



L'évaluation de la qualité des soins et services

Projet de démonstration SIPA

Évaluation de la Phase 1, juin 1999 à mai 2000

Paule Lebel, MD, MSc

En collaboration avec les chercheurs

Francine Ducharme, PhD, François Béland, PhD, Howard Bergman, MD

Avec le soutien des professionnels de recherche

Claude Richard, MA et Denis Roberge, MA

Groupe de recherche des Universités de Montréal et McGill

sur les services intégrés aux personnes âgées

Équipe de recherche SOLIDAGE des Instituts de recherche en santé du Canada

Projet subventionné par

le Fonds d'adaptation des services de santé, Santé Canada

Août 2002

TABLE DES MATIÈRES

1. Objectifs et méthodologie de l'évaluation de la qualité des soins.....	6
1.1 Les objectifs de l'évaluation de la qualité.....	6
1.2 Les critères de qualité.....	7
1.3 Les sources de données et les instruments de mesure	8
1.3.1 Les questionnaires fermés aux groupes SIPA et Témoin	8
1.3.2 Les études de cas de vingt sujets SIPA	9
1.3.3 Le suivi de conditions sentinelles des groupes SIPA et Témoin	9
2. Résultats de l'évaluation de la qualité des soins.....	10
2.1 La satisfaction et la qualité perçue des services par les personnes âgées et les personnes de soutien	10
2.1.1 Les personnes âgées	10
2.1.2 Les personnes de soutien	11
2.2 Les études de cas.....	14
2.2.1 Les caractéristiques socio-sanitaires des vingt personnes âgées étudiées et le profil des personnes interviewées	14
a) Les caractéristiques socio-sanitaires des personnes âgées	14
b) Le profil des personnes interviewées	15
2.2.2 Les innovations SIPA selon les professionnels interviewés.....	16
a) Le travail en équipe interdisciplinaire	16
b) Les différents aspects du suivi et de la gestion du risque.....	16
c) Autres thèmes.....	17
2.2.3 Les satisfactions et les insatisfactions des personnes âgées et des personnes de soutien.....	17
a) Les satisfactions	17
b) Les insatisfactions	19
2.2.4 La prise en charge interdisciplinaire des problèmes de santé.....	20
a) Les plans d'intervention interdisciplinaires	20
b) Les protocoles interdisciplinaires.....	21
c) Les interventions cliniques spécifiques.....	22
d) La mobilisation des personnes âgées et des personnes de soutien	23
e) Les situations cliniques dont la prise en charge est problématique	24

2.2.5	La coordination des services par les gestionnaires de cas lors d'incidents critiques	26
	a) Les visites à la salle d'urgence et les hospitalisations	26
	b) Le service de garde SIPA	27
	c) Les services de répit et les résidences privées	28
	d) L'hébergement	28
2.2.6	La participation des médecins	30
	a) Les médecins omnipraticiens SIPA	30
	b) Le médecin consultant gériatre SIPA	31
	c) Les médecins psychiatres	31
	d) Les médecins omnipraticiens de la communauté	32
3.	<i>Conclusions</i>	34
3.1	Ensemble des résultats	34
3.2	Conformité aux critères de qualité des soins et des services	36
4.	<i>Recommandations</i>	37
4.1	La clientèle âgée vulnérable admissible au SIPA	37
4.2	Les soins et les services cliniques	37
4.3	La participation des médecins	38
4.4	L'appréciation de la qualité	39
4.5	Le développement professionnel et la supervision clinique	39

1. Objectifs et méthodologie de l'évaluation de la qualité des soins

1.1 Les objectifs de l'évaluation de la qualité

Le Groupe de recherche des Universités de Montréal et McGill sur les services intégrés aux personnes âgées a développé de 1995 à 1997 un modèle de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA) (Bergman, Béland, Lebel et al, 1997). L'objectif fondamental du SIPA est de répondre le plus adéquatement possible aux besoins des personnes âgées avec incapacité, maintenir et promouvoir leur autonomie dans le respect de leur dignité en tenant compte de leur choix et en favorisant l'utilisation optimale des ressources communautaires, hospitalières et institutionnelles.

Le projet de démonstration SIPA, dont la première phase s'est étalée entre juin 1999 et mai 2000, a permis d'implanter les éléments essentiels du modèle clinique SIPA suivants :

- La responsabilité clinique et la prestation d'une combinaison complexe de services sociaux et de santé quel que soit le lieu de dispensation;
- La collaboration et la coordination médicales et sociales;
- L'intégration des interventions médicales et sociales;
- La gestion de cas et le travail en équipe interdisciplinaire;
- L'implantation d'un ensemble d'interventions cliniques qui favorisent l'intégration, la coordination et la continuité des soins par :
- L'application de protocoles des soins;
- Le développement de partenariat avec les médecins et les établissements ;
- Un système de garde 24 heures par jour et 7 jours par semaine;
- L'intensification des interventions communautaires.

Le projet de démonstration a été évalué sur cinq dimensions : l'organisation des services; la qualité des services; la santé des personnes âgées et des personnes de soutien; l'utilisation des services; les coûts des services.

En ce qui concerne la qualité des soins et des services, les effets attendus étaient 1) une qualité des soins égale ou supérieure à celle des services réguliers, disponibles dans le réseau des services sociaux et de santé; 2) une augmentation de la satisfaction des personnes âgées et des personnes de soutien envers les services.

L'ensemble des résultats de l'évaluation a déjà été diffusé dans le Rapport de recherche « Projet de démonstration SIPA. Évaluation de la phase I, juin 1999 à mai 2000. Béland, Bergman, Lebel et al, Groupe de recherche Universités de Montréal et McGill sur les services intégrés aux personnes âgées, Montréal, mai 2001 ». Le présent rapport a pour objet de fournir les résultats détaillés de l'évaluation de la qualité des soins et des services pour la phase I du projet.

1.2 Les critères de qualité

L'évaluation de la qualité des soins et des services du SIPA repose sur la réponse à neuf critères de qualité élaborés à partir des principes cliniques fondamentaux du SIPA :

La globalité et la justesse des interventions : interventions appropriées et proportionnées des professionnels et des établissements, tenant compte des attitudes et des capacités de la personne âgée et de ses proches, afin de répondre à l'ensemble des besoins de la personne âgée, éviter des hospitalisations et des hébergements non justifiés et prévenir l'épuisement des proches.

Le sentiment de sécurité chez les personnes âgées et leurs proches : toute expression de sécurité ou d'insécurité ressentie par la personne âgée et ses proches relativement à leurs besoins et aux ressources requises de toute provenance autant en situation d'urgence que dans leur quotidien.

L'accessibilité et la continuité des soins et des services de toutes sources professionnelles : disponibilité des services requis et absence d'interruption dans leur prestation; le gestionnaire de cas doit être bien identifié et facile à rejoindre par la personne âgée et sa personne de soutien; chaque personne âgée devra avoir accès à un médecin de famille de première ligne; même chose pour les autres intervenants requis.

La rapidité des soins et des services de toutes sources professionnelles : accès aux soins et services dans des délais acceptables.

La planification et la coordination des interventions : maintien d'une cohésion entre les intervenants et d'une cohérence entre les séquences successives d'interventions de différentes sources professionnelles afin d'intervenir selon les objectifs arrêtés, au bon moment, dans le bon ordre, sans redoublements et sans approches contradictoires; ceci inclut l'établissement d'approches concertées par des plans d'intervention interdisciplinaires (PII) et des plans de services inter-établissements (PSI).

La circulation d'information : disponibilité de l'information, moyens et circuits de communication de l'information.

Les relations interpersonnelles : qualité des relations interpersonnelles : empathie, écoute, respect, délicatesse, prévenance, générosité, etc.

La mobilisation de la personne âgée et de ses proches : participation (attitude / appropriation et comportement/engagement) de la personne âgée et de ses proches aux prises de décision et à l'organisation et la prestation des soins et des services; démarche de responsabilisation de la personne âgée et de ses proches par de l'information, de l'éducation, de la consultation ou de l'encouragement de la part des professionnels.

Les rôles et les responsabilités des intervenants professionnels impliqués : clarté et exercice des rôles professionnels (gestionnaire de cas, médecin de première ligne et autres intervenants).

1.3 Les sources de données et les instruments de mesure

Trois sources de données quantitatives et qualitatives ont été utilisées pour l'évaluation de la qualité des soins : des questionnaires fermés, des études de cas à partir d'entrevues et d'analyse de dossiers cliniques et le suivi de conditions sentinelles à partir de fichiers clinico-administratifs.

1.3.1 Les questionnaires fermés aux groupes SIPA et Témoin

Les personnes âgées sans troubles cognitifs des groupes expérimentaux et témoins ont répondu à un questionnaire pré-testé de 19 énoncés qui incluait le CSQ-8 (Client Satisfaction Questionnaire; Larsen, 1979; Attkisson, 1982), aux temps 0 et un an après le début du SIPA. Le questionnaire mesurait la qualité perçue des services, l'adéquation des services aux besoins et aux préférences, l'efficacité perçue, la satisfaction générale, l'accessibilité aux services, à un intervenant du CLSC (MAD ou SIPA) et au médecin.

