

Série D : Essais et travaux académiques



Parcours des personnes âgées en perte
d'autonomie repérées à Sherbrooke par le
PRISMA-7

Rapport d'externat en santé
communautaire

Francis Bonenfant, Sylvain Caron, Vincent
Éthier, Frédérique Nadeau-Marcotte, Émilie
Thibault,
externes au Département de santé
communautaire de la Faculté de médecine du
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke,
Université de Sherbrooke

Sous la supervision de Céline Bureau, directrice
du projet clinique, de la santé publique et du
développement des communautés au Centre de
santé et de services sociaux - Institut
universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Mai 2007

Groupe de rédaction :

Francis Bonenfant, Sylvain Caron, Vincent Éthier,
Frédérique Nadeau-Marcotte, Émilie Thibault
*Faculté de médecine, Département de santé
communautaire, Centre hospitalier universitaire de
Sherbrooke, Université de Sherbrooke, Québec, Canada*

Adresse de correspondance :

Céline Bureau

IUGS, Pavillon d'Youville
Local 1210
1036, rue Belvédère Sud
Sherbrooke, QC J1H 4C4
Tél. : (819)821-1170, poste 2321
cbureau.gestionnaire.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca

Pages de présentation pour le CIRE :

Nancy Hamel, agente administrative

Vous pouvez obtenir ce document à l'adresse suivante :

Julie Pouliot, agente administrative
Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Centre d'innovation, de recherche et d'enseignement (CIRE)
500, rue Murray, bureau 100
Sherbrooke (Québec) J1G 2K6
(819) 562-9121, poste 47087
jpouliot.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca

Dépôt légal 2^e trimestre 2007
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISBN 13 : 978-2-922997-46-0 (version imprimée)
ISBN 13 : 978-2-922997-47-7 (version PDF)

© *Centre d'innovation, de recherche et d'enseignement (CIRE)*

Reproduction autorisée à des fins non commerciales à la condition d'en mentionner la source.



Le 11 mai 2007

Chère lectrice, cher lecteur,

Il nous fait plaisir de vous présenter le rapport produit par un groupe d'externes effectuant leur stage en santé communautaire au CSSS-IUGS : Francis Bonenfant, Sylvain Caron, Vincent Éthier, Frédérique Nadeau-Marcotte et Émilie Thibault.

Il nous apparaît important de diffuser les travaux académiques réalisés au CSSS-IUGS de façon à illustrer la contribution des étudiantes et des étudiants au développement de notre établissement. Une telle diffusion permet également de faire bénéficier notre établissement, de même que d'autres milieux, des connaissances et des enseignements issus de ces travaux académiques.

Le travail des étudiants, encadré par Céline Bureau, directrice du projet clinique, de la santé publique et du développement des communautés au CSSS-IUGS, s'inscrit dans une démarche plus large visant l'amélioration continue des services dispensés par le CSSS-IUGS aux personnes âgées en perte d'autonomie. La contribution de ces externes et de leur superviseure, dont rend compte le présent document, a consisté à mieux définir le parcours des personnes âgées en perte d'autonomie repérées à Sherbrooke par le PRISMA-7, un outil permettant d'avoir un aperçu rapide des possibilités de perte d'autonomie chez les personnes âgées.

Nous remercions chaleureusement les externes et leur superviseure pour le travail réalisé au CSSS-IUGS. Nous espérons que ce document vous intéressera.

Bonne lecture!

La directrice de la coordination et des
affaires académiques au CSSS-IUGS

Johanne Archambault
Centre d'innovation, de recherche et
d'enseignement

Résumé

Contexte : Le PRISMA-7, un outil permettant de repérer la perte d'autonomie chez les personnes âgées, est utilisé dans les différents points de services du réseau hospitalier. Nous étudions ici le parcours des sujets ayant obtenu une cote supérieure à trois à ce test, ce qui correspond à une perte d'autonomie modérée à sévère. **Méthode :** Analyse descriptive longitudinale des caractéristiques et du parcours de 275 usagers repérés de 2005 à 2006 à Sherbrooke. **Résultats :** L'âge moyen de l'échantillon est de 83 ± 6 ans avec une répartition de 25% des sujets étant déjà suivis et évalués à domicile par le CLSC, 33% des usagers étant déjà suivi, mais non évalué durant l'année précédant le repérage et 42% n'ayant pas eu de service, ni d'évaluation à domicile du CLSC durant cette même année. Le délai moyen d'attente avant évaluation est de 125 ± 78 jours et n'est pas influencé par le score au PRISMA-7 ($p = 0,98$), ni par le lieu de résidence ($p = 0,98$). **Conclusion :** La majorité des usagers repérés à l'aide du PRISMA-7 sont déjà suivis à domicile par le CLSC. Les intervenants ne peuvent pas se baser sur la cote au PRISMA-7, ni sur le lieu de résidence pour estimer le délai d'attente d'évaluation de leurs patients.

Introduction

L'approche populationnelle implique la prise en compte de l'ensemble des besoins de la population pour planifier stratégiquement l'offre des services de santé. En ce sens, la transition démographique, qui implique une augmentation importante du nombre de personnes âgées et de l'espérance de vie, rend nécessaire l'implantation de nouveaux services de plus en plus adaptés et diversifiés pour les aînés. La complémentarité et la concertation entre ces services est un enjeu important et la mise sur pied du réseau intégré de services pour personnes âgées (RISPA) est vue comme une approche nécessaire. Contrairement à plusieurs modèles d'intégration complète mis en place en Europe et en Amérique du Nord qui fonctionnent en parallèle au système de santé déjà existant¹, le RISPA s'appuie sur la coordination des services déjà en place. Ce niveau d'intégration permet aux organisations du territoire concerné de conserver leur propre structure. Cependant, elles doivent coordonner leurs ressources et leurs opérations. Ainsi, le système intégré est véritablement imbriqué à l'intérieur même du réseau de soins et services du territoire².

