

## Évaluation d'implantation d'une expérience novatrice : le réseau intégré de services aux aînés des Bois-Francis

André Tourigny, Michèle Paradis, Lucie Bonin, Any Bussièrès et Pierre J. Durand

Volume 27, numéro 2, automne 2002

Les réseaux intégrés de services

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/014560ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/014560ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Tourigny, A., Paradis, M., Bonin, L., Bussièrès, A. & Durand, P. J. (2002). Évaluation d'implantation d'une expérience novatrice : le réseau intégré de services aux aînés des Bois-Francis. *Santé mentale au Québec*, 27(2), 109–135. <https://doi.org/10.7202/014560ar>

Résumé de l'article

Consciente de l'existence de problèmes liés à la coordination des services rendus aux aînés sur son territoire, la Table de concertation des services de santé et de services sociaux des Bois-Francis dans la région Mauricie et du Centre-du-Québec implanta en février 1997, après deux ans de planification, un nouveau modèle de coordination des soins et des services aux personnes âgées en perte d'autonomie. Ce modèle est novateur car il combine le guichet ou porte d'entrée unique, la gestion de cas, le plan de services individualisé et la présence de trois niveaux de concertation : stratégique, tactique et clinique. Il a aussi la particularité de couvrir tout le continuum de soins et de services aux aînés. Le présent article décrit les principaux résultats de l'évaluation d'implantation et de processus. Cette évaluation visait à documenter les activités et fonctions centrales du mécanisme de coordination des services afin de voir dans quelle mesure le modèle implanté et son fonctionnement s'approchent ou non du modèle visé et ce, dans la perspective d'apporter des ajustements qui pourraient s'avérer nécessaires. Les principaux résultats sur la clientèle rejointe, sur les fonctions assumées par l'équipe de gestion de cas et sur l'organisation de travail sont ici abordés et discutés à la lumière d'autres études sur la coordination des soins et des services aux personnes âgées en perte d'autonomie. Des suggestions sont faites en regard de ces résultats et de ceux portant sur l'efficacité et les coûts tirés d'une autre recherche afin d'améliorer l'efficacité et l'efficience de ce modèle de coordination de soins et de services aux aînés. Sans être généralisables d'emblée, plusieurs composantes de ce nouveau modèle pourraient être réutilisées auprès d'autres clientèles.



## Évaluation d'implantation d'une expérience novatrice : le réseau intégré de services aux aînés des Bois-Francs

André Tourigny\*

Michèle Paradis\*\*

Lucie Bonin\*\*\*

Any Bussièrès\*\*\*\*

Pierre J. Durand\*\*\*\*\*

Consciente de l'existence de problèmes liés à la coordination des services rendus aux aînés sur son territoire, la Table de concertation des services de santé et de services sociaux des Bois-Francs dans la région Mauricie et du Centre-du-Québec implanta en février 1997, après deux ans de planification, un nouveau modèle de coordination des soins et des services aux personnes âgées en perte d'autonomie. Ce modèle est novateur car il combine le guichet ou porte d'entrée unique, la gestion de cas, le plan de services individualisé et la présence de trois niveaux de concertation : stratégique, tactique et clinique. Il a aussi la particularité de couvrir tout le continuum de soins et de services aux aînés. Le présent article décrit les principaux résultats de l'évaluation d'implantation et de processus. Cette évaluation visait à documenter les activités et fonctions centrales du mécanisme de coordination des services afin de voir dans quelle mesure le modèle implanté et son fonctionnement s'approchent ou non du modèle visé et ce, dans la perspective d'apporter des ajustements qui pourraient s'avérer nécessaires. Les principaux résultats sur la clientèle rejointe, sur les fonctions assumées par l'équipe de gestion de cas et sur l'organisation de travail sont ici abordés et discutés à la lumière d'autres études sur la coordination des soins et des services aux personnes âgées en perte d'autonomie. Des suggestions sont faites en regard de ces résultats et de ceux portant sur l'efficacité et les coûts tirés d'une autre recherche afin d'améliorer l'efficacité et l'efficience de ce modèle de coordination de soins et de services aux aînés. Sans être généralisables d'emblée, plusieurs composantes de ce nouveau modèle pourraient être réutilisées auprès d'autres clientèles.

\* Médecin et chercheur, Institut national de santé publique du Québec, Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval.

\*\* Agent de planification, de programmation et de recherche, Direction de santé publique de Québec, Unité de recherche en gériatrie de l'université Laval.

\*\*\* Médecin et chercheur, Institut national de santé publique du Québec, Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval, Direction de santé publique de Mauricie Centre-du-Québec.

\*\*\*\* Assistante de recherche, Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval.

\*\*\*\*\* Médecin et chercheur, Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval, Directeur du Département de médecine de l'Université Laval.

Plusieurs études québécoises ont mis en évidence des lacunes reliées à la coordination des services, soulignant ainsi toute la fragmentation du réseau dans la distribution des services aux aînés (Trahan, 1989; Trahan et al., 1990; Garant et Bolduc, 1990; Tourigny et al., 1993; Tourigny et al., 1996). Or, la question de la coordination et de la continuité des services aux aînés devient de plus en plus un enjeu majeur au Québec (MSSS, 2001). La fragmentation des services et leur coordination inefficace touchent également plusieurs pays (Davies, 1994). Consciente de l'existence de problèmes liés à la coordination des services rendus aux aînés sur son territoire, la Table de concertation des services de santé et de services sociaux des Bois-Francis dans la région Mauricie et du Centre-du-Québec développa et implanta un nouveau modèle de coordination des soins et des services aux personnes âgées en perte d'autonomie constituant ainsi un véritable réseau intégré de services pour cette clientèle. Elle s'assura également que toute la démarche soit évaluée et que les résultats obtenus soient mesurés.