Les personnes de soutien ont répondu à un questionnaire de même format que celui des personnes âgées sur les services qu'elles reçoivent dans leur rôle de personnes de soutien. Ce questionnaire de 26 énoncés, en plus de comprendre le CSQ-8 modifié, identifiait entre autres la nature et la provenance des services qu'elles avaient reçus et la réponse à leurs besoins.

1.3.2 Les études de cas de vingt sujets SIPA

Seuls les services innovateurs offerts aux personnes admises au SIPA ont fait l'objet d'un examen dans l'étude des histoires de cas de vingt personnes âgées. Ces histoires de prise en charge ont été sélectionnées en consultation avec les gestionnaires de cas. Elles ont été reconstituées par une lecture des dossiers cliniques du SIPA à l'aide d'une grille de collecte de données et par les témoignages et opinions de la personne âgée, de la personne de soutien, du gestionnaire de cas, du médecin traitant et d'autres intervenants de l'équipe interdisciplinaire.

Un certain nombre de dossiers ont été soumis à un comité d'experts cliniciens avec une longue expérience dans le domaine de la gériatrie et des services aux personnes âgées afin de porter un jugement sur la qualité technique des actes professionnels, à partir de critères explicites et implicites. Le comité d'experts regroupait un médecin chercheur, enseignant, spécialiste en santé communautaire; deux gériatres cliniciens, chercheurs et enseignants; deux médecins de famille enseignants avec des expériences diverses (soins à domicile, cabinet privé, hôpital de jour, hospitalisation, Unité de médecine familiale (UMF)); deux infirmières dont l'une est enseignante et chercheuse en soins aux personnes âgées et l'autre est responsable régionale du projet SIPA et a été responsable d'un programme de maintien à domicile de CLSC pendant de nombreuses années.

1.3.3 Le suivi de conditions sentinelles des groupes SIPA et Témoin

Des conditions sentinelles, ou cas traceurs, ont été utilisées pour compléter l'appréciation de la qualité des soins dans les groupes SIPA et Témoin et s'assurer que le SIPA n'engendrait pas d'effets néfastes comparativement aux services habituels : taux de mortalité; taux de vaccination contre l'influenza et le pneumocoque; taux d'hospitalisation pour fracture de hanche, taux de réadmission hospitalière dans les trente jours suivant le congé hospitalier. Les données étaient tirées de fichiers clinico-administratifs et de questionnaires. Aucune différence significative n'a été notée entre les deux groupes pour les trois premiers indicateurs. Par ailleurs, l'analyse pour la réadmission hospitalière n'est pas complétée. Les résultats détaillés du suivi des conditions sentinelles ne sont pas présentés dans le présent rapport.

2. Résultats de l'évaluation de la qualité des soins

2.1 La satisfaction et la qualité perçue des services par les personnes âgées et les personnes de soutien

La satisfaction perçue des services a été mesurée principalement par le CSQ-8. Cette échelle comprend huit énoncés sur la satisfaction. Des énoncés demandent aux répondants de se prononcer sur la réponse des services à leur besoin, sur la quantité d'aide reçue, sur le désir de redemander les mêmes services, etc. Les répondants expriment leur opinion sur quatre catégories de réponse. Ces choix sont additionnés pour donner un score qui varie de 8 (peu satisfait) à 32 (très satisfait).

Selon une allocation au hasard des sujets au groupe SIPA ou au groupe Témoin recevant les services de santé habituels, 554 personnes âgées sans troubles cognitifs ont été interviewées au début du projet et un an plus tard (n= 299 groupe SIPA; n=255 groupe Témoin). Par ailleurs, 601 personnes de soutien ont été également interviewées à un an (n= 312 groupe SIPA; n=289 groupe Témoin). Ces personnes de soutien prennent charge de personnes âgées qui sont lucides ou qui souffrent de troubles cognitifs.

2.1.1 Les personnes âgées

Les scores sur le CSQ-8 des personnes âgées des deux groupes au temps 0 et au temps 1 varient de 25,0 à 26,5 sur 32. Le groupe témoin ne montre pas de variation de satisfaction entre T0 et T1, tandis que le groupe SIPA voit augmenter de façon significative ($p < 0,05$) sa satisfaction de 1,5 point (tableau 1). Le score de 26,5 sur 32 du groupe SIPA au temps 1 se compare favorablement au score obtenu dans l'étude étalon de Nguyen et Attkisson (1983) auprès de clientèles (n=3120) de 21 centres communautaires américains de santé mentale (score de 27,1). Selon d'autres études, les scores varient entre 24,0 et 27,5.

La réponse aux différents items du questionnaire ne démontre pas de différence significative entre les groupes SIPA et Témoin mais se révèle intéressante. Ainsi, notons qu'à un an les personnes âgées (groupes SIPA et Témoin) n'ont pas pleine réponse à leurs besoins tels que le révèlent les pourcentages des personnes âgées satisfaites :

- services désirés reçus (82%, 81%) ;
- réponse aux besoins (81%, 78%) ;
- quantité d'aide reçue (85%, 80%) .

Par contre, elles disent avoir reçu de l'aide pour faire face à leurs problèmes dans une proportion plus importante (92%, 88%). Également les soins et les services peuvent encore être améliorés quant à leur accessibilité comme en témoignent ces pourcentages de personnes satisfaites pour le groupe SIPA et Témoin :

- facilité d'obtenir des services (82%, 82%) ;
- délai acceptable pour recevoir services (85%, 88%).

Un suivi médical régulier est assuré dans les deux groupes par un médecin généraliste dans la très grande majorité des cas (90%, 87%). Encore une fois, l'accessibilité à ces services pourrait être améliorée :

- facilité d'accès à un médecin (81%, 76%) ;
- rapidité d'accès à un rendez-vous avec ce médecin (80%, 84%).

Le pourcentage de personnes âgées suivies régulièrement à domicile par un médecin montre une progression intéressante entre 0 et 1 an pour le groupe SIPA, passant de 23% à 39%, soit une augmentation de 16% ; dans le groupe de Témoin, cette augmentation n'est que de 3%, le pourcentage passant de 28% à 31%.

Une bonne proportion des personnes âgées des groupes SIPA et Témoin identifient un professionnel du CSLC pour obtenir de l'aide en cas de besoin (77%, 71%) et le considèrent facilement accessible en cas d'urgence (73%, 60%).

2.1.2 Les personnes de soutien

À un an, les personnes de soutien ont des scores de satisfaction à peu près équivalents à ceux des personnes âgées. Les personnes de soutien du groupe SIPA, quant aux services qu'elles reçoivent pour elles-mêmes, expriment une satisfaction plus élevée comparativement au groupe témoin, comme en témoigne le score au CSQ-8 (26,8 versus 24,7 ; $p < 0,05$) (tableau 1).

Pour certains items du CSQ-8 ou de l'ensemble du questionnaire, le pourcentage des personnes âgées satisfaites du groupe SIPA se distinguent significativement ($p < 0,05$) du groupe Témoin :

- satisfaction globale (85%, 77%)
- réponse aux besoins (77%, 65%),
- qualité des services reçus (87%, 75%)
- recommandation des services à un ami (94%, 88%)

- utilisation des mêmes services au besoin (94%, 89%)
- services ont aidé à mieux faire face à leurs problèmes (91%, 84%)
- facilité d'obtenir ces services (83%, 79%)
- délai acceptable pour recevoir le service (93%, 85%)
- professionnel du CSLC identifié en cas de besoin (90%, 79%)
- professionnel du CLSC accessible en cas d'urgence (76%, 69%).

Par ailleurs, des différences non statistiquement significatives sont identifiables pour les services désirés reçus (80%, 72%) et la quantité d'aide reçue (84%, 74%).

À un an, les personnes de soutien ont reçu des services d'aide, quelle que soit la source (CSLC, autres organismes du réseau, services communautaires ou privés), dans les proportions suivantes pour le groupe SIPA et le groupe Témoin :

- information et conseils (55%, 46%, $p < 0,05$)
- soins (49% , 46%)
- répit (32%, 29%)
- AVD (30%, 19%, $p < 0,05$)
- soutien émotif (19%, 15%).

Dans les deux groupes, la principale source d'aide pour ces services provient du CLSC (MAD ou SIPA) sauf pour les AVD où la distribution est différente pour le groupe SIPA et le groupe Témoin ($p < 0,05$), les personnes du groupe SIPA recevant davantage ces services du CLSC (70% ,48%) et moins des organismes communautaires ou privés (28%, 50%).

Par ailleurs, 20 à 55% des personnes de soutien, qu'elles aient reçu ou non des services d'aide, rapportent des besoins non comblés dans les deux groupes pour les différentes formes d'aide, en particulier le répit.