Puisque les soins dispensés à la clientèle âgée sont souvent orientés vers des maladies ou des incapacités chroniques, la continuité et l'efficacité des services prennent une importance particulière². L'intégration des services de santé et des services sociaux leur étant destinés implique des intervenants situés à plusieurs niveaux : médecins, infirmières, auxiliaires, travailleurs sociaux, physiothérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, etc. La coordination des différents services est placée sous la responsabilité d'un gestionnaire de cas.

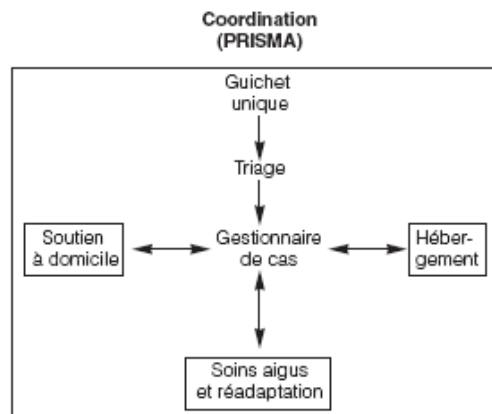


Figure 1. Modèle d'intégration de coordination²

En résumé, et tel que conceptualisé par l'équipe du Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie (PRISMA), le RISPA comprend 6 composantes : la coordination inter-établissements, une porte d'entrée unique, un système de gestion par cas, l'élaboration de plans de services individualisé (PSI), un outil unique d'évaluation couplé à un système de classification des besoins (l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC), qui comprend le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) et ses profils Iso-SMAF) ainsi qu'un système d'information continue (dossiers cliniques informatisés) permettant un accès rapide aux renseignements concernant le patient par tous les intervenants concernés.

Afin d'évaluer l'impact de la mise en place d'un réseau intégré pour une clientèle en perte d'autonomie, le groupe PRISMA a mené une étude quasi-expérimentale sur une période de 3 ans dans la région des Bois-Francs à la fin des années 90. La comparaison d'une région expérimentale (où le système intégré a été mis en place) avec une région témoin (faisant appel aux services de santé traditionnels) a permis de faire des constatations intéressantes. En effet, les résultats ont montré une diminution du désir d'hébergement et une diminution moins importante de l'autonomie fonctionnelle. Une diminution du taux d'hébergement sans augmentation du fardeau chez les aidants a également été observée dans la région expérimentale³.

Cette première étude a motivé l'implantation du RISPA dans 3 territoires de l'Estrie (Granit, Sherbrooke et Coaticook) en 2001 et ses résultats sont mesurés dans le cadre d'une recherche du groupe PRISMA. À Sherbrooke, contrairement aux 2 autres régions, l'organisation pré-existante des services aux personnes âgées était complexe : plusieurs établissements avec directions autonomes, une quinzaine d'organismes communautaires impliqués dans le maintien à domicile des personnes âgées, plusieurs services ou unités de services rattachés aux établissements avec peu ou pas de coordination de l'ensemble⁴. En coordonnant l'ensemble de ces ressources, l'objectif principal de ce projet est de maximiser le maintien à domicile et, par le fait même, de diminuer l'utilisation des services de santé. Tel qu'énoncé par Michel Raïche et ses collaborateurs du PRISMA, les intervenants voulaient « passer d'un mode réactif à un mode plus proactif face à la perte d'autonomie, afin d'éviter de se retrouver constamment en position de pompier face à l'urgence des situations »⁵.

Un des outils développés dans le cadre de ce projet vise à repérer les personnes âgées souffrant d'incapacités modérées à sévères. Ce dernier prend la forme d'un questionnaire comportant 7 questions à répondre par oui/non (PRISMA-7). Son utilisation simple et rapide permet un repérage de masse des personnes âgées en perte d'autonomie, et ce à différents points de services souvent fréquentés par la clientèle visée. Le questionnaire a fait l'objet d'une étude qui en a validé la sensibilité et la spécificité⁵. En Estrie, au cours des dernières années, l'outil a fait son entrée dans différents milieux (CHUS, campagnes de vaccination contre l'influenza, GMF, CRE, organisations de services à domicile). À ce jour, peu de données portent spécifiquement sur ce qui est mis en place suite à un repérage positif et sur le statut (connu du CLSC, suivi à domicile, inconnu du système, etc.) des personnes âgées ciblées par le test. Cette absence de données justifie le présent projet, dont le but est de fournir aux gestionnaires des informations sur les parcours de services (évaluation et intervention) qui font suite à un repérage de perte d'autonomie.

L'étude descriptive longitudinale qui sera présentée ici portera principalement sur le délai entre le repérage et l'évaluation (outil d'évaluation multi-clientèle et profil iso-SMAF) effectuée par l'équipe de l'AEIOR (accueil, évaluation, information, orientation, relance). La possibilité d'un lien entre ce délai et certains critères de priorisation pour l'évaluation (lieu de résidence, cote au PRISMA-7) sera examinée. Le délai sera comptabilisé seulement pour les personnes n'ayant bénéficié d'aucune évaluation à domicile durant la dernière année. Le lieu de repérage et la proportion des différents statuts des clients par rapport au suivi et à l'évaluation à domicile au moment du repérage seront également déterminés.

En second plan, le nombre d'hospitalisations, la durée moyenne de celles-ci, de même que le nombre de consultations à l'urgence seront calculés pour les usagers ne faisant pas partie de la clientèle du soutien à domicile du CLSC au moment du repérage. La possibilité d'un lien entre ces résultats et le score au PRISMA-7 sera aussi examinée. Finalement, les services mis en place suite à l'évaluation seront décrits.