### **Contexte de développement du nouveau modèle des Bois-Francis**

Situé dans la région Mauricie et du Centre-du-Québec, le territoire des Bois-Francis comprend deux MRC, Arthabaska et De l'Érable, et est situé à environ cent kilomètres à l'ouest de la ville de Québec. La population totale est d'environ 90 000 personnes et compte près de 13 % d'aînés (RRSSMCQ, 1996). Les services disponibles comprennent un hôpital ayant une unité de courte durée gériatrique (UCDG), deux CLSC dont un fusionné avec un centre d'hébergement et de soins de longue durée ayant une unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), un centre d'hébergement et de soins de longue durée, deux centres de jour, deux services ambulatoires gériatriques (SAG), dix cliniques de médecins omnipraticiens, des pharmacies et quelques organismes communautaires.

En 1984, les deux MRC se sont dotées d'une Table des directeurs généraux d'établissements et de mécanismes formels et informels de concertation en regard de différentes clientèles ou problématiques favorisant ainsi un meilleur arrimage. Cette alliance stratégique entre les MRC d'Arthabaska et de l'Érable a permis des gains importants dans le respect des forces et des différences territoriales. De plus, deux partenaires importants, soit le réseau public et le réseau communautaire vivent cette concertation à divers paliers décisionnels depuis quelques années. En 1996, l'intégration des organismes communautaires crée la nécessité d'adopter une nouvelle appellation : la Table de concertation des services de santé et des services sociaux des Bois-Francis.

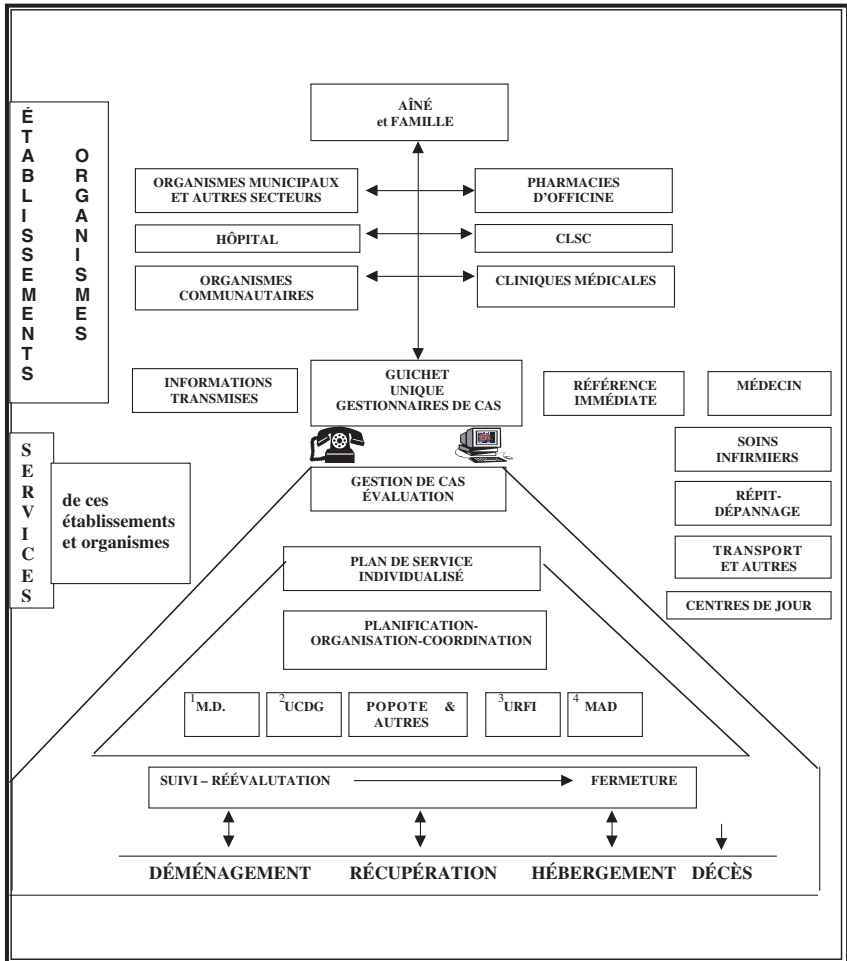
En février 1993, l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska recevait, suite aux recommandations faites par le Groupe tactique d'intervention dans les urgences, la visite de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec et d'un médecin gériatre agissant à titre de consultant. Un diagnostic sur la prise en charge des personnes âgées était alors posé. Les recommandations formulées à ce moment visaient la consolidation du service de gériatrie, la consultation gériatrique à l'urgence, en clinique externe et sur les unités de soins. Afin d'identifier les actions à poser pour assurer une prise en charge adéquate des personnes âgées tant à l'interne qu'à l'externe, l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska recourra alors aux services d'un médecin-conseil à la direction de la santé publique de la Régie régionale Mauricie et du Centre-du-Québec. Son rapport, déposé en septembre 1993, suggérait la mise en place d'un service communautaire de gériatrie sur le territoire (Bonin, 1993). À la fin de l'automne 1993, la Table de concertation convenait de la nécessité de développer un continuum de services dans une optique de mission-réseau plutôt que mission-établissement. En mars 1994, la Table de concertation adoptait une résolution demandant à la Direction de la santé publique le support continu du même médecin-conseil afin de permettre l'actualisation du projet de gériatrie communautaire. La Table de concertation convenait à la même période, de la mise en place d'un Comité de coordination des services géronto-gériatriques dans les Bois-Francs. Ce comité a permis de réunir des représentants des milieux hospitaliers et d'hébergement, des CLSC, des organismes communautaires ainsi que des aînés. Un ensemble de difficultés ont alors été mises en évidence par ce comité : la duplication des évaluations faites avec une multiplicité d'outils, le dépistage peu répandu des clientèles à risque, la multiplicité des portes d'entrée, un manque d'harmonisation dans le contenu des informations transmises et des lacunes des mécanismes de liaison entre les services de maintien à domicile et les autres services (hôpital, centre de jour, cliniques médicales, etc). À cela s'ajoutait un faible niveau de collaboration avec les ressources communautaires et privées mais également des difficultés sur le plan de la continuité dans le suivi psychosocial et médical. L'année suivant la formation du Comité a été marquée par l'intensité des travaux. Le nombre de réunions l'illustre bien : 21 réunions se sont tenues en 12 mois et les personnes aînées y assistent régulièrement. Les travaux de ce comité ont mené à l'adoption en septembre 1995, du modèle de coordination des services aux personnes âgées par la Table de concertation.