Tableau 1 Qualité perçue des soins chez les personnes admises et les personnes de soutien

Les personnes admises :

Mesure	N(T0)	N(T1)	Fourchette	Témoin T0 (\$)	Témoin T1 (\$)	SIPA T0 (\$)	SIPA T1 (\$)	$P < 0,05$
Qualité des soins	814	552	8-32	25,3	25,9	25,0	26,5	Oui

Les personnes de soutien :

Qualité des soins	nd	390	8-32	nd	24,7	nd	26,8	Oui
-------------------	----	-----	------	----	------	----	------	-----

2.2 Les études de cas

L'objectif des études de cas est d'analyser en profondeur les processus de soins cliniques spécifiques novateurs au modèle SIPA. Il fallait savoir : 1) dans quelle mesure les éléments innovateurs du modèle clinique SIPA pouvaient être implantés; et 2) comment assurer une appréciation continue de la qualité des soins et services SIPA en dégagant des leçons sur les réussites et les difficultés d'application du modèle SIPA.

Les pratiques cliniques spécifiques à SIPA retenues pour étude devaient permettre à la personne âgée et à la personne de soutien de recevoir une réponse à leur besoin que le système actuel ne peut habituellement fournir. Les personnes interrogées (personnes âgées, personnes de soutien, intervenants des équipes SIPA et médecins traitants) devaient, lors des entrevues, mettre en évidence les changements qu'apportait le SIPA par rapport à la pratique de soins et de services dispensés par les services habituels.

2.2.1 Les caractéristiques socio-sanitaires des vingt personnes âgées étudiées et le profil des personnes interviewées

a) Les caractéristiques socio-sanitaires des personnes âgées

Vingt cas ont été sélectionnés au cours de la période d'expérimentation. Les entrevues se sont étalées entre janvier et septembre 2000. Les personnes avaient été admises au SIPA depuis 4 à 15 mois. L'étude des cas s'étend donc légèrement au-delà de la période d'expérimentation de la phase I. Il est à noter une nette progression de la qualité de la prise en charge de la clientèle SIPA à mesure que les mois passaient et que les intervenants des équipes SIPA prenaient de l'expérience et s'approprièrent le modèle clinique.

Les femmes constituent les trois quarts des cas observés, l'âge moyen est de 82 ans (70 à 100 ans). Douze personnes sont veuves, dix vivent seules, huit cohabitent avec un membre de leur famille, le quart ont des revenus limités. Seize personnes âgées ont une personne de soutien. La provenance des deux sites, la langue parlée, la religion et l'appartenance culturelle des personnes âgées sont bien représentées par les vingt cas.

Les vingt sujets sélectionnés pour les études de cas présentent un profil de santé et d'utilisation de services plutôt lourd par rapport à l'ensemble du groupe SIPA. Ce profil permet d'étudier un riche éventail d'événements cliniques et d'analyser des situations complexes :

- la prévalence des maladies chroniques (nombre moyen de maladies ou syndromes gériatriques/personne = 11);

- la présence de troubles cognitifs parmi 25% des personnes;
- un score moyen de -27 au SMAF (Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle); le score varie de -11 à -79 selon les individus;
- l'utilisation des médicaments (nombre moyen/personne = 10);
- la fréquence de certains incidents critiques pour l'ensemble de l'échantillon tels les visites en salle d'urgence sans hospitalisation (nb visites= 9), les hospitalisations (nb hospitalisations= 16), les séjours en ressources de répit (nb séjour en répit =16) et l'hébergement (nb hébergement =5).

b) Le profil des personnes interviewées

Treize des vingt personnes âgées ont été interviewées. Cinq personnes qui n'ont pas participé aux entrevues présentaient des problèmes cognitifs et deux souffraient de problèmes psychiatriques sérieux.

Douze des seize personnes de soutien ont participé aux entrevues. Deux personnes âgées ne voulaient pas qu'on interroge leur personne de soutien de peur de la surcharger par une entrevue; une personne de soutien a refusé l'entrevue et une autre personne n'a pu être rejointe. Parmi ces douze personnes de soutien, six cohabitent avec les personnes âgées. Il s'agit de 6 conjoints(tes), 3 fils/filles, 1 petite-fille, 1 voisin et 1 personne engagée.

Quant aux trente-six (36) intervenants interviewés, ils se répartissent ainsi :

- gestionnaires de cas (16) : huit infirmières, sept travailleuses sociales, une ergothérapeute;
- médecins (12) : un gériatre, trois omnipraticiens SIPA, deux omnipraticiens de CLSC, un omnipraticien en UMF hospitalière, cinq omnipraticiens en cabinet privé;
- infirmières (2);
- travailleuse sociale (1);
- pharmacien (1);
- nutritionniste (1);
- physiothérapeute (1);
- ergothérapeute (1);
- auxiliaire familiale et sociale (1).

2.2.2 Les innovations SIPA selon les professionnels interviewés

Pour chacun des cas étudiés, les professionnels décrivaient les innovations que le SIPA avait introduites dans la prise en charge de la personne âgée et de la personne de soutien. Ils devaient comparer ces services avec les services habituels offerts aux personnes âgées. Les innovations se regroupent, par ordre d'importance, en trois catégories : a) le travail en équipe interdisciplinaire; b) les différents aspects du suivi et de la gestion du risque; et c) autres thèmes.

a) Le travail en équipe interdisciplinaire

Pour l'ensemble des vingt cas étudiés, les intervenants ont mentionné comme une innovation importante le fonctionnement en interdisciplinarité. Celle-ci s'est manifestée par le développement d'une vision globale et approfondie des besoins des personnes âgées et des personnes de soutien ainsi qu'une réponse individualisée à leurs besoins; la communication étroite entre les membres de l'équipe; les interventions des médecins omnipraticiens, du médecin gériatre et du pharmacien SIPA davantage intégrées à celles de l'ensemble des autres professionnels de l'équipe SIPA, compte tenu de leur accessibilité beaucoup plus grande; le rôle accru des auxiliaires familiales et sociales ainsi que le soutien des gestionnaires de cas auprès d'elles; l'autonomie du gestionnaire de cas dans la planification des ressources. Une véritable concertation des membres de l'équipe se constitue, plus étroite que celle vécue antérieurement par les professionnels dans le programme de MAD des CLSC. Selon les intervenants, le plus faible ratio patients/intervenant dans le SIPA, comparé au programme de MAD habituel, facilite grandement cette interdisciplinarité car chacun des professionnels dispose de plus de temps pour l'évaluation des besoins des personnes âgées et de leur personne de soutien, le plan d'intervention, les échanges avec les collègues des autres disciplines et le suivi étroit de la clientèle.

b) Les différents aspects du suivi et de la gestion du risque

Le deuxième regroupement d'innovations est mentionné dans plus de la moitié des cas par les professionnels : l'intensification et le suivi serré et la rapidité des interventions; l'approche préventive; les protocoles de dépistage; la gestion du risque; la possibilité d'éviter la visite à la salle d'urgence ou l'hospitalisation; la sécurité apportée aux personnes âgées et à leurs proches et le lien de confiance qui se tisse avec eux; la ligne téléphonique 24h/24h.

c) Autres thèmes

Enfin, un troisième groupe d'innovations mentionnées moins souvent, car probablement plus spécifiques à certains cas étudiés, regroupe le suivi étroit lors de l'hospitalisation; l'utilisation des ressources de substitution pour le répit et l'hébergement; la mobilisation de la personne âgée; l'encadrement et le soutien des clientèles géronto-psychiatriques; la communication avec les médecins non SIPA; le soutien aux personnes de soutien; les interventions sur l'isolement social; l'utilisation des ressources communautaires.

L'ensemble des innovations soulevées par les professionnels du SIPA illustrent en tout point le modèle clinique du SIPA. Les représentations des innovations que formulent les professionnels témoignent de l'intégration du modèle à leur pratique et du potentiel de réalisation du modèle sous toutes ses facettes.

2.2.3 Les satisfactions et les insatisfactions des personnes âgées et des personnes de soutien

a) Les satisfactions

Les scores de satisfaction au CSQ-8 de ces personnes âgées et des personnes de soutien sont plus élevés que ceux de l'ensemble des sujets des groupes SIPA et Témoin. Ainsi le score moyen de onze personnes âgées interrogées dont les données étaient disponibles est passé de 24,5 à 28,8 (un gain de 4,3 comparativement à 1,57 pour l'ensemble du groupe SIPA ou 0,69 pour le groupe Témoin). À un an, le taux de satisfaction est donc respectivement de 90%, 83% et 81%, pour l'échantillon de personnes SIPA, l'ensemble des personnes SIPA et Témoin.

Pour les sept des douze personnes de soutien dont le score est disponible à un an, le score est de 28,9 (taux de satisfaction de 90%) comparé à 26,8 (taux de satisfaction de 84%) pour l'ensemble du groupe SIPA et 24,7 (taux de satisfaction de 77%) pour le groupe Témoin.

Lors des entrevues, les personnes âgées et les personnes de soutien ont pu constater les changements dans les services offerts par le SIPA par rapport à ceux qu'ils recevaient antérieurement des services habituels du réseau de la santé et des services sociaux.