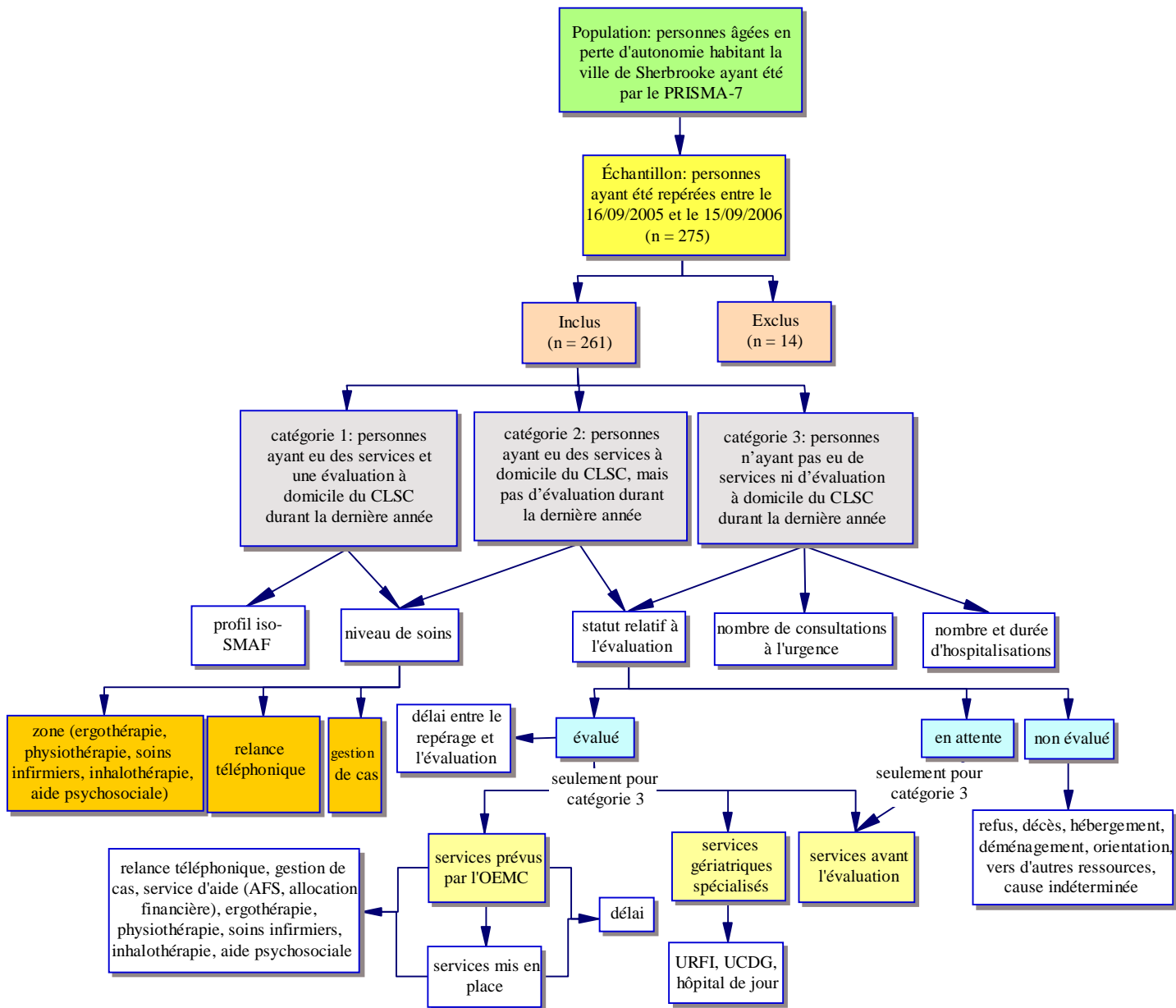
Méthode

La population visée de cette étude descriptive longitudinale correspond aux personnes âgées en perte d'autonomie habitant la ville de Sherbrooke et ayant été repérées par un PRISMA-7 positif, soit un résultat supérieur à trois. L'étude est basée sur un échantillon non probabiliste de convenance, où les usagers étaient repérés entre le 16 septembre 2005 et le 15 septembre 2006. Les contraintes de temps ont forcé l'utilisation des 275 premiers noms répertoriés en ordre alphabétique. Le test a été effectué par les intervenants de quatre voies d'entrée du réseau de la santé, lesquelles sont l'appel téléphonique au CLSC, l'urgence, la clinique externe et la clinique préparatoire à la chirurgie au niveau des hôpitaux Fleurimont et Hôtel-Dieu du Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke (CHUS). Sur les 275 usagers étudiés, 14 ont été exclus de l'étude pour cause de données insuffisantes.

Cet échantillon a été divisé en trois catégories reposant sur la présence ou l'absence de services et d'évaluation d'un intervenant à domicile du CLSC durant l'année précédant le repérage. Cette évaluation est réalisée à l'aide du SMAF et de l'OEMC, soit l'outil d'évaluation multi-clientèle déterminant les services nécessaires au maintien à domicile de la personne âgée. La catégorie 1 correspond aux personnes ayant eu des services et une évaluation par un intervenant à domicile du CLSC durant la dernière année. Les données observées pour celles-ci concernent le niveau de prise en charge durant l'année précédente, soit la relance téléphonique, la gestion de cas ou le service de zone (soins infirmiers, inhalothérapie, physiothérapie, ergothérapie ou aide psychosociale). Le profil iso-SMAF précédant le repérage est aussi examiné, ce dernier indiquant de 1 à 14 le niveau de perte d'autonomie de la personne âgée. Il est déterminé à partir du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)⁶ qui évalue 29 fonctions couvrant les AVQ (activités de la vie quotidienne), la mobilité, les communications, les fonctions mentales et les AVD (activités de la vie domestique).