## **Le modèle de coordination**

Le modèle de coordination de services aux aînés en perte d'autonomie adapté à la sous-région, a été implanté officiellement en février 1997. Il combine trois des « meilleures pratiques » de coordination présentées par Hollander (Angus et al., 1995) le guichet ou porte d'entrée unique, la gestion de cas et le plan de services individualisé (PSI) (figure 1). La notion de porte d'entrée unique veut que — quel que soit le nombre et la nature des besoins qu'elle rencontre — la personne aînée puisse s'adresser à un endroit unique où l'on traite directement sa demande d'aide. Aussi, elle a accès à un continuum de services dans le cadre de la mise en œuvre d'une approche par résolution de problèmes. Le modèle suppose que les responsables des organismes impliqués s'entendent sur une procédure standardisée qui fait autorité pour l'accès aux services offerts. Les procédures de porte d'entrée unique touchent alors trois activités principales : l'accueil, l'évaluation et la gestion de cas (Paradis et Tourigny, 1993). La gestion de cas est un processus intégré d'identification et de satisfaction des besoins individuels avec les ressources disponibles. Ainsi, le processus met l'accent sur l'adaptation des services aux besoins plutôt que sur l'adaptation des individus aux services existants (Department of Health, 1991). Il consiste essentiellement à définir puis souvent à concentrer la responsabilité de l'accomplissement d'une série de tâches fondamentales. Par conséquent, il implique la présence d'un gestionnaire de cas « case manager » ou d'une équipe qui doit franchir avec le client les différentes étapes : triage, évaluation, planification de l'aide et des services, organisation et coordination du soutien, suivi et réévaluation et clôture de dossier (Davies, 1994). Le plan de services individualisé est essentiellement un moyen de planification et de coordination de services, fort utile à la réalisation de l'autonomie et de l'intégration sociale des personnes requérant de multiples services (Boisvert et al., 1990).

L'objectif poursuivi par le mécanisme est d'offrir le bon service à la bonne personne au bon endroit et au bon moment. Une telle coordination devrait assurer une continuité et une cohérence dans les services. Elle devrait permettre d'intervenir précocement auprès des aînés à risque, de maintenir une plus grande autonomie et capacité de décision et de soutenir l'engagement et l'implication des aînés et de leurs familles. La clientèle cible a été définie en concertation avec tous les partenaires. Il s'agit des aînés de 65 ans et plus présentant un profil gériatrique qui désirent recevoir de l'aide et dont l'équilibre avec leur entourage est rompu ou à risque d'être rompu, étant donné la présence simultanée de plusieurs problèmes médicaux et psychosociaux significatifs. Plus spé-

Figure 1  
Modèle de coordination des services géronto-gériatriques



<sup>1</sup> M.D. - médecin

<sup>2</sup> UCDG - Unité de courte durée gériatrique

<sup>3</sup> URFI - Unité de réadaptation fonctionnelle intensive

<sup>4</sup> MAD - Maintien à domicile

cifiquement ce sont ceux en perte d'autonomie tant au plan fonctionnel (diminution des activités de la vie quotidienne (AVQ) et de la vie domestique (AVD) qu'au plan cognitif (démence), vivant une situation conflictuelle à domicile (abus, négligence, isolement), recourant fréquemment aux services de santé (hospitalisations, consultations médica-

les et changements de médication fréquents), recevant plusieurs services de différents organismes, séjournant dans les services de deuxième ligne tels l'Unité de courte durée gériatrique (UCDG) et l'Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) et à risque d'institutionnalisation ou en demande d'hébergement. Ce modèle de coordination de soins et de services repose aussi, et c'est une composante essentielle du modèle, sur l'interdépendance de mécanismes de concertation intersectoriels aux trois principaux niveaux décisionnels dans la planification des services (voir tableau 1).

Au niveau stratégique, la Table de concertation des services de santé et services sociaux, formée des directeurs généraux des établissements et de leaders d'organismes communautaires, se concertent sur l'allocation des ressources pour répondre aux besoins des aînés et ce, en développant des services complémentaires entre eux et en minimisant le chevauchement afin de tendre vers une gestion intégrée des ressources du réseau. Au niveau tactique, le Comité de coordination des services aux aînés où siègent des chefs de services des établissements publics et communautaires, le coordonnateur de l'équipe des gestionnaires de cas et des aînés, a comme mission de veiller au suivi du mécanisme de coordination implanté. Il doit aussi favoriser l'adaptation du continuum de services, assurer la mise en place de système de suivi pour la clientèle et formuler des recommandations pertinentes au comité stratégique favorisant la prise de décisions en regard de la réallocation des ressources jugées requises. Enfin, au niveau clinique, une équipe de dix gestionnaires de cas (de formation collégiale ou universitaire en service social) provenant de quatre établissements différents, a la responsabilité d'assurer la gestion de cas. Cette équipe a été constituée suite à la mise en commun des ressources humaines formées en service social travaillant auparavant dans chacun des établissements. Une équipe composée d'intervenants de disciplines différentes n'a pu être mise sur pied dans ce contexte malgré le souhait de plusieurs personnes ayant contribué à conceptualiser le modèle.