Les personnes âgées et les personnes de soutien soulignent en tout premier lieu la qualité de l'approche personnalisée et humaine des intervenants SIPA : politesse, respect, écoute, dévouement, gentillesse. Elles se sentent à l'aise d'exprimer leurs besoins et précisent que les professionnels adaptent les services en conséquence. Par ailleurs, quelques personnes âgées se disent encore bien timides pour formuler leurs besoins,

sentant certains intervenants surchargés de travail, ou ne comprenant pas que le SIPA puisse leur offrir de l'aide.

Les gestionnaires de cas sont très appréciées; des liens de confiance se développent avec elles et les relations sont empreintes d'une intimité qui facilite la communication. Les personnes âgées apprécient la présence d'une seule gestionnaire de cas qui coordonne l'ensemble des services, bien qu'un petit nombre de personnes âgées souhaitent communiquer directement avec les professionnels de l'équipe; ce sont en général des personnes avec un niveau plus élevé d'éducation, habituées de transiger pour obtenir des services, désireuses de garder un contrôle sur leur vie et leur environnement. Par exemple, une personne âgée de près de quatre-vingt-dix ans préférerait discuter elle-même avec le pharmacien SIPA et son médecin spécialiste pour gérer sa médication anti-hypertensive.

Les personnes âgées et les personnes de soutien soulignent la rapidité de la réponse des intervenants SIPA lors de situations d'urgence, d'épisodes de maladies aiguës et se sentent rassurées par le suivi étroit qui leur est offert. Elles sont confiantes que les intervenants SIPA pourront répondre à leurs besoins si leur situation se détériorait. Elles apprécient la quantité d'aide offerte. Le service de garde téléphonique 24 heures les sécurise.

Les personnes âgées qui ont été hospitalisées ont apprécié la coordination du gestionnaire de cas lors de cet événement : la transmission des données cliniques à l'hôpital, l'accompagnement à l'urgence, la visite du gestionnaire pendant le séjour hospitalier, le lien avec le médecin, la planification du congé hospitalier avec l'équipe hospitalière, la visite rapide au retour à domicile.

Les personnes âgées reconnaissent l'esprit d'équipe qui anime les intervenants SIPA et la bonne circulation des informations entre eux. Quelques-unes soulignent la compétence des intervenants, en particulier des médecins SIPA et du pharmacien. Elles apprécient que certains services soient donnés à domicile afin de leur éviter des déplacements (prise de tension artérielle, prise de sang, consultation pharmaceutique, physiothérapie et ergothérapie, diététiste, etc.).

Plusieurs personnes âgées considèrent qu'elles peuvent donner leurs opinions, influencer les décisions de traitement, bénéficier d'information et de conseils sur leurs problèmes de santé et sur certaines techniques de soins.

Les personnes de soutien qui habitent avec les personnes âgées apprécient le soutien apporté par le SIPA : aide aux AVQ et AVD, informations et conseils sur les problèmes

de santé de la personne âgée, accompagnement à leur propre rendez-vous médical ou prise de sang pour elles à domicile, soutien émotif et intervention sur la dynamique familiale, répit, service téléphonique 24h/24h y compris les fins de semaine, coordination des services par le gestionnaire de cas et liaison rapide avec le médecin traitant.

Certaines personnes de soutien n'ont accepté de l'aide que lorsqu'une relation de confiance solide a été bâtie avec l'équipe SIPA, au fil des mois et à travers des événements qui leur ont démontré la compétence et les capacités de l'équipe SIPA. Cependant, malgré que les services de répit diminuent le stress des personnes de soutien, elles hésitent à redemander ce service car elles perçoivent les services limités ou ne voudraient pas rendre évident leur épuisement.

b) Les insatisfactions

Quant aux insatisfactions et aux plaintes, elles sont formulées par un nombre restreint de personnes âgées ou de personnes de soutien qui mentionnent que les professionnels SIPA en ont tenu compte et ont tenté de régler la situation.

Ces insatisfactions portent sur : l'accessibilité et la fiabilité du transport adapté; la stabilité et l'attitude du personnel qui assure l'accompagnement; la stabilité et la compétence du personnel des agences d'auxiliaires familiales et d'infirmières; l'accessibilité et la stabilité des services bénévoles; la difficulté d'obtenir des rendez-vous d'omnipraticiens ou de spécialistes.

Des personnes âgées et des personnes de soutien expriment des réserves sur le nombre d'intervenants qui circulent à domicile, comparant le domicile à une «gare», ce qui crée de l'insécurité.

Finalement, la qualité des soins offerts et du suivi offert par l'équipe SIPA dans une résidence privée a été mise en doute par une personne de soutien : suivi du diabète inadéquat, secondairement à un suivi médical tardif, car le médecin n'avait pas été informé du transfert de la personne âgée dans cette résidence.

Quatre des personnes de soutien qui n'habitent pas avec la personne âgée n'avaient pas encore été contactées par le gestionnaire de cas au moment de l'entrevue. Elles détenaient des informations utiles sur la santé de la personne âgée qui n'ont pu être communiquées et elles n'ont pu exprimer leurs propres besoins. Par exemple :

- une personne de soutien avait remarqué des troubles de mémoire chez son parent âgé, des difficultés dans la préparation des repas et une menace à sa sécurité (cuisinière dont les ronds restent ouverts par oubli). Le gestionnaire de cas n'avait

pas communiqué avec cette personne de soutien tel que prévu pour obtenir des renseignements de sa part. Aucune investigation pour les troubles cognitifs n'était en cours au moment de l'entrevue. De plus cette personne de soutien était épuisée des appels nombreux de son parent âgé de nature anxieuse; aucune forme de soutien ou de répit ne lui avait encore été offerte.

- une personne de soutien avait entamé des démarches pour faire déménager plus près de chez elle ses parents âgés, afin de leur apporter un soutien plus étroit. Le gestionnaire de cas a orienté les services du SIPA vers un maintien à domicile du couple dans son logement actuel. En aucun moment, il n'y a eu discussion de tout ceci entre le gestionnaire de cas et la personne de soutien qui aurait apprécié être impliquée dans les décisions. Cependant le père de cette personne de soutien n'a pas facilité la communication entre le gestionnaire de cas et la personne de soutien.

Ces deux exemples mettent en évidence l'importance de la communication systématique du gestionnaire de cas avec la personne de soutien pour connaître sa perception de la situation de la personne âgée et connaître ses propres besoins en tant que personne de soutien (information, conseils, soutien émotif, aide dans les AVQ et AVD, répit). De plus, ces situations illustrent la situation délicate dans laquelle se retrouve le gestionnaire de cas de respecter à la fois l'autonomie et l'intimité des personnes âgées, tout en reconnaissant les besoins spécifiques des personnes de soutien, dans le cas de dynamiques familiales complexes où les communications sont difficiles.

En bref, les personnes âgées et les personnes de soutien reconnaissent aux intervenants et aux services SIPA de nombreuses qualités. La satisfaction s'exprime à propos des innovations cliniques SIPA, témoignant de la convergence des résultats d'évaluation de la qualité des personnes âgées, des personnes de soutien et des intervenants SIPA. Les insatisfactions et plaintes sont peu nombreuses et concernent davantage des services sous-contractés par le SIPA ou provenant de services communautaires.

2.2.4 La prise en charge interdisciplinaire des problèmes de santé

a) Les plans d'intervention interdisciplinaires

Dans 80% des cas, des plans d'intervention interdisciplinaires ont été montés par les équipes interdisciplinaires. Ils ont été révisés en profondeur en cours d'année dans 60% des cas. Certains cas ont fait l'objet de quatre révisions systématiques.

Le médecin gériatre et les médecins omnipraticiens du SIPA ont participé progressivement à la formulation des plans d'intervention; par contre, les médecins de pratique privée ont rarement été sollicités. Les gestionnaires déplorent que certains médecins se

limitent à des interventions ponctuelles et ne participent pas à l'analyse globale des besoins.

Par ailleurs, dans la prise en charge de problèmes géro-psycho-geriatriques complexes (troubles de la personnalité, troubles de comportement chez des personnes souffrant de démence, symptômes dépressifs et multiples maladies accompagnées de douleurs chroniques), des concertations efficaces ont été réalisées entre le gestionnaire de cas et l'équipe SIPA, le médecin traitant (SIPA ou non SIPA) et le médecin psychiatre du secteur psychiatrique.

b) Les protocoles interdisciplinaires

Des protocoles cliniques interdisciplinaires de dépistage, diagnostic et prise en charge de problématiques gériatriques (dépression, démence, troubles nutritionnels, chutes et troubles de la mobilité, épuisement des personnes de soutien, médication inappropriée) devaient être appliqués systématiquement à la clientèle par les professionnels SIPA de même que la vaccination contre l'influenza et le pneumocoque.