La catégorie 2 s'intéresse aux personnes ayant eu des services à domicile du CLSC sans évaluation au cours de la dernière année. Les données observées sont le niveau de prise en charge durant l'année précédente et le statut relatif à l'évaluation, à savoir si elle est complétée, en attente ou non faite pour différentes causes : refus,

décès, hébergement, orientation vers d'autres ressources, déménagement ou cause indéterminée. La dernière donnée examinée est le délai entre le repérage et l'évaluation.



La catégorie 3 s'applique aux personnes n'ayant pas eu de services et d'évaluation par un intervenant à domicile du CLSC dans l'année précédant le repérage. Pour ces dernières, les informations recueillies sont : le statut relatif à l'évaluation, le délai entre le repérage et l'évaluation, les services à domicile (CLSC) mis en place avant l'évaluation s'il y a lieu, les services à domicile prévus par l'OEMC et obtenus, i.e. la relance téléphonique, la gestion de cas, les soins infirmiers, la physiothérapie, l'ergothérapie, l'inhalothérapie, le centre de jour, l'aide psychosociale et le service d'aide (allocation financière ou auxiliaire familiale et sociale). Les autres données étudiées sont le délai entre l'évaluation et les services du CLSC, le nombre de consultations à l'urgence et d'hospitalisations dans les quatre mois suivant le repérage ainsi que la durée de ces hospitalisations. Il est à noter que pour un usager ayant consulté à l'urgence et ayant été hospitalisé par la suite, les informations ont été comptabilisées sous les deux rubriques. De plus, ces données n'ont pas été comptabilisées pour les personnes décédées, hébergées, déménagées ou redirigées vers d'autres ressources. Finalement, l'utilisation des services gériatriques spécialisés, soit l'UCDG (unité de courte durée gériatrique), l'URFI (unité de réadaptation fonctionnelle intensive) et l'hôpital de jour, ont été examinés.

Pour chaque personne âgée, le score au PRISMA-7 et la date correspondante ont été fournis par le guichet unique, responsable de la gestion des demandes d'évaluation suite à un PRISMA-7 positif. Le lieu de repérage, les visites à l'urgence et les hospitalisations ont été recueillies grâce à la banque de données informatisées ARIANE du CHUS. En ce qui concerne le lieu de résidence au moment du repérage et le suivi effectué par le CLSC, les données proviennent du système d'information clientèle en CLSC (SIC-CLSC). Il est à noter que, dans la majorité des cas, le lieu de résidence au moment du repérage a été remplacé par le domicile en vigueur en janvier 2007, faute d'informations. Les autres données, soit l'âge, le sexe, les évaluations et les services du CLSC, ont toutes été recueillies grâce aux dossiers papiers des archives du CLSC et au Système informatisé géronto-gériatrique (SIGG) du CSSS-IUGS.

Les analyses effectuées portent sur la relation entre le score au PRISMA-7 (variable indépendante) et quatre autres variables dépendantes, soit le délai d'évaluation, la durée des hospitalisations, le nombre d'hospitalisations et le nombre de

consultations à l'urgence. Également, une analyse sur la relation entre le lieu de résidence (variable indépendante) et le délai d'évaluation (variable dépendante) a été réalisée. Pour ce faire, la normalité de la distribution des variables a été vérifiée à l'aide du test de Kolmogorov-Smirnov. Lorsque celle-ci était respectée, une analyse de variance (ANOVA) a été utilisée, alors que pour les variables se distribuant de façon non gaussienne, le test de Kruskal-Wallis a été employé. Une valeur $p < 0,05$ a été considérée comme significative. Les analyses ont été faites à l'aide du logiciel SPSS version 14.0.

Résultats

En ce qui concerne les caractéristiques de base de l'échantillon ($n = 261$), on retrouve une proportion plus grande de femmes que d'hommes, soit 150 (57%) contre 111 (43%). La moyenne d'âge du groupe ($n = 261$) se situe à 83 ± 6 ans. La majorité des usagers ont été repérés aux urgences du CHUS Hôtel-Dieu, 122 (52%) et du CHUS Fleurimont, 63 (27%). Durant la période de l'étude, 234 personnes ont eu un test de repérage positif, 24 usagers en ont eu deux, tandis que 3 sujets en ont eu 3. Les autres caractéristiques de base relatives à l'échantillon figurent dans le tableau 1.

Tableau 1. Caractéristiques de bases des sujets. *

Caractéristiques		
Âge -- année ($n = 261$)		83 ± 6
Sexe ($n = 261$)	masculin -- nombre (%)	111 (43)
	féminin -- nombre (%)	150 (57)
Suivi par un médecin de famille -- nombre (%) ($n = 235$)		232 (99)
Profil iso-SMAF ($n = 137$)		4,4 ± 2,6
Lieu de repérage ($n = 236$)		Fleurimont n (%) / Bowen n (%)
	Urgence	63 (27) / 122 (52)
	Clinique externe	7 (3,0) / 16 (6,8)
	Clinique préparatoire à la chirurgie	2 (0,8) / 15 (6,4)
	Appel téléphonique -- nombre (%)	11 (4,7)
Cote au PRISMA-7 ($n = 255$)	Cote de 4 -- nombre (%)	97 (38)
	Cote de 5 -- nombre (%)	88 (35)
	Cote de 6 -- nombre (%)	62 (24)
	Cote de 7 -- nombre (%)	8 (3,1)
Catégories [†] ($n = 261$)	Catégorie 1 -- nombre (%)	65 (25)
	niveau de prise en charge	$n = 65$
	aucun	10 (15)
	gestion de cas	10 (15)
	zone	42 (65)
	gestion de cas + zone	2 (3,1)
	relance téléphonique	1 (1,5)
	Catégorie 2 -- nombre (%)	86 (33)
	Catégorie 3 -- nombre (%)	110 (42)

