuel. Le projet permettra : 1. d'examiner la capacité d'un système intégré de modifier les schémas d'utilisation des services de santé et sociaux dispensés par les établissements (salles d'urgence des hôpitaux, hospitalisation de courte durée, centres d'hébergement) et par les services communautaires (soins à domicile, centres de jour, centres de moyen séjour); 2. de comparer les coûts des différents types de soins et services, les coûts globaux, les coûts par personne et le rapport coût-efficacité du SIPA; 3. de déterminer si les changements en matière de schéma d'utilisation ont eu une incidence sur le coût global des services.

Hypothèses—Le SIPA intègre des modèles cliniques, organisationnels et financiers.^{1, 2, 3}

Méthodes :

Modèle et échantillon—Le projet de démonstration SIPA comporte deux sites d'étude dans des CLSC de Montréal⁴ (le CLSC Bordeaux-Cartierville et le CLSC Côte-des-Neiges). Le modèle expérimental adopté a permis de recruter 1 254 personnes âgées fragiles vivant dans la communauté dans ces deux lieux et de les assigner de manière aléatoire au groupe SIPA (intervention) ou de soins habituels (groupes témoins) et de les suivre de manière longitudinale depuis l'entrée en vigueur du projet. On a déterminé que la taille de cet échantillon correspondait au nombre de sujets nécessaire pour vérifier l'hypothèse selon laquelle le SIPA permettrait de réduire la moyenne annuelle de jours d'hospitalisation de 25 %, où $\alpha = 0.05$ et $\beta = 0.90$, un résultat choisi parce qu'il est le plus exigeant en fonction de la taille de l'échantillon. Le recrutement de 200 participants supplémentaires a permis de compenser pour l'attrition de la cohorte et ainsi maintenir le pouvoir des analyses statistiques. Selon les critères d'admissibilité, les participants devaient être âgés de 65 ans et plus, vivre dans la communauté et accepter de participer à l'étude. Les personnes âgées atteintes de déficiences cognitives étaient admissibles seulement si un répondant consentait à leur participation et cosignait leur formulaire de consentement.

Les variables de résultats et leurs sources de données—Les données recueillies permettent de retracer l'utilisation des services communautaires des CLSC (base de données informatisée du SICC), des hôpitaux de soins de courte durée (Med-Echo), des centres d'hébergement et d'autres lieux d'hébergement (base de données d'hébergement de la RRSSM-C), des visites aux salles d'urgence, des services des médecins et des médicaments d'ordonnance (bases de données de la RAMQ) et des services ambulanciers

(base de données d'Urgences-santé). Une revue des dossiers patients a été réalisée dans les principaux CHSGS. Les coûts unitaires pour chaque service seront établis avec précision et appliqués au profil d'utilisation de chaque participant afin de déterminer le coût global des services qu'il a utilisés à chaque phase. *Les variables explicatives et leurs Sources de données*—Les données sur les profils démographiques et socioéconomiques, l'état de santé, les stades du processus de fragilité et les réseaux sociaux et de soutien des participants ont été recueillies au stade de référence ainsi que 12 et 34 mois. Les données sur l'âge, le sexe et le degré d'autonomie seront recueillies par les dispensateurs de soins du CLSC au moment du recrutement.

Analyse—L'analyse initiale consistera à comparer les groupes SIPA et témoins en regard des coûts globaux associés à leur utilisation de la gamme complète de services de santé et sociaux évalués dans le cadre de cette étude. Une moyenne du coût individuel mensuel sera établie de manière à prendre en compte les variations saisonnières. Une comparaison similaire sera effectuée afin d'évaluer les différences d'un groupe à l'autre au chapitre du volume d'utilisation et du coût pour chaque secteur de services de santé pris séparément. Une analyse coûts-avantages formelle sera entreprise afin d'établir l'efficacité économique du modèle SIPA. La perspective adoptée dans cette analyse sera celle d'un système de soins de santé. Des analyses de sensibilité seront effectuées pour vérifier la robustesse d'éventuelles estimations de coût unitaire imprécises.

Résultats visés : Nous prévoyons un virage, des soins institutionnels vers les soins communautaires, en ce qui a trait à l'utilisation et au coût des services. Les coûts globaux par personne pourraient être réduits.

Délai d'exécution/durée de l'étude : Achèvement en décembre 2004.

Lieu de recherche : Centre d'épidémiologie clinique et de recherche en santé publique, Hôpital général juif, Université McGill.

¹ Bergman H, Béland F, Lebel P, Contandriopoulos AP, Tousignant P, Brunelle Y et al. Care for Canada's frail elderly population: fragmentation or integration? CMAJ. 1997; 157:1116-21.

² Bergman H., Béland F, Lebel P, Leibovich E, Contandriopoulos AP, Brunelle Y et al. L'hôpital et le système de service intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie, Ruptures: revue interdisciplinaire en santé, 1997; 4: 311-321.

³ Challis D. Case management in social and health care. Lessons from a United Kingdom program. Journal of Case Management. 1993; 2:79-90.

⁴ Béland F, Bergman H, Lebel P, Lesperance K, Denis J-L, Tousignant P, Contandriopoulos A-P, Boivin J-F, Morales C. L'évaluation d'un système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA). Personnes âgées dépendantes en France et au Québec. Qualité de vie, pratiques et politiques. INSERM, Collection en Santé Publique, Paris. 2001; 237-258.