Ces protocoles ont été appliqués partiellement, du moins dans la période d'étude des dossiers. Lorsque les dépistages s'avéraient positifs, un suivi a été réalisé de façon assez rigoureuse par les membres de l'équipe interdisciplinaire SIPA, entraînant des diagnostics et des prises en charge pertinents tels :

- diagnostic de troubles d'équilibre associés à une polyneuropathie par carence vitaminique introduction d'une marchette par le physiothérapeute et soutien nutritionnel;
- polymédication associée à des erreurs de la prise de médicaments; révision de la médication par le pharmacien SIPA et le médecin traitant; simplification du régime médicamenteux;
- troubles nutritionnels associés à une carence d'apport alimentaire liée à la solitude et aux incapacités fonctionnelles; évaluation par la diététiste; introduction de services de traiteur, centre de jour et repas communautaires, suivi serré du poids;
- risque élevé de chutes associé à des problèmes ostéoarticulaires et une hypotension orthostatique; programme de physiothérapie à domicile, souliers orthopédiques, adaptation de la salle de bain par l'ergothérapeute et ajustement de la médication antihypertensive avec le médecin traitant;

- épuisement de la personne de soutien d'une personne âgée souffrant de démence; services de répit introduits dont du gardiennage à domicile par les auxiliaires familiales et la référence de la personne de soutien à un groupe d'entraide;
- score élevé à l'échelle de dépression gériatrique chez une personne âgée avec une histoire antérieure de dépression; contact du gestionnaire de cas avec le psychiatre traitant, reprise de la médication antidépressive et amendement progressif des symptômes dépressifs.

Par ailleurs, dans sept situations de dépistage positif, des actions n'ont pas été entreprises immédiatement auprès du médecin traitant et du reste de l'équipe pour poursuivre plus à fond l'évaluation et le traitement. Il s'agit de trois cas de troubles nutritionnels (perte de poids ou apport alimentaire inadéquat), deux cas de dépression (score élevé non rapporté au médecin traitant) et deux cas de démence (évaluation plus poussée des troubles cognitifs non entreprise suite aux plaintes de pertes de mémoire de la personne âgée et de sa personne de soutien, régime de protection non introduit chez une personne âgée dont le diagnostic de démence est déjà connu). Ceci a pour effet d'engendrer des états de souffrances et d'incapacités inutiles.

c) Les interventions cliniques spécifiques

Les vingt personnes âgées ont été suivies de façon plus serrée par les professionnels du SIPA pour les problèmes de santé suivants, par ordre d'importance :

- polymédication (45%)
- problèmes psychiatriques (40%)
- chutes ou risque élevé de chute (40%)
- ostéoarthrose et douleurs associées (40%)
- HTA et maladies cardiovasculaires instables (35%)
- épuisement du proche ou risque élevé (35%)
- démence (30%)
- plaie (30%)
- isolement/solitude (30%)
- diabète instable (20%)
- malnutrition (20%)
- maladie neurologique dégénérative (15%)
- possibilité d'abus ou négligence de la personne âgée (5%).

La qualité des interventions apparaît adéquate pour plusieurs problèmes de santé :

- le traitement des plaies : soins concertés de l'infirmière, de l'ergothérapeute, de la personne de soutien et du médecin;
- l'épuisement des proches : offre de sources diversifiées de répit à plusieurs reprises; lien de confiance et soutien émotif qui se développent progressivement entre la personne de soutien et l'équipe SIPA permettant l'introduction progressive des services malgré les refus initiaux de la personne de soutien;
- les problèmes géro-psycho-geriatriques : encadrement serré de la médication, approche comportementale, cohérence des actions des membres de l'équipe, intervention encadrée des auxiliaires familiales et sociales, utilisation de lit de répit pour la personne de soutien, service de garde téléphonique SIPA réduisant les visites à la salle d'urgence, consultation à une autre équipe SIPA, consultation-liaison étroite avec le géro-psycho-geriatrique, le médecin traitant et l'équipe SIPA, consultation à un comité d'éthique;
- la possibilité d'abus ou de négligence de la personne âgée : conseils, soutien et suivi étroit du proche jusqu'à l'hébergement pour répit et plus tard l'hébergement de la personne âgée.

Par ailleurs, les interventions pour contrer la solitude et l'isolement ne sont pas toujours clairement identifiées et planifiées. La mobilisation des ressources communautaires ne semble pas optimale : organismes bénévoles, groupes d'entraide, etc.

c) **La mobilisation des personnes âgées et des personnes de soutien**

Plusieurs exemples démontrent la capacité des professionnels du SIPA de mobiliser les personnes âgées et les personnes de soutien dans la prise en charge de leurs problèmes :

- suivi du diabète : sous la supervision du gestionnaire de cas et de la diététiste du SIPA, référence et participation de la personne âgée et de la personne de soutien à une clinique spécialisée sur le diabète; apprentissage des injections d'insuline par la personne de soutien; introduction et suivi d'une diète stricte pour l'insuffisance rénale chronique;
- soins de sonde urinaire : personne de soutien apprend les soins de sonde sous la supervision d'une infirmière du SIPA;

- programme de rééducation à la marche entrepris à domicile : personne de soutien sous la supervision du physiothérapeute apprend à superviser la personne âgée dans son programme d'exercice;
- antibiothérapie intraveineuse à domicile : apprentissage de la personne âgée et de la personne de soutien à la surveillance de l'antibiothérapie intraveineuse à domicile;
- sevrage de médicaments psychotropes : une personne âgée accepte le sevrage progressif d'anxiolytique, sous la supervision étroite du pharmacien et du gestionnaire de cas, en lien avec le médecin traitant;
- activités d'intégration sociale : une personne âgée isolée, avec le soutien du gestionnaire de cas, apprend à se servir du transport adapté pour participer à des activités sociales; elle apprend aussi à formuler une plainte articulée à qui de droit lorsque les services de transport s'avèrent inadéquats (horaires non respectés, attitude non respectueuse du chauffeur);
- préparation psychologique au déménagement vers un milieu de vie plus approprié et participation active au choix du milieu, avec l'aide du gestionnaire de cas.

d) Les situations cliniques dont la prise en charge est problématique

L'examen d'une dizaine de situations cliniques par le comité d'experts cliniciens démontre des difficultés dans la justesse/rapidité des interventions, la coordination entre le gestionnaire de cas, les membres de l'équipe SIPA et le médecin omnipraticien ou spécialiste. Ces situations cliniques concernent en particulier les problématiques suivantes : chute, diabète, démence, maladies cardiovasculaires ainsi que douleurs et immobilisme associés aux problèmes ostéo-articulaires.

Ainsi les gestionnaires de cas et les intervenants SIPA n'ont pas toujours réagi rapidement à des signaux d'alarme sérieux comme une chute avec séjour prolongé au sol le matin. Un retard à intervenir de l'équipe dans cette situation a conduit à une visite à la salle d'urgence de la personne âgée quelques jours plus tard suite à une syncope. Un diagnostic d'arythmie a alors été posé et un électrostimulateur cardiaque a été installé.

Certains symptômes qui nécessitent une investigation plus poussée ont parfois été ignorés par le gestionnaire de cas et l'équipe SIPA et n'ont pas été rapportés au médecin traitant. Par exemple, les pertes de mémoire signalées par une personne âgée et corroborées par la personne de soutien n'ont pas fait l'objet d'une évaluation rigoureuse.

Le suivi du diabète chez trois des six patients diabétiques de l'échantillon n'était pas optimal. Ainsi une personne âgée a été hospitalisée deux fois pour des complications diabétiques qui auraient pu être évitées (hyperglycémie, hyperkaliémie sur insuffisance

rénale). L'équipe SIPA, malgré ses tentatives, n'a pu établir rapidement les communications nécessaires avec l'endocrinologue traitant. Heureusement, le gestionnaire de cas a pu convaincre la personne âgée et sa personne de soutien de transférer le suivi du diabète du médecin spécialiste au médecin de famille. À partir de ce moment, le contrôle du diabète s'est grandement amélioré par des contacts étroits entre le médecin de famille et l'infirmière SIPA. Le patient n'a pas été hospitalisé par la suite. Dans un autre cas, des glycémies élevées étaient tolérées sans raison apparente par le médecin traitant.

Le pharmacien clinicien d'un site, après avoir révisé le profil des médicaments de personnes âgées à risque de prise inappropriée de médicaments, envoyait au médecin traitant un avis pharmaceutique avec des suggestions d'ajustement de médicaments. En général, ces suggestions sont bien accueillies de la part du médecin traitant et les modifications sont apportées en accord avec la personne âgée. Dans l'un des cas étudiés, un désaccord entre le médecin traitant et le pharmacien ont eu pour répercussion un état de tension, d'anxiété chez la personne âgée devant ce conflit interprofessionnel.

Une évaluation gériatrique spécialisée en Unité de courte durée gériatrique (UCDG), en Hôpital de jour HJ) ou en Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) aurait été bénéfique pour des personnes souffrant de conditions médicales complexes, par exemple :

- symptômes dépressifs, troubles endocriniens (diabète et troubles thyroïdiens) douleurs chroniques d'origine musculosquelettique et dépendance à la codéine, troubles à la marche;
- immobilisme récent d'installation progressive chez une personne souffrant de démence légère avec troubles de comportement, obésité, diabète non balancé, lymphoedème, cellulite et plaies cutanées des membres inférieurs, ostéoarthrose dégénérative des genoux et luxation d'une épaule.