* Les valeurs avec le signe ± sont des moyennes ± écart-type

† Catégorie 1 : personnes ayant eu des services et une évaluation par un intervenant à domicile du CLSC durant la dernière année. Catégorie 2 : personnes ayant eu des services à domicile du CLSC sans évaluation au cours de la dernière année. Catégorie 3 : personnes n'ayant pas eu de services et d'évaluation par un intervenant à domicile du CLSC dans l'année précédant le repérage

Pour ce qui est des objectifs primaires, le délai moyen d'attente d'évaluation par usager ($n = 76$) est de 125 ± 78 jours. En ce qui a trait aux objectifs de déterminer s'il y a une différence entre les délais moyens d'évaluation selon le score au PRISMA-7 et selon le lieu de résidence, ces différences ne sont pas significatives avec des valeurs de $p = 0,98$ dans les deux cas. Pour plus de détails se référer au tableau 2. Au niveau de la

Tableau 2. Parcours des usagers suite au repérage. *

Délai entre le repérage et l'évaluation		Délai moyen (jours)	ANOVA
Ensemble des usagers ($n = 76$)		125 ± 78	
Selon la cote au PRISMA-7 †			$p = 0,98$
	4 ($n = 25$)	128 ± 74	
	5 ($n = 26$)	121 ± 86	
	6 ($n = 22$)	126 ± 77	
	7 ($n = 3$)	127 ± 104	
Selon le lieu de résidence au moment du repérage †			$p = 0,98$
	Domicile ($n = 50$)	126 ± 77	
	Gîte et couvert ($n = 0$)	N/A	
	Résidence avec cafétéria, lavage, ménage et médication ($n = 10$)	128 ± 76	
	Résidence avec cafétéria, lavage, ménage, médication et soins infirmiers ($n=16$)	121 ± 89	
Délai entre l'évaluation et les services ‡			
	Ensemble des services ($n = 19$)	73 ± 67	
	Gestion de cas ($n = 3$)	59 ± 57	
	Zone ($n = 16$)	76 ± 70	

* Les valeurs avec le signe \pm sont des moyennes \pm écart-type

† Ne s'applique qu'aux sujets ayant été évalués suite au repérage (catégorie 2 et 3)

‡ Ne s'applique qu'aux sujets ayant été évalué et ayant eu des services (catégorie 3)

distribution selon les trois types de catégories ($n = 261$), 65 (25%) bénéficiaires appartiennent à la première, laquelle regroupe les personnes ayant eu des services et une évaluation par un intervenant à domicile du CLSC dans l'année précédant le repérage. 86 (33%) usagers figurent dans la deuxième catégorie qui englobe les personnes ayant eu des services à domicile du CLSC sans évaluation au cours de la dernière année. Finalement, la troisième catégorie, qui comprend les usagers n'ayant pas eu de services et d'évaluation par un intervenant à domicile du CLSC dans l'année précédant le repérage, compte 110 (42%) personnes. Pour la répartition des usagers

dans les catégories, se référer au tableau 1. De plus, le statut relatif à l'évaluation pour les catégories 2 et 3 a été détaillé dans le tableau 3.

Tableau 3. Statut par rapport à l'évaluation suite à un repérage positif.

Variables	Catégorie 2	Catégorie 3	Total (2 et 3)
	(n = 86)	(n = 110)	(n = 196)
	nombre de sujets (%)		
Évaluation complétée	32 (37)	46 (42)	78 (40)
En attente d'évaluation	6 (7,0)	19 (17)	25 (13)
Absence d'évaluation due à un refus du sujet	7 (8,1)	31 (28)	38 (19)
Absence d'évaluation due à un hébergement	2 (2,3)	2 (1,8)	4 (2,0)
Absence d'évaluation due à un déménagement	0 (0,0)	1 (0,9)	1 (0,5)
Absence d'évaluation due à un décès	4 (4,7)	3 (2,7)	7 (3,6)
Absence d'évaluation de cause indéterminée	35 (41)	7 (6,4)	42 (21)
Sujet redirigé vers d'autres ressources	0 (0,0)	1 (0,9)	1 (0,5)

Quant aux objectifs secondaires, 68 sujets de la catégorie 3 n'ont eu aucune hospitalisation et 51 n'ont jamais consulté à l'urgence durant les quatre mois suivant le repérage (n = 101). Le nombre moyen d'hospitalisation chez les patients ayant été hospitalisé au moins une fois (n = 33) est de $1,3 \pm 0,7$ fois. La durée moyenne d'hospitalisation chez ces derniers est de $7,2 \pm 5,5$ jours. La moyenne de consultation à l'urgence chez les usagers ayant consulté au moins une fois (n = 50) est de $1,9 \pm 1,4$ fois. Il n'y a aucune différence significative entre le nombre moyen d'hospitalisations selon la cote au PRISMA-7 ($p = 0,26$). Une différence significative a toutefois été observée entre les diverses durées moyennes d'hospitalisation selon la cote au PRISMA-7 ($p = 0,04$). Afin de déterminer entre quels groupes s'applique cette différence, une régression linéaire aurait été nécessaire. D'autre part, le nombre moyen de consultations à l'urgence selon la cote au PRISMA-7 n'a pas révélé de différence significative ($p = 0,31$). Les détails de ces analyses sont présentés dans le tableau 4.