Les fonctions des gestionnaires de cas des Bois-Francis intègrent celles décrites dans la littérature (Korsberg, 1992 ; Austin et O'Connor, 1988 ; Eggert, 1991 ; Capitman et al., 1986 ; Morrow-Howell, 1992), soit la prise de contact initiale avec dépistage et triage. La fonction de dépistage et d'identification des pertes d'autonomie se fonde sur le concept du processus de production du handicap (Fougeyrollas et al., 1996). Elle est partagée par l'ensemble des intervenants du continuum de services aux aînés des Bois-Francis. Le triage consiste à accueillir, évaluer et orienter les demandes de services au système de triage/information,

**Tableau 1**  
**Mécanismes de concertation**  
**et de coordination inter-établissements et organismes**

<b>Niveau de concertation</b>	<b>Mécanismes</b>	<b>Fonctions</b>
<b>Stratégique</b>	Table de concertation des services de santé et des services sociaux des Bois-Francis : gestionnaires du réseau public et communautaire	Concertation sur l'allocation des ressources pour les services aux aînés
<b>Tactique</b>	Comité de coordination des services gérontogériatriques des Bois-Francis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recommandations sur le continuum optimal de services</li> <li>• Suivi du mécanisme de coordination</li> </ul>
<b>Clinique</b>	Divers niveaux cliniques de coordination de services à intensité variable : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensemble des dispensateurs de services</li> <li>• Équipe de gestionnaires de cas interétablissements</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accueil, évaluation, orientation (AEO) pour l'ensemble des aînés et Dépistage des aînés à risque</li> <li>• Triage des références, dépistage des aînés à risque</li> <li>• Gestion de cas (PSI) : pour les aînés en perte d'autonomie</li> </ul>



puis à s'assurer du cheminement de la clientèle dans le réseau de services lorsque requis ; l'évaluation globale biopsychosociale, la planification des services par rapport aux besoins identifiés et aux objectifs visés retenus prioritaires, la mise en place d'une démarche pour assurer la dispensation adéquate des services, le monitoring et le suivi à intervalles réguliers des services de même que de l'impact de ces services sur le client, et la réévaluation continue et un ajustement approprié pour tenir compte des modifications et de l'évolution des besoins. Chacun des gestionnaires de cas est responsable de l'ensemble des aînés d'un secteur géographique donné quelles que soient l'origine, la nature et l'intensité de leur perte d'autonomie. Il s'agit de plus d'un modèle mixte, conjuguant les fonctions de la gestion de cas à celles de l'intervention psychosociale. Les gestionnaires de cas interviennent en situation de crise, s'intègrent aux équipes multidisciplinaires des divers services et travaillent dans la communauté. L'équipe clinique tient des réunions aux deux semaines pour faire les ajustements fonctionnels et organisationnels requis et discuter des cas en présence d'un gériatre. Les aînés et leurs familles, les organismes communautaires ou municipaux, les professionnels, les pharmacies et les cliniques médicales ont accès douze heures par jour, cinq jours par semaine à l'équipe de gestionnaires de cas. En dehors de ces plages horaires, un système de garde est assuré.

À l'intérieur de ce modèle de coordination où les interactions entre professionnels sont fréquentes, de nombreux intervenants sur le terrain ont ressenti le besoin d'avoir de meilleurs moyens d'échange et de communication. Afin de répondre à ce besoin et soutenir le travail interdisciplinaire et les échanges cliniques interétablissements tout au long du processus, un dossier clinique informatisé (DCI), partageable entre intervenants de différentes disciplines et entre l'ensemble des services du continuum, a été développé à l'été 1998.

Le modèle de coordination de services aux aînés en perte d'autonomie est donc novateur en soi. En effet, il combine des pratiques de coordination telles que le guichet unique, la gestion de cas et le plan de services individualisé et la présence de mécanismes de concertation à trois niveaux décisionnels. De plus, un dossier clinique informatisé interdisciplinaire et partageable par tous les services du continuum de soins aux personnes âgées a été développé pour faciliter les échanges. Le mécanisme de coordination se base sur une vision intégrée des services aux aînés, et tend à répondre aux besoins de la clientèle dans une optique de continuum de services. Ce modèle possède en plus la particularité d'être conçu pour assurer la gestion à la fois des demandes potentielles de soins et d'aide à domicile et celles d'hébergement. Ainsi, il se distingue

du système en place dans le reste du Québec où un mécanisme spécifique d'évaluation et d'étude des demandes d'hébergement prévaut. Il a également l'avantage d'intégrer l'ensemble des services gériatriques disponibles dans la sous-région des Bois-Francs, allant de la promotion et de la prévention à l'hébergement et aux soins palliatifs, en passant par le diagnostic, le traitement, la réadaptation et le soutien à domicile.

### **Objectifs de l'évaluation**

Tant les directeurs présents à la Table de concertation que les membres du comité de coordination ont eu, dès le départ, la préoccupation d'évaluer le nouveau modèle mis sur pied. C'est à cette fin que la présente équipe de chercheurs a été approchée. Des rencontres avec les membres de la Table de concertation et du comité de coordination ont permis de mieux cerner les préoccupations en regard de l'évaluation. Tous étaient convaincus de l'utilité du modèle développé pour résoudre les problèmes identifiés et du lien entre une meilleure coordination et l'atteinte des objectifs visés qui, d'ailleurs, a justifié leur choix de l'étendre d'emblée à tout le territoire plutôt qu'à une partie seulement. Deux ordres de questions sont ressortis de ces rencontres. Dans un premier temps, ils désiraient savoir si le modèle s'implantait comme prévu afin de faire les ajustements nécessaires et connaître comment les équipes sur le terrain réagissaient aux changements sous-tendant le modèle. Dans un deuxième temps, ils voulaient connaître les effets produits par le modèle sur les aînés, sur le recours aux services et les coûts associés.