L'évaluation gériatrique spécialisée en UCDG, en URFI ou en HJ dont ont bénéficié certaines des personnes âgées dont les cas ont été étudiés a eu en fait des retombées positives :

- observation sur 24 heures des signes ou symptômes;
- investigation et précision des diagnostics médicaux;
- interventions thérapeutiques intensives interdisciplinaires;
- interventions à domicile mieux ciblées par la suite.

Cependant, il est à noter que les professionnels de ces services dédoublent encore des évaluations qui ont été réalisées par les membres de l'équipe SIPA; un dossier clinique

partageable interdisciplinaire éviterait ce genre de situation et permettrait une gestion plus efficiente des informations sanitaires.

Finalement les médecins traitants ne jouent pas toujours leur rôle de défenseur des droits de leurs patients âgés auprès de leurs collègues spécialistes, pour obtenir des traitements sans discrimination liée à l'âge. Ainsi une personne âgée souffrant de démence légère aurait pu bénéficier d'une chirurgie de cataractes si le médecin traitant était intervenu avec plus de vigueur auprès de l'ophtalmologiste ou s'il avait demandé un deuxième avis.

2.2.5 La coordination des services par les gestionnaires de cas lors d'incidents critiques

a) Les visites à la salle d'urgence et les hospitalisations

Les gestionnaires de cas du SIPA ont joué un rôle significatif lors des visites des personnes âgées à la salle d'urgence :

- accompagnement à la salle d'urgence;
- préparation et transmission du dossier clinique;
- lien avec le médecin traitant;
- discussion avec l'équipe de l'urgence du suivi.

Malgré toutes les précautions, certains accrochages n'ont pu être évités dans quelques cas :

- reprise de la collecte des données par l'infirmière au triage à l'urgence;
- équipe SIPA soupçonnée de vouloir abandonner le sujet à l'hôpital pour l'hébergement;
- long séjour en salle d'urgence avant l'hospitalisation ;
- gestionnaire non avisée du congé de la personne âgée de la salle d'urgence.

En ce qui concerne les hospitalisations, quelques congés de l'hôpital ont été donnés sans que l'équipe SIPA ou le médecin traitant en soient avisés. Par ailleurs, des épisodes d'hospitalisations réussies ont été notés dans plusieurs cas analysés :

- rapide transmission de l'information du gestionnaire de cas à l'équipe hospitalière et au médecin traitant;
- contacts étroits entre l'équipe hospitalière, le gestionnaire de cas, la personne âgée et sa famille pour la prise de décision;

- planification de congé entre l'équipe hospitalière et le gestionnaire de cas;
- utilisation de ressources alternatives pour diminuer la durée du séjour hospitalier et organisation de services SIPA dans la ressource alternative : infirmière, physiothérapie, ergothérapie, diététiste, auxiliaire familiale et sociale.

Les médecins traitants non SIPA ont été peu impliqués dans le processus d'hospitalisation alors que les médecins SIPA ont transigé assez souvent directement avec les équipes médicales hospitalières.

b) Le service de garde SIPA

Le service de garde téléphonique SIPA était offert par une infirmière les soirs et les fins de semaine. Si nécessaire, l'infirmière pouvait se rendre à domicile visiter la personne âgée, mobiliser les services d'une auxiliaire familiale ou entrer en contact avec un médecin de garde pour le SIPA.

Le service de garde SIPA a été utilisé par au moins dix des vingt personnes âgées dont les dossiers cliniques ont été analysés. Les appels ont été fort nombreux, variant de 5 appels à 100 appels pour des périodes variant entre 6 à 11 mois. Plusieurs des appels étaient de nature administrative pour confirmer des rendez-vous, des services à domicile.

Par ailleurs, en ce qui concerne les appels de nature clinique, les quatre personnes âgées les plus grandes utilisatrices des services de garde étaient des personnes âgées souffrant de problèmes psychiatriques : troubles anxieux, troubles dépressifs, démence légère avec troubles de comportement, personne de soutien épuisée et inquiète. Avec l'introduction du système de garde SIPA, ces personnes ont progressivement cessé l'utilisation qu'elles faisaient de la salle d'urgence. De plus, elles ont diminué, à travers les mois, les appels au service de garde SIPA, à mesure que la confiance s'est établie entre elles, leur gestionnaire de cas et le reste de l'équipe SIPA. Les médecins traitants de ces personnes ont tous reconnu le succès du SIPA dans sa capacité de faire sentir en sécurité la personne âgée et sa personne de soutien.

Parmi les conditions physiques qui suscitaient des appels au service de garde, les plus fréquentes étaient : la maladie cardiaque, la maladie pulmonaire chronique, le diabète, des infections, des plaies. Des interventions rapides et ciblées ont pu régler la majorité des problèmes sans que le médecin de garde SIPA ne soit appelé ou sans que la personne âgée ne soit transférée à la salle d'urgence.

c) Les services de répit et les résidences privées

L'utilisation des services de répit et de résidences protégées pour personnes âgées s'est avérée positive :

- les places ont été obtenues rapidement;
- les soins ont été généralement satisfaisants;
- les gestionnaires de cas ont gardé un contact avec la personne âgée ou le proche durant cette période.

Par ailleurs, l'instabilité de la condition médicale, sans suivi médical serré, limite l'utilisation sécuritaire des résidences privées. Ainsi une personne âgée admise pour un hébergement de répit a développé une cellulite qui n'a été traitée qu'à son retour à domicile grâce à l'intervention du gériatre SIPA.

Dans plusieurs cas, les services de répit ont finalement été acceptés par la personne de soutien car l'équipe SIPA a su gagner sa confiance par de nombreuses interventions marquées par la compétence professionnelle, le bon jugement clinique, le respect des valeurs et des désirs de la personne âgée et de la personne de soutien.

Par exemple, l'équipe SIPA est intervenue auprès de la fille d'une personne âgée qui hébergeait sa mère chez elle. Cette personne de soutien était épuisée par les soins à donner à sa mère qui souffrait d'une maladie neurologique dégénérative, d'une démence avec troubles de comportement et par la pression mise par son conjoint de se défaire de sa mère. Cette fille était à risque d'abus de sa mère; par ailleurs, elle refusait de placer sa mère, ceci allant à l'encontre de ses valeurs familiales et culturelles. Grâce à l'encadrement progressif de l'équipe SIPA, la fille a finalement accepté un hébergement de répit pour sa mère. Cet hébergement temporaire en résidence privée s'est transformé en hébergement permanent.

d) L'hébergement

Dans au moins deux cas, la problématique du maintien à domicile de personnes âgées dont le niveau d'incapacités est élevé (i.e. SMAF à -45 ou à -79) s'est posée. Il s'agissait de personnes âgées atteintes de maladie neurologique dégénérative avec multiples complications. Les professionnels du SIPA s'interrogeaient sur plusieurs dimensions des soins et services :

- l'intensité des services à domicile à offrir pour assurer une qualité de soins;
- la sécurité des personnes âgées et de l'entourage;

- le respect du désir de la personne âgée de demeurer chez elle;
- le danger d'épuisement de l'aidant et le risque d'abus de la personne âgée.

Dans les deux situations, le SIPA a pu mobiliser, coordonner et superviser les ressources publiques et privées nécessaires pour offrir les soins requis à la personne âgée. Une contribution financière partagée du SIPA, de la personne âgée ou de sa famille a été négociée harmonieusement dans chaque situation par la gestionnaire de cas. Des hébergements ont ainsi été évités.

Par ailleurs, les gestionnaires de cas sont intervenus sur plusieurs aspects du processus d'hébergement, comme en a témoigné une personne responsable des admissions dans un CHSLD de l'un des territoires étudiés :

- utilisation de tous les autres services communautaires avant que l'hébergement ne soit considéré;
- bonne préparation psychologique à l'hébergement de la personne âgée et de ses proches;
- transmission des informations médicales et sociales mises à jour par la gestionnaire de cas à l'équipe du CHSLD;
- accompagnement de la personne âgée et de la famille par la gestionnaire de cas pendant quelques mois après l'hébergement afin de s'assurer de l'adéquation du milieu aux besoins de la personne âgée et de son adaptation au nouveau milieu.

L'accompagnement du gestionnaire de cas pendant cette période de transition apparaît crucial. En effet, l'analyse d'une situation clinique illustre l'hébergement d'une personne âgée dans une unité de soins de longue durée d'un hôpital général. La personne âgée désirait être transférée dans un CHSLD mais l'équipe médicale a préféré la garder en CHSGS suite à une condition cardio-vasculaire instable. Par ailleurs, quelques mois plus tard, la condition vasculaire de la personne âgée s'est stabilisée. Si le gestionnaire de cas ne s'était pas retiré du dossier, il aurait pu faciliter ce transfert en CHSLD, selon les désirs de la personne âgée et de sa famille.