Tableau 4. Visites à l'hôpital chez les sujets de la catégorie 3 selon la cote au PRISMA-7. *

visites à l'hôpital	cote au PRISMA-7	4	5	6	7	test statistique
Nombre moyen de visite à l'urgence (n = 100)		$0,8 \pm 1,2$	$0,7 \pm 1,2$	$1,2 \pm 1,3$	$2,0 \pm 2,0$	$p = 0,31^1$
Nombre moyen d'hospitalisation (n = 100)		$0,4 \pm 0,7$	$1,4 \pm 0,5$	$0,5 \pm 0,6$	$1,7 \pm 2,1$	$p = 0,26^1$
Durée moyenne des hospitalisations -- jours (n = 42)		$6,7 \pm 4,5$	$11,7 \pm 7,8$	$5,9 \pm 3,8$	$4,2 \pm 2,6$	$p = 0,04^2$

* Les valeurs avec le signe \pm sont des moyennes \pm écart-type

† Test de Kruskal-Wallis

‡ Test d'ANOVA

La prise en charge des 46 sujets ayant été évalués a été détaillée. Une gestion de cas était prévue dans le plan de service individualisé pour 16 (35%) d'entre eux. Sur ce nombre, 4 (25%) ont été pris en charge par un gestionnaire de cas jusqu'à maintenant; le délai moyen d'attente ($n = 3$) a été de 59 ± 57 jours. Pour les 32 (70%) bénéficiaires pour lesquels un service de zone était prévu, 16 (50%) ont reçu un service à ce jour avec un délai moyen d'attente ($n = 16$) de 76 ± 70 jours. Le délai moyen d'attente d'évaluation pour l'ensemble des services ($n = 19$) est de 73 ± 67 jours. Pour ce qui est des services gériatriques spécialisés, 8 (17%) usagers ont fréquenté l'hôpital de jour, une (2,2%) personne, l'UCDG et une (2,2%) autre, l'URFI jusqu'en janvier 2007.

Discussion

Notre objectif principal était de calculer le délai moyen entre le repérage de la perte d'autonomie et l'évaluation par l'équipe de l'AEIOR pour tous les usagers. Nous assumions que l'évaluation était la conséquence directe du repérage, ce qui n'était pas nécessairement le cas pour tous les usagers. En effet, dans certains cas, l'évaluation a pu être réalisée suite à une observation d'un intervenant du réseau sans lien avec le repérage. Cela représente un biais qui a pu sous-estimer le délai véritable. De plus, le délai entre le repérage (date réelle, à laquelle nous n'avons pas accès) et la réception de la demande au guichet unique (date utilisée dans l'étude) a pu être suffisamment long pour affecter à la baisse la valeur moyenne du délai. D'autre part, la durée limitée de notre étude fait en sorte que 13% des gens repérés sont présentement en attente d'évaluation. Étant donné que les derniers sujets inclus dans l'étude l'ont été il y a maintenant 4 mois, ce qui correspond au délai moyen présenté ici, nous pouvons supposer que le délai réel (incluant les personnes en attente présentement) est sous-estimé. Il nous est toutefois difficile de juger de l'acceptabilité du délai obtenu étant donné l'absence de base de comparaison et notre manque d'expérience dans ce milieu.

Nous avons ensuite examiné la possibilité d'un lien entre le délai d'évaluation moyen et certains critères. Nous aurions pu nous attendre à ce qu'un score plus élevé au PRISMA-7, qui reflète potentiellement une perte d'autonomie plus importante, se traduise par un délai d'évaluation plus court. L'absence de lien entre la cote et le délai

d'évaluation peut s'expliquer de différentes façons. D'abord, le guichet unique est la seule porte d'entrée pour l'ensemble des clients repérés et la cote au PRISMA-7 ne fait pas partie des critères de priorisation de l'évaluation des usagers. Ensuite, le PRISMA-7 a été conçu et validé pour dépister la perte d'autonomie modérée à sévère en utilisant un seuil précis (résultat ≥ 4) et non pour déterminer la sévérité de la perte d'autonomie.

Nous aurions également pu nous attendre à ce que le lieu de résidence au moment du repérage influence le délai d'évaluation. Nous supposons qu'une personne vivant à domicile, sans aucun service, serait évaluée plus rapidement qu'une personne vivant dans une résidence offrant de multiples services. L'accès difficile aux données requises pour déterminer le lieu de domicile des usagers au moment du repérage a pu introduire un biais en surestimant le nombre de personnes habitant en résidence avec services. En effet, nous n'avons souvent accès qu'à l'adresse actuelle des usagers. Un lien entre le lieu de résidence et le délai d'évaluation ne peut donc être totalement exclus.

Un autre objectif principal était de dresser le portrait de la clientèle étudiée en les regroupant sous différentes catégories. La catégorie 3 comprend les personnes n'ayant eu aucun service ou évaluation à domicile au cours de l'année précédant le repérage et inclut le plus grand nombre d'usagers (42%). Ce résultat montre la pertinence du questionnaire : sans le dépistage à l'aide du PRISMA-7, cette clientèle en perte d'autonomie n'aurait pas été prise en charge. Nous pensons que la proportion d'usagers dans cette catégorie aurait pu être encore plus élevée. En effet, nous n'avons pas tenu compte du type de service à domicile fourni. Il est donc probable que certains usagers suivis à domicile mais non évalués dans la dernière année (catégorie 2) étaient suivis pour autre chose qu'une perte d'autonomie. Nous aurions pu considérer cette clientèle comme non prise en charge pour perte d'autonomie (ex. : patient suivi depuis plusieurs mois pour INR à domicile). Toutefois, nous avons considéré que la présence sur le terrain d'intervenants du service à domicile pouvant constater les besoins nécessaires et demander les services appropriés pouvait justifier l'absence d'évaluation formelle pour cette clientèle et l'inclusion de ces sujets dans la catégorie 2.