L'évaluation d'implantation et de processus visait à documenter les principales activités et fonctions du mécanisme de coordination afin de voir dans quelle mesure le modèle implanté et son fonctionnement s'approchent ou non du modèle visé et ce, dans la perspective d'apporter des ajustements pouvant s'avérer nécessaires. Les principaux résultats sur la clientèle rejointe, les fonctions assumées par l'équipe de gestion de cas et l'organisation de travail seront ici abordés. L'ensemble des résultats apparaît dans un rapport de recherche (Paradis et al., 2001). Les objectifs de l'évaluation de l'efficacité quant à eux étaient de mesurer l'effet du modèle sur : la détérioration de l'autonomie des aînés, le fardeau des personnes soutien, le recours aux services de santé et services sociaux et les coûts associés. Ces résultats sont présentés dans deux rapports de recherche (Durand et al., 2001a ; Durand et al., 2001b). Le financement de ces évaluations a été obtenu de plusieurs sources<sup>1</sup>.

## **Méthodologie**

L'évaluation de l'implantation et du processus combine l'analyse de données quantitatives et qualitatives des premiers 24 mois d'implantation. Les données quantitatives portent sur toute la clientèle du mécanisme de coordination. Elles sont tirées du système de triage où 3086 et 2858 appels téléphoniques ont été faits en 1997-1998 et 1998-1999, du système d'information clientèle des CLSC (SIC) documentant toutes les interventions faites en CLSC auprès des clients du mécanisme (1410 et 1240 en 1997-1998 et 1998-1999) et du dossier clinique informatisé (DCI) pour toutes les personnes ayant eu un tel dossier actif entre novembre 1998 et juillet 1999 soit 976 dossiers. Une description plus détaillée de chacune de ces sources apparaît dans le rapport de recherche (Paradis et al., 2001). Des tableaux de fréquence, des moyennes et médianes ont été utilisés pour dresser le portrait de la clientèle et de l'utilisation du mécanisme. Les données qualitatives ont été recueillies à partir de plusieurs sources : consultation de dossiers, observation directe, entrevues individuelles et de groupe, comptes rendus de comités. La consultation des dossiers cliniques a permis de documenter plus à fond la planification des services. L'observation directe, assurée par un membre de l'équipe de recherche, a consisté à accompagner à tour de rôle six gestionnaires de cas à travers l'ensemble de leurs activités régulières à raison de trois jours chacun, tant au domicile des usagers (lors d'évaluation ou de réévaluation) qu'en milieu hospitalier (pour la planification du congé et l'installation de services) que dans les autres services gériatriques du continuum (entre autres pour discuter des cas lors des réunions d'équipes multidisciplinaires). Des entrevues semi-structurées et enregistrées ont été réalisées une fois par an avec les personnes responsables des services aux aînés. Des entrevues de groupe ont été réalisées avec les membres de l'équipe clinique de gestion de cas, le comité de coordination des services aux aînés, la Table de concertation des services de santé et des services sociaux des Bois-Francs ainsi qu'avec les médecins du territoire en début d'implantation. L'ensemble de l'information ainsi colligée a fait l'objet de réduction, de représentation et de constats permettant ainsi d'identifier les principaux thèmes émergents (Miles et Huberman, 1994). La triangulation des méthodes de collecte, des sources de données, des analystes (chercheurs) et l'échange d'information sur des résultats préliminaires ont permis d'accroître la validité des résultats (Patton, 1990). La période de temps couverte par l'évaluation d'implantation et de processus est celle des années 1997-1998 à 1998-1999.

## Résultats

### *Clientèle rejointe et sources de références*

La clientèle rejointe correspond à la clientèle ciblée initialement. Il s'agit d'une clientèle majoritairement de sexe féminin dont l'âge moyen est de 80 ans. Les problèmes de santé physique touchent huit dossiers sur dix alors que les problèmes sociaux sont présents dans un dossier sur trois. Selon les données tirées du DCI, les usagers comptent 2,7 diagnostics en moyenne. Les maladies cardiovasculaires touchent le plus grand nombre, suivi des maladies ostéo-articulaires et pulmonaires ainsi que des atteintes neurologiques et cognitives. Le score moyen à l'instrument Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) (Hébert, 1997a), retrouvé parmi les clients ayant eu une évaluation complète dans le DCI, est de 25,1.

Le mécanisme a rejoint annuellement environ 1 100 personnes âgées au cours des deux premières années d'opération, ce qui correspond à 10 % de la population âgée du territoire. Les références de personnes âgées faites au mécanisme de coordination proviennent de plusieurs sources du continuum de soins et de services aux personnes âgées. Les références codifiées dans le SIC sont beaucoup plus fréquentes en provenance du réseau naturel (66 %) que d'autres sources comme celles en provenance des services d'urgence, des différents départements hospitaliers, du SAG, des médecins de première ligne, des résidences privées, des partenaires communautaires et intersectoriels (33 %).

### *Triage*

Les intervenants au triage reçoivent environ 3 000 appels par année. Le volume d'appels a diminué de 12 à 10 appels par jour de 1997-1998 à 1999-2000. Les personnes âgées ou les familles contactent de plus en plus directement leur gestionnaire de cas. Si les appels des aînés et des familles diminuent au triage, ceux des médecins et autres professionnels augmentent. Le nombre d'appels reçus en soirée correspond à 10 % du volume total d'appels. Les motifs d'appels sont principalement une demande de services (30 %), un besoin d'information (30 %) ou une demande concernant un suivi de dossier (30 %).