Une période de quatre à six mois après l'hébergement constituerait donc une période de stabilisation au cours de laquelle le gestionnaire de cas doit demeurer présent et vigilant auprès de la personne âgée, de sa famille et du personnel du milieu d'hébergement.

2.2.6 La participation des médecins

Les vingt personnes âgées sont suivies par un certain nombre de médecins omnipraticiens ou spécialistes :

- 7 personnes âgées : médecins omnipraticiens SIPA ;
- 6 personnes âgées : médecin gériatre SIPA ;
- 3 personnes âgées : médecins omnipraticiens de CLSC ;
- 16 personnes âgées : médecins omnipraticiens de pratique privée (cabinet, résidence privée pour personne âgée, Unité de médecine familiale) ;
- 16 personnes âgées : au moins un médecin spécialiste, dont 50% suivies par au moins trois médecins spécialistes. Les médecins spécialistes les plus fréquemment impliqués étaient les cardiologues, les neurologues, les urologues et les psychiatres.

Comme il a déjà été mentionné précédemment, douze de ces médecins ont accepté de participer aux entrevues qui concernaient très souvent plus d'un cas.

a) Les médecins omnipraticiens SIPA

Les médecins omnipraticiens SIPA des deux sites ont agi à titre de médecin traitant des personnes âgées inscrites dans SIPA ou à titre de médecin co-traitant avec le médecin de la communauté. À mesure que les mois passaient et que le fonctionnement en interdisciplinarité se développait, les médecins SIPA ont participé à l'élaboration et la réalisation des plans d'intervention. Ils ont été appelés à contribuer activement aux discussions de l'équipe interdisciplinaire sur tous les cas pertinents. Ils ont appuyé le médecin de famille de la communauté dans des situations cliniques aiguës qui nécessitaient un suivi serré et des visites à domicile, par exemple :

- ajustement des médicaments pour un diabète et une insuffisance rénale décompensés
- suivi d'une insuffisance cardiaque ou d'une maladie pulmonaire chronique instable
- épisode d'immobilisme aigu secondaire à une crise de pseudo-goutte
- traitement de plaies infectées.

De l'avis des professionnels de l'équipe et des médecins SIPA, la proximité physique dans le même lieu de travail a favorisé la collaboration étroite des membres de l'équipe entre eux. Dans l'ensemble, les diagnostics médicaux ont été rapidement posés. Les interventions pour des situations complexes ont été discutées en équipe avec le médecin, avec si nécessaire l'aide du gériatre consultant. Les décisions et les actions ont été prises

rapidement en situation d'urgence et la mobilisation des ressources a été efficace. De l'avis de plusieurs médecins, des visites à la salle d'urgence ou des hospitalisations ont été évitées grâce à l'action précoce et concertée de l'équipe SIPA.

Plusieurs médecins confirment le rôle du gestionnaire de cas comme coordonnateur des services non médicaux et apprécient l'autonomie que ce dernier a dans la gestion des ressources mises à sa disposition. Cette autonomie accélère les démarches pour l'obtention de services et leur permet de se consacrer aux aspects médicaux.

b) Le médecin consultant gériatre SIPA

Le gériatre SIPA a été consulté par l'équipe SIPA pour préciser les diagnostics, orienter les traitements et le niveau d'intervention, ajuster les médicaments. Il a visité à domicile des patients et il a lui même assuré des soins médicaux dans des cas particulièrement complexes ou aigus : insuffisance cardiaque sévère, antibiothérapie intraveineuse à domicile pour une cellulite, démence avec troubles de comportement importants.

Il a participé à l'élaboration de certains plans d'intervention avec l'équipe interdisciplinaire SIPA. Dans les cas étudiés, il a été surtout en contact avec les médecins SIPA, les résidents en médecine familiale ou d'autres médecins spécialistes mais très peu avec les médecins de la communauté.

Dans quelques situations d'hospitalisation des patients SIPA, il a assuré une liaison avec les médecins des unités de soins : transmission des informations médicales, orientation des traitements, planification du congé avec la gestionnaire de cas et l'équipe hospitalière.

c) Les médecins psychiatres

Le modèle SIPA prévoyait un géro-psycho-geriatrie attitré au projet SIPA au même titre que le gériatre consultant. Le recrutement de ce spécialiste n'a pas été possible. Cependant des collaborations très intéressantes ont eu lieu avec les psychiatres des secteurs des patients SIPA. Aucun lien spécifique n'a été établi avec les équipes de géro-psycho-geriatrie à domicile parmi les cas étudiés. Lorsque les trois ou quatre psychiatres ont été rejoints par les gestionnaires de cas pour le suivi des personnes âgées souffrant de troubles de comportement, de dépression, d'anxiété, de paranoïa, ceux-ci ont très bien collaboré. Ils ont été particulièrement appréciés des équipes pour confirmer les diagnostics, ajuster la médication et concerter les actions des intervenants, en lien avec les médecins omnipraticiens.

d) Les médecins omnipraticiens de la communauté

Comme il a été mentionné antérieurement, sept des seize médecins omnipraticiens de la communauté ont participé aux entrevues. La majorité de ceux-ci travaillent en cabinet privé et rapportent très positivement leur expérience avec l'équipe SIPA.

Ils soulignent particulièrement les aspects suivants :

- le rôle du gestionnaire de cas est clair, il allège leur tâche en coordonnant les services; il est facilement accessible;
- le gestionnaire de cas fournit des informations pertinentes;
- la globalité des soins est assurée par l'équipe interdisciplinaire SIPA; ces évaluations apportent au médecin une vision complémentaire;
- l'équipe SIPA connaît bien les patients, leur offre un suivi serré, des interventions individualisées, rapides, appropriées et continues;
- l'équipe SIPA et le service de garde sécurisent les patients.

Quelques médecins déplorent le fait de ne pas avoir été contactés par l'équipe SIPA lors de l'hospitalisation de leur patient ou du transfert de celui-ci vers une résidence privée. Il est à noter que ces événements se sont produits dans les premiers mois du projet, avant que ne se rode l'ensemble des mécanismes de communication et de coordination.

Par ailleurs, les gestionnaires de cas et les autres professionnels SIPA interviewés confirment de leur côté l'existence de bonnes expériences de collaboration avec cinq des sept médecins de la communauté, par exemple :

- suivi étroit d'une personne âgée diabétique entre le médecin, le gestionnaire de cas, le et l'infirmière SIPA;
- démarches pour instaurer un régime de protection pour une personne âgée atteinte de démence entre le médecin et le gestionnaire de cas;
- intervention pour ajuster la médication antidépressive entre le médecin, le gestionnaire de cas et le psychiatre consultant.

Cependant deux médecins n'ont pas répondu à l'appel des gestionnaires de cas ou n'ont pas pris en compte les résultats positifs à des tests de dépistage, en particulier pour la dépression. Deux patients ont manifesté le désir de changer de médecin omnipraticien mais n'osaient pas le faire de peur de froisser leur médecin.

Certains gestionnaires de cas mentionnent qu'ils auraient dû prendre contact beaucoup plus tôt avec les médecins généralistes ce qui aurait facilité les soins. Aucun gestionnaire n'est allé rencontrer le médecin traitant à son bureau privé, ce qui était préconisé au début du projet. Les gestionnaires et les médecins qui ont participé ensemble à l'entrevue de recherche ont apprécié se rencontrer pour la première fois et échanger en présence l'un de l'autre.

Pour ce qui est des autres médecins qui n'ont pas été interviewés, les gestionnaires de cas, les infirmières et le pharmacien SIPA considèrent que les contacts avec les omnipraticiens ont été très ténus et peu satisfaisants. Les communications ont été brèves et superficielles ne permettant pas une analyse d'ensemble des problèmes de la personne âgée. D'ailleurs, comme il a été mentionné antérieurement, les médecins de pratique privée n'ont pas participé à l'élaboration des plans d'intervention.

Dans 25% des cas étudiés, les gestionnaires de cas ont proposé aux personnes âgées de transférer leur suivi médical régulier assuré par des médecins spécialistes vers des omnipraticiens (SIPA ou non SIPA). Les omnipraticiens se sont montrés plus accessibles que les médecins spécialistes et la qualité des soins offerts s'est en ressentie, par exemple :

- diabète mieux contrôlé ;
- traitement intensif des complications de l'immobilisme associé à une maladie neurologique dégénérative ;
- prise en charge globale de problématiques psychosociales jusque-là ignorées.

Finalement, des personnes âgées et des personnes de soutien se plaignent de la difficulté d'obtenir des rendez-vous avec les médecins omnipraticiens.

3. Conclusions

3.1 Ensemble des résultats

L'analyse de l'ensemble des résultats, i.e. réponses aux questionnaires de satisfaction/qualité perçue et études de cas, permet de conclure globalement :

- une implantation partielle ou complète des différents aspects du modèle clinique SIPA;
- une réponse partielle ou complète des soins et des services SIPA aux critères de qualité attendus;
- une satisfaction/qualité perçue égale ou supérieure des personnes âgées et des personnes de soutien du groupe SIPA par rapport au groupe Témoin;
- des besoins non comblés présents parmi les personnes âgées et les personnes de soutien des groupes SIPA et Témoin, dans une plus forte proportion pour les personnes de soutien du groupe Témoin.