Une proportion importante des gens inclus dans la catégorie 3 a refusé l'évaluation (28%). Parmi les raisons invoquées, mis à part le refus de l'utilisateur lui-même en raison de sa perception d'une autonomie suffisante, une raison fréquente était la présence d'un réseau de support familial et des proches. Une proportion de refus aussi élevée n'était pas attendue, d'autant plus que nous supposons que ces sujets faisaient partie de ceux qui auraient bénéficié le plus d'une évaluation complète et d'une prise en charge appropriée.

Les usagers regroupés dans la catégorie 1 (usagers suivis à domicile et évalués dans la dernière année) forment le quart des personnes étudiées alors qu'un repérage n'était pas nécessaire dans leur cas. En effet, les intervenants des lieux de repérage ne vérifient pas si le patient utilisait des services à domicile avant d'administrer le questionnaire PRISMA-7.

Le lieu de repérage est une autre caractéristique de l'échantillon que nous avons étudiée. Son identification a été réalisée à l'aide de 2 banques informatisées. La banque de données SIC-CLSC constituait une source fiable, mais parfois incomplète pour recueillir cette information. La seconde source, la banque de donnée du CHUS (ARIANE), ne nous permettait pas toujours de trouver une date d'utilisation de services médicaux correspondant à la date du repérage fournie par le guichet unique. Le lieu de repérage a été compilé le plus fidèlement possible compte tenu des ressources disponibles.

Pour les usagers faisant partie de la catégorie 3, nous avons observé spécifiquement le nombre de visites à l'hôpital (hospitalisations et consultations à l'urgence) à l'intérieur d'une période de 4 mois suivant le repérage. Une période de 4 mois a été choisie afin de permettre à l'ensemble des usagers d'être observés durant une période équivalente. Cette mesure visait à refléter le degré d'instabilité des usagers. Il faut toutefois tenir compte du fait que les hospitalisations et visites à l'urgence ont été comptabilisées sans égard à la raison de consultation. Ainsi, une chirurgie élective nécessitant un séjour hospitalier a été comptée au même titre qu'une hospitalisation survenant dans un contexte de décompensation aiguë.

Un de nos objectifs secondaires concernait l'utilisation des services hospitaliers. En reliant la durée moyenne d'hospitalisation avec la cote au PRISMA-7, nous pouvons affirmer qu'il y a une différence statistiquement significative entre certains groupes. Toutefois, une durée d'hospitalisation plus importante ne semble pas être reliée à un score plus élevé au questionnaire. Notons que la durée moyenne du groupe ayant un score de 5 semble se démarquer. En s'attardant spécifiquement aux données de ce groupe, nous avons constaté que 2 patients avaient été hospitalisés pour une durée largement supérieure aux autres, ce qui pourrait suffire à expliquer la différence statistiquement significative observée. De plus, l'analyse du nombre de consultations à l'urgence et d'hospitalisations ne montre pas de différences selon la cote au PRISMA-7. Cette cote n'étant pas le reflet direct de la sévérité de la perte d'autonomie, et la perte d'autonomie n'étant pas directement reliée à l'état de santé global de la personne, il est difficile d'inférer sur ces résultats.

Un autre objectif secondaire consistait à établir le parcours des services mis en place suite à l'évaluation. Il aurait été intéressant de présenter des données sur les services spécifiques utilisés (ex : physiothérapie, centre de jour, service psychosocial, etc.), mais le nombre de sujets ayant reçu ces services était insuffisant pour représenter fidèlement la situation réelle dans la population (n=19). Nous avons donc regroupé ces usagers en fonction du niveau de prise en charge (tableau 2), la gestion de cas représentant une intensité de suivi supérieure aux services à domicile de base (zone).

Nous avons identifié quelques biais pouvant affecter la validité interne de l'étude. Tout d'abord, le fait que 5 observateurs aient participé à différents aspects de la collecte de données, chacun avec sa propre méthode de travail, a nui à la standardisation de la compilation des informations. Toutefois, de nombreuses réunions entre les observateurs suivies de plusieurs révisions de la banque de donnée assurent un certain niveau de fiabilité des données. Ensuite, les informations de base (usagers, cote et date du PRISMA-7) fournies par le guichet unique n'ont pu être contrôlées et ont été utilisées telles quelles. Pour les résultats ayant nécessité une analyse statistique, aucun calcul de taille d'échantillon n'a été effectué. Il est donc impossible de statuer sur la puissance de notre étude à détecter une différence significative entre les groupes. Mentionnons cependant que nous n'avons aucun contrôle sur cet aspect. De plus, les contraintes de temps très importantes imposées pour ce projet nous ont obligé à restreindre le nombre

de sujets inclus dans l'étude. Finalement, les limites du système informatique géronto-gériatrique (SIGG) et le fait que les divers intervenants du réseau ne l'utilisent pas tous de façon rigoureuse affectent aussi la fiabilité des résultats.