### *Évaluation globale de besoins de services*

Un dossier sur deux a une évaluation globale selon les données du DCI mais on observe des variations importantes d'un district de CLSC à l'autre de l'ordre du simple au double (32 % et 63 %). De plus, ces évaluations ne sont pas toujours complètes. Dans l'échantillon de

dossiers tiré du DCI, 40 % des personnes ont une évaluation globale (outil multicientèle et un SMAF) présente au dossier. L'évaluation globale semblerait cependant être utilisée plus systématiquement pour les nouveaux dossiers. Il faut aussi noter qu'environ 30 % des références aux questionnaires de cas proviennent des services gériatriques (UCDG, SAG, URFI) où les clients ont déjà été évalués. On observe également que la partie pour mesurer le handicap est peu utilisée dans le SMAF.

### ***Planification et coordination de services***

Les activités codifiées reliées à la planification et à la coordination des services sont très fréquentes : on les retrouve dans deux dossiers sur trois. Parmi ces activités, les plus fréquentes sont les démarches faites pour la personne, les discussions de cas à l'externe, les réunions d'équipe multidisciplinaire et les rencontres de familles. Même si le nombre de PSI complétés à partir du formulaire est en progression, il demeure encore relativement peu utilisé (25 % des dossiers en 1999). Cependant, on observe relativement fréquemment une révision de PSI puisque 40 % des dossiers qui comptent un PSI en ont une. Les PSI complétés comportent souvent une information trop générale pour bien identifier les problèmes en présence, les solutions envisagées, bien mesurer les résultats à atteindre et suivre l'évolution des besoins de services et l'apport du réseau naturel afin de prévenir les situations d'épuisement.

Les questionnaires de cas participent systématiquement aux réunions d'équipe multidisciplinaire lorsque leurs clients fréquentent l'UCDG et l'URFI. La fréquence des contacts, en personne ou par téléphone, avec les personnes âgées elles-mêmes et leur réseau de soutien est élevée et témoigne de leur forte implication dans la planification et la coordination de leurs services. Cependant les aînés et leur famille participent encore peu aux réunions d'équipe multidisciplinaire. Les contacts faits par les questionnaires de cas avec les autres intervenants sont également fréquents. Le nombre élevé de dossiers communs entre questionnaires de cas et autres services tels que l'aide à domicile, la réadaptation et les soins infirmiers à domicile militent en faveur du caractère multidisciplinaire des interventions. Les données indiquant des références codifiées au médecin de famille, sont présentes dans un dossier sur cinq.

### ***Suivi et réévaluation***

Des activités liées à cette fonction sont présentes dans un dossier sur deux seulement, ce qui questionne la validité des données. Toutes les

relances ne sont probablement pas codées, en particulier celles faites par téléphone, de sorte que les données du SIC sous-estiment le volume de relances réalisées.

### ***Interventions psychosociales***

Le modèle de gestion de cas dans les Bois-Francis est mixte. Il jumelle à la fois les activités liées au courtage de services et celles liées aux interventions cliniques auprès des personnes âgées (interventions psychosociales). L'intervention psychosociale (préventive et thérapeutique) est la deuxième fonction de gestion de cas en importance quant à la proportion de dossiers et d'interventions. Les interventions psychosociales thérapeutiques (thérapie familiale, individuelle, conjugale, en santé mentale et les interventions réseau) sont rencontrées dans 20 % des dossiers selon les données du SIC. La fréquence des problèmes sociaux observée à partir de l'outil multiclientèle complété dans le DCI est également d'environ 20 %. Les gestionnaires de cas rencontrés en entrevue questionnent leur disponibilité à répondre avec l'intensité requise aux besoins psychosociaux de leur clientèle.

### ***Mécanismes de concertation aux divers niveaux de planification***

La mise en place des trois niveaux de concertation (tableau 1) s'avère aux yeux des professionnels, intervenants et gestionnaires un des éléments-clé du succès du mécanisme de coordination. Pour eux, le niveau stratégique favorise l'éclatement des frontières entre les établissements et les organismes et contribue à une gestion horizontale des ressources disponibles. De plus, il facilite une prise de décision concertée afin de mieux ajuster l'offre aux différents besoins. Toutefois, des ajustements pour un fonctionnement optimal sont encore souhaités. De plus, la présence d'un parrain au dossier « Réseau intégré pour les personnes âgées » à la Table de concertation, responsable de faire le lien continu avec le comité de coordination géronto-gériatrique est considérée comme un atout et constitue un excellent moyen de communication entre les différents niveaux. Le niveau tactique, de l'avis des personnes rencontrées, constitue la source d'informations et de mise à jour la plus pertinente sur l'évolution du continuum des services. Enfin, pour eux, le niveau clinique permet de constituer une équipe commune à tous les établissements et organismes ayant la responsabilité de la gestion de cas et de l'élaboration de plans de services individualisés.

Certaines difficultés sont rapportées par les gestionnaires de cas et les autres intervenants : le manque de ressources financières pour donner l'intensité de services requise pour le soutien à domicile des clientè-

les vulnérables, l'importance des besoins psychosociaux des clients et la gestion de la liste d'attente en hébergement. La circulation et la mise à jour continue des informations sur le continuum de services préoccupent l'ensemble des acteurs rencontrés.