Les entrevues lors des études de cas révèlent une convergence entre les perceptions des professionnels, des sujets âgés et des personnes de soutien, notamment en ce qui a trait à la capacité supérieure du SIPA par rapport aux services de santé habituels d' :

- intensifier la gestion de cas et les interventions de prise en charge;
- assurer un suivi étroit et une responsabilité clinique partagée lors des visites à la salle d'urgence, l'hospitalisation et l'hébergement ;
- offrir des interventions rapides et adaptées qui engendrent un sentiment de sécurité pour les personnes âgées et les personnes de soutien.

L'analyse des dossiers cliniques démontre par ailleurs que :

- la responsabilité clinique SIPA s'exerce de façon satisfaisante où que soit la personne âgée ;
- l'équipe SIPA, en collaboration avec le médecin traitant omnipraticien, a la capacité d'élaborer et de réaliser des plans d'intervention interdisciplinaires et des plans de services individualisés pour des personnes âgées présentant des conditions

psychosociales et de santé complexes, même si la prise en charge de certaines problématiques doit encore être améliorée ;

- l'intégration des interventions médicales avec celles de l'équipe interdisciplinaire SIPA est possible ; cette intégration est facilitée par la proximité physique que vivent les médecins SIPA et l'équipe interdisciplinaire. Les difficultés de liaison qui persistent entre l'équipe SIPA et les médecins omnipraticiens en pratique privée constituent une limite à l'obtention de services de qualité optimale ;
- la consultation au gériatre, aux psychiatres et la référence aux services gériatriques spécialisés a permis de préciser les diagnostics et les interventions à entreprendre; ces consultations et références gagneraient à être utilisées de façon plus précoce par l'équipe SIPA et les médecins traitants.

Les insatisfactions des personnes âgées et des personnes de soutien sont peu nombreuses et concernent davantage des services sous-contractés par le SIPA ou provenant de services communautaires :

- l'accessibilité et la fiabilité du transport adapté ;
- la stabilité et les attitudes du personnel lors de l'accompagnement des personnes âgées pour des examens de santé ;
- la compétence et la stabilité du personnel des services d'agence d'auxiliaires et d'infirmières ;
- l'accessibilité des rendez-vous médicaux ;
- l'accessibilité à l'hébergement temporaire pour le répit des personnes de soutien.

3.2 Conformité aux critères de qualité des soins et des services

Un an après son implantation, la qualité des soins et des services offerts par le SIPA démontre des améliorations comparativement aux services de santé habituels. L'évaluation globale qualitative des résultats permet de classer en trois catégories ces gains au niveau de chacun des critères de qualité :

♥	gain léger
♥♥	gain modéré
♥♥♥	gain important

♥/♥♥♥	<i>Globalité et justesse des interventions selon les problématiques</i>
♥♥♥	Sentiment de sécurité pour les personnes âgées et les personnes de soutien
♥♥	Accessibilité et continuité des soins et des services
♥♥	<i>Rapidité des soins et des services</i>
♥♥♥	Planification et coordination des interventions
♥♥/♥♥♥	<i>Circulation de l'information</i>
♥♥♥	entre les membres de l'équipe SIPA
♥♥	entre les membres de l'équipe SIPA et les professionnels du réseau
♥♥♥	Relations interpersonnelles des professionnels avec les personnes âgées et les personnes de soutien
♥♥	Mobilisation de la personne âgée et des personnes de soutien
♥/♥♥♥	Rôles et responsabilités des intervenants
♥♥♥	entre les membres de l'équipe SIPA y compris médecins SIPA
♥♥	avec les professionnels hors SIPA
♥	avec les médecins hors SIPA

4. Recommandations

Suite à cette étude de la qualité des soins et de services SIPA, des recommandations peuvent être formulées en cinq catégories afin de compléter le cycle d'appréciation de la qualité.

4.1 La clientèle âgée vulnérable admissible au SIPA

Outre le score d'incapacité au Système de mesure des incapacités fonctionnelles (SMAF), d'autres critères de sélection de la clientèle âgée SIPA pourraient être envisagés car ils signent également une fragilité de la personne âgée, tels :

- l'instabilité de la condition médicale;
- les limitations fonctionnelles importantes;
- la présence de maladies psychiatriques ou de troubles de comportement qui rendent difficiles les interactions de la personne âgée avec son environnement familial ou social;
- l'absence de réseau de soutien familial ou les difficultés de ce dernier à assurer un soutien à la personne âgée.

4.2 Les soins et les services cliniques

- Préciser les fonctions et les rôles des gestionnaires de cas, entre autres que le gestionnaire de cas :
 - ◆ partage son temps entre les interventions cliniques de gestion de cas (évaluation des besoins, planification, coordination des services) et les interventions cliniques propres à sa profession d'origine (soins infirmiers, interventions psychosociales);
 - ◆ systématise l'évaluation de l'ensemble des besoins des personnes âgées et des personnes de soutien et tente d'y répondre complètement par une mobilisation flexible et rapide des ressources;
 - ◆ systématise la participation des personnes âgées et des personnes de soutien lors de la planification du plan d'intervention interdisciplinaire (PII) et du plan de services individualisé (PSI);

- ◆ favorise l'expression des besoins, des inquiétudes et des insatisfactions des personnes âgées et des personnes de soutien, par des techniques de communications appropriées;
- ◆ mobilise directement les ressources alternatives d'hébergement temporaires ou permanentes privées et assure un suivi étroit des personnes âgées qui utilisent ces services.
- Former les partenaires du réseau de services intégrés à interagir efficacement avec le gestionnaire de cas, selon ses rôles et fonctions, où que soit le patient.
- Poursuivre l'application d'une pratique interdisciplinaire géro-geriatrique rigoureuse et systématique, appuyée par un dossier clinique partageable informatisé incluant entre autres :
 - ◆ l'évaluation multiclientèle
 - ◆ la liste complète et révisée périodiquement des diagnostics et des médicaments
 - ◆ les PI et PSI
 - ◆ les protocoles de dépistage, diagnostic et prise en charge de problématiques géro-geriatriques
- Préciser les signes cliniques d'alarme qui doivent être rapportés au médecin traitant par les professionnels de l'équipe SIPA afin d'intervenir de façon précoce sur des conditions de santé.
- Référer les personnes âgées plus rapidement aux services geriatriques et géro-psi-chiatriques spécialisés afin de préciser les diagnostics et les interventions dans des situations complexes ou instables.
- Collaborer de façon plus étroite avec les organismes communautaires afin d'intervenir sur les problématiques psychosociales des personnes âgées ou des personnes de soutien.

4.3 La participation des médecins

- Établir un contact précoce entre le gestionnaire de cas et le médecin traitant lors de la prise en charge de la personne âgée vulnérable et préciser les modes de communication les plus efficaces à utiliser entre eux.
- Offrir des conditions de pratique facilitant la participation des médecins au réseau de services intégrés, à l'utilisation de protocoles cliniques interdisciplinaires, à l'élaboration et au suivi des plans d'intervention :
 - ◆ rémunération
 - ◆ formation à la pratique interdisciplinaire

- ◆ accès facilité à la consultation spécialisée gériatrique et géro-psycho-geriatrique
- ◆ accès facilité aux examens paracliniques
- ◆ dossier clinique partageable informatisé
- S'assurer de l'accessibilité du suivi médical lorsque la personne âgée est admise en ressource alternative pour un répit ou un hébergement.

4.4 L'appréciation de la qualité

- Établir des objectifs de santé et des critères de qualité de soins et de services à atteindre dans le cadre de l'appréciation de la qualité d'un réseau de services intégrés pour les personnes âgées vulnérables; développer des outils de gestion clinique qui permettent d'évaluer la conformité des services à ces critères.
- Mettre sur pied des mécanismes d'amélioration continue de la qualité.
- Identifier clairement aux personnes âgées inscrites au SIPA et à leurs personnes de soutien les mécanismes officiels pour le dépôt d'une plainte. Développer et appliquer une politique de gestion des plaintes.

4.5 Le développement professionnel et la supervision clinique

- Augmenter l'engagement des départements de médecine familiale universitaires et des autres facultés des sciences de la santé et de leurs cliniciens enseignants à l'enseignement des soins aux personnes âgées vulnérables vivant à domicile et à la prise en charge interdisciplinaire.
- Planifier des activités de développement professionnel continu unidisciplinaire et interdisciplinaire, directement sur les lieux de pratique, selon les besoins de formation ressentis et démontrés. Développer un programme de formation spécialisé pour les gestionnaires de cas, dont une partie pourrait être tenue conjointement avec les médecins de première ligne.
- Assurer un encadrement clinique des professionnels des équipes SIPA par des gestionnaires cliniciens dont la compétence est reconnue dans le domaine des soins aux personnes âgées vulnérables.