Nous avons identifié plusieurs recommandations générales afin d'assurer une meilleure adaptation des parcours aux usagers. Premièrement, nous ne pensons pas que la duplication du repérage au PRISMA-7 doive être vue comme un problème, étant donné la rapidité et la simplicité d'administration du questionnaire. À l'opposé, l'implantation du SIGG dans tous les lieux de repérage et la formation du personnel à son utilisation, dans le but de déterminer le statut préalable de l'utilisateur, ne nous semble pas représenter une approche alternative intéressante. Ensuite, nous considérons qu'il serait important d'établir un mode de fonctionnement qui assure une répétition périodique de l'évaluation multi-clientèle (ex. : évaluation annuelle). Cette façon de procéder mènerait à l'élimination de la catégorie 2, à savoir les usagers suivis à domicile mais n'ayant pas eu d'évaluation dans l'année précédent le repérage. Cela nous permettrait de diminuer le nombre de sujets qui se retrouvent sans évaluation pour une raison indéterminée. Cette situation, observée chez une proportion importante des usagers de notre étude (21%), est difficilement explicable et nous laisse croire que l'ensemble des informations n'est pas toujours accessible.

Conclusion

L'implantation d'un réseau intégré (RISPA) sur le territoire estrien a pour but de coordonner l'ensemble des ressources déjà existantes pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Dans ce contexte, le questionnaire PRISMA-7 a été développé afin de repérer les usagers en perte d'autonomie modérée à sévère. L'étude descriptive longitudinale présentée ici visait à préciser le parcours de cette clientèle. Nos résultats nous permettent d'affirmer que les intervenants ne peuvent pas se baser sur la cote au PRISMA-7, ni sur le lieu de résidence pour estimer le délai d'attente d'évaluation de leurs patients. Le délai moyen d'évaluation est d'environ 4 mois. De plus, la majorité des usagers repérés à l'aide du PRISMA-7 sont déjà suivis à domicile par le CLSC. La faible validité interne de cette étude limite toutefois la portée des résultats. Le fait que d'autres études démontrent des résultats intéressants en ce qui concerne l'implantation de

réseau intégré encourage la poursuite de projets de ce type et leur application à d'autres domaines de la santé (déficience intellectuelle, santé mentale, etc.)¹.

Remerciements

Céline Bureau, pour avoir su guider notre cheminement à travers ce projet

Marilène Lessard, pour son accueil chaleureux et son soutien continu

Marie-France Beauregard, pour nous avoir dépanné rapidement à plusieurs reprises

Aboubacar Cisse, pour les analyses statistiques

Carole Tardif et Sylvie Bolduc, pour leur aide concernant les lieux de résidence

France Thibault et le personnel des archives du CLSC

Références

1. **Hébert R**, Introduction. In : Hébert R, Tourigny A, Gagnon M, ed. *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*. Québec: Edisem; 2004:1-8.
2. **Hébert R, Durand PJ, Dubuc N, Tourigny A**. PRISMA: a new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada. *Int J Integr Care*. 2003; 3:e08 [Epub 18 mars 2003].
3. **Tourigny A, Durand PJ, Bonin L, Hébert R, Rochette L**. Évaluation de l'efficacité d'un réseau de services intégrés pour les personnes âgées vulnérables. *Can J Aging*. 2004; 23(3):231-245.
4. **Veil A, Hébert R**. Résultats intérimaires de l'implantation de mécanismes et outils d'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie dans trois territoires de l'Estrie (Québec). In : Hébert R, Tourigny A, Gagnon M, ed. *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*. Québec: Edisem; 2004:79-124.
5. **Raïche M, Hébert R, Dubois MF, Bolduc J, Grégoire M, Bureau C, Veil A**. Le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave avec le questionnaire PRISMA-7 : développement, implantation et utilisation. *Soumis pour publication*.
6. **Hébert R., Guilbault, J., Desrosiers, J. et Dubuc, N**. The functional autonomy measurement system (SMAF) : A clinical-based instrument for measuring disabilities and handicaps in older people, *Geriatrics Today*, septembre 2001, 141-147.

À PROPOS DU DOCUMENT ...

L'implantation d'un réseau intégré (RISPA) sur le territoire estrien a pour but de coordonner l'ensemble des ressources déjà existantes pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Dans ce contexte, le questionnaire PRISMA-7 a été développé afin de repérer les usagers en perte d'autonomie modérée à sévère. L'étude descriptive longitudinale présentée dans ce rapport vise à préciser le parcours de cette clientèle. Les résultats obtenus permettent d'affirmer que les intervenants ne peuvent pas se baser sur la cote au PRISMA-7, ni sur le lieu de résidence pour estimer le délai d'attente d'évaluation de leurs patients.

À PROPOS DES AUTEURS...

Francis Bonenfant, Sylvain Caron, Vincent Éthier, Frédérique Nadeau-Marcotte et Émilie Thibault ont complété leur externat en santé communautaire au Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS). Le groupe était sous la supervision de Céline Bureau, directrice du projet clinique, de la santé publique et du développement des communautés du CSSS-IUGS. Ils poursuivent actuellement leurs études à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke afin d'obtenir leur doctorat en médecine de famille.

À PROPOS DU CIRE...

La composante CLSC du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke a créé une direction au sein de l'établissement afin de soutenir et coordonner la mission d'enseignement et de recherche puis de favoriser l'innovation clinique, pédagogique, scientifique et en transfert de connaissances. Cette direction porte le nom de « Centre d'innovation, de recherche et d'enseignement » (CIRE). À cette direction, s'est ajoutée en 2002, une direction scientifique de la recherche qui relève de la direction générale, mais collabore au quotidien avec le CIRE. Le rôle de cette direction est d'assurer un leadership scientifique au niveau du développement de la recherche.

La mission du CIRE est conçue pour favoriser des interactions continues entre quatre domaines d'intervention : 1) le soutien aux programmes et à l'innovation clinique; 2) l'enseignement; 3) la recherche et 4) la diffusion scientifique et le transfert des connaissances. Ces quatre domaines sont envisagés comme des moyens de soutenir l'amélioration de la qualité des services et le développement continu du personnel.