### *Modalités fonctionnelles et la pratique de gestion de cas*

La gestion de cas dans les Bois-Francs est mixte et a la particularité d'avoir une équipe clinique unidisciplinaire composée de dix intervenants psychosociaux répartis dans deux districts, sous la supervision clinique d'un seul coordonnateur. Chaque gestionnaire de cas est responsable d'une zone géographique délimitée. Leur charge de cas (case load) se situe en moyenne entre 50 et 60 dossiers. On rencontre le plus souvent un seul gestionnaire de cas actif dans un dossier (61 %), ce qui favorise la continuité des soins et des services.

Les principales fonctions sont intégrées dans les pratiques quotidiennes des gestionnaires de cas. La distribution du temps des gestionnaires est la suivante : les interventions cliniques faites directement ou indirectement (rencontres multidisciplinaires, échanges informels entre intervenants etc.) auprès de l'ainé, sa famille ou ses proches comptent pour 65 %, le temps consacré à la gestion des dossiers pour 25 % et le temps consacré aux déplacements pour 10 %. Cependant, peu de données sont disponibles pour estimer de façon précise le temps consacré aux différentes fonctions de la gestion de cas. L'intensité d'intervention requise lors d'un épisode de services est également difficile à qualifier avec les données disponibles. On a aussi peu de données sur le temps d'intervention en présence du client et de son entourage considérant que la participation des aînés est à la base du modèle de coordination. En plus de leur participation régulière aux réunions multidisciplinaires des différents services, les gestionnaires de cas ont de nombreuses interactions informelles avec d'autres professionnels ou intervenants. On observe peu de contacts avec les partenaires intersectoriels. La fréquence des réunions d'équipe a diminué au cours des deux années d'implantation de même que le temps alloué aux études de cas, ce qui peut limiter l'intégration commune et l'harmonisation des pratiques de gestion de cas. L'utilisation des différents outils s'est améliorée au cours des années, notamment depuis l'introduction du dossier clinique informatisé. L'information disponible sur les délais est limitée. Elle semble montrer que les délais prévus sont respectés. De plus, il y a peu de liste d'attente aux différents services du continuum à l'exception du SAG au cours des deux premières années d'implantation. Contrairement à d'autres projets qui ont établi des systèmes de garde pour la nuit, aucun élément

ne met en évidence la nécessité de développer actuellement un tel système dans les Bois-Francs en plus des services de garde déjà présents.

## Discussion

La clientèle rejointe par le mécanisme de coordination correspond bien à la clientèle visée au départ tant par son âge que par le nombre de problèmes sociaux et de santé, de problématiques complexes que d'atteinte de l'autonomie fonctionnelle qu'elle présente. D'ailleurs, le score obtenu au SMAF, de 25,1 est plus élevé que celui observé dans l'étude d'Hébert (1997b) pour les personnes vivant à domicile et recevant des services gouvernementaux dont le score était de 20,2. En fait, ce score moyen se rapproche davantage de celui des personnes en résidence d'accueil ou en pavillon dont le score moyen est respectivement de 32,1 et 26,7.

Au départ, lors de la conceptualisation du modèle, on prévoyait rejoindre, à partir d'une estimation basée sur l'achalandage au maintien à domicile et sur le nombre annuel de personnes hébergées, 1 000 personnes âgées par année en gestion de cas dont 400 de façon plus intensive. Le nombre de personnes rejointes annuellement (environ 1 100) correspond donc à cette estimation. La proportion de la population âgée de 65 ans et plus rejointe annuellement (10 %) est semblable à celle rencontrée dans la littérature, soit de 7 % à 10 % (Vanchieri, 1998 ; Phillips-Harris, 1998 ; Aliotta, 1998). Toutefois, comme le mécanisme rejoint 17 % des aînés de 75 ans et plus et que les estimations faites à partir des données de 1992-1993 (Santé Québec, 1995) indiquent une prévalence de 26 % de perte d'autonomie modérée et sévère pour ce groupe d'âge, deux personnes âgées de 75 ans et plus et en perte d'autonomie sur trois seraient rejointes par le mécanisme.

L'accès facile au mécanisme des Bois-Francs constitue un atout certain. Le fait que les personnes aînées elles-mêmes et leur réseau de soutien puissent référer directement au guichet unique du RSI est une force du modèle qui favorise l'autonomisation (*empowerment*) des aînés et un dépistage précoce de situations à risque. Toutefois, les références provenant des services médicaux généraux restent à améliorer. Il est en effet reconnu dans la littérature sur la gestion de cas qu'un lien étroit avec les médecins de première ligne s'avère une condition essentielle de succès (HMO Workgroup, 1998 ; Bernabei, 1998). Outre le fait qu'établir de bonnes relations avec les médecins prend du temps et que les communications informelles sont importantes, des recherches ont démontré que ce qui semble le plus convaincre les médecins de l'importance de travailler avec les gestionnaires de cas sont les commentaires reçus des patients (Netting 1999).



## **Les composantes de la gestion de cas**

L'évaluation globale multidimensionnelle de personnes en perte d'autonomie est une approche généralement reconnue efficace dans la littérature gériatrique, d'autant plus si elle est suivie de recommandations et d'interventions appropriées supportées par la présence d'équipes multidisciplinaires (Stuck et al., 2000, 1995, 1993). Comme on a pu l'observer sur le terrain, l'étape d'évaluation reste à parfaire tant dans la proportion d'évaluations à compléter que dans la façon de les faire. Ainsi, on s'assure que les différentes sections de l'outil soient le plus complètes possible. Malgré qu'elle aide à la prise de décision clinique dans l'appréciation de l'équilibre entre le client et son entourage ainsi que des besoins d'aide de l'aîné, la partie visant à mesurer le handicap demeure encore peu utilisée dans la section du SMAF. L'évolution dans le temps du degré d'incapacité dans chacune des dimensions du SMAF et celle de la mesure du handicap sont de plus, très importantes pour le suivi d'un client.

Les informations disponibles concernant la planification des services sont révélatrices de la forte implication des gestionnaires de cas dans cette fonction particulière et celle de coordination de services. Toutefois, cette étape requiert également des ajustements. L'absence de contact retracé à la lecture des dossiers ou de références codifiées avec le médecin de famille dans quatre dossiers sur cinq soulève des interrogations à la fois sur la valeur de l'information codifiée, sur la facilité à rejoindre les médecins de famille et sur les modes de pratiques des gestionnaires de cas. De plus, la forme clinique actuelle du formulaire PSI comporte beaucoup d'éléments limitant une utilisation plus performante de cet outil.

Le suivi et la réévaluation sont, quant à elles, des fonctions identifiées comme étant centrales pour voir à ajuster le plus possible les services aux besoins des personnes âgées et de leur réseau de soutien. En ce sens, des efforts méritent d'être apportés pour identifier clairement les différentes activités qui s'inscrivent dans cette étape, y compris les relances qui sont actuellement sous-estimées.

Bien qu'il n'y ait pas, à ce jour, d'étude démontrant hors de tout doute la plus grande efficacité d'un modèle mixte couvrant toutes les fonctions de la gestion de cas par rapport à un autre ne recourant qu'au courtage de services, le modèle mixte est très répandu et semble montrer des effets positifs sur la clientèle et l'utilisation des services (Eggert et al., 1991). Il y a lieu cependant de s'interroger à savoir dans quelle mesure les aînés trouvent réponse à leurs besoins psychosociaux dans le contexte actuel compte tenu que les gestionnaires de cas partagent leur temps en intervention psychosociale et coordination de services.

Les modèles de gestion de cas décrits dans la littérature varient selon les fonctions cliniques assumées et la charge de travail, le nombre et le type d'intervenant l'effectuant (professionnel ou non professionnel, un proche ou le client lui-même), selon que ce soit un individu ou une équipe unidisciplinaire ou multidisciplinaire et selon le degré de supervision clinique accordée (Yarmo, 1998 ; Capitman, 1986). La charge des gestionnaires de cas est légèrement supérieure à ce qui est habituellement rencontré dans la littérature pour des modèles mettant l'accent sur les interactions fréquentes avec la personne âgée et son réseau de support et sur l'intervention clinique (modèle mixte) (Philips et al., 1988 ; Eggert et al., 1991 ; Gagnon et al., 1999). Certains avantages rapportés d'un tel modèle sont la satisfaction personnelle liée à l'interaction continue avec le client dans le temps et à la reconnaissance et au maintien des habiletés de leur profession de base. Un autre élément en faveur du modèle mixte est la plus grande facilité d'établir un lien de confiance avec le client telle que rapportée par les gestionnaires de cas du projet SIPA (Béland et al., 2000). La littérature identifie comme conditions qui facilitent une meilleure continuité de services : une faible charge de cas (45-50) et la présence d'un même gestionnaire de cas ou d'une même équipe ainsi qu'une responsabilité territoriale pour développer une excellente connaissance des besoins et des ressources du territoire (Haslanger, 1995).

Par ailleurs, une équipe de chercheurs du Mathematica Policy Research (Chen et al., 2000) a identifié dans leur rapport *Best Practices in Coordinated Care*, plusieurs caractéristiques associées aux modèles de coordination qui semblent présenter des résultats positifs. On constate que le mécanisme de coordination des soins et des services des Bois-Francs partage la majorité des caractéristiques propres aux expériences américaines de coordination ayant démontré des effets bénéfiques sur les clients et sur l'utilisation des services. D'autres éléments sont cependant à améliorer, notamment le recours au plan de services individualisé, tel que mentionné précédemment. De plus, l'intensité et la diversité de la formation dispensée à l'âgé et à ses aidants méritent d'être accrues afin de favoriser le plus possible leur autonomisation. Les liens entre gestionnaires de cas et médecins de première ligne seraient à renforcer, l'approche interdisciplinaire à développer davantage et les pratiques d'évaluation, de planification et de réévaluation à harmoniser et à consolider. La présence de personnel formé en soins infirmiers à l'intérieur de l'équipe clinique apparaît justifiée pour assurer une plus grande interdisciplinarité. Ce personnel pourrait participer activement au dépistage et au repérage des clientèles, aux activités d'éducation à la santé et

à celles reliées à l'auto-soin et agir comme gestionnaire de cas au sein de l'équipe en place.

### **Modalités organisationnelles**

Le modèle des Bois-Francis a été véritablement conçu comme un réseau intégré de services. Il va bien au-delà de la seule gestion de cas parce qu'il repose sur l'interdépendance de mécanismes de concertation intersectoriels à trois niveaux décisionnels dans la planification des services et qu'il couvre l'ensemble du continuum de soins et des services. Il est reconnu qu'un système de soins intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie comprend : une approche centrée sur le client et ses besoins, un point d'entrée unique, un dépistage des personnes à risque, une transition facilitée entre les organisations, une coordination longitudinale et continue dans le temps, l'information pertinente sur le client accessible à tous ainsi qu'un plan de services interdisciplinaire, en lien étroit avec les soins primaires médicaux (Phillis-Harris, 1998). Pour ce faire, certains changements au niveau des pratiques organisationnelles et du continuum de services s'avèrent nécessaires. Suivant les neuf composantes essentielles d'un programme intégré de services gériatriques publiées par un groupe de travail américain (HMO Workgroup, 1998), le mécanisme de coordination dans les Bois-Francis possède la majorité de ces composantes. Cependant, certains des éléments planifiés au départ n'ont pas tous été implantés et d'autres n'ont pas été intégrés au même degré dans les pratiques au cours des deux premières années d'implantation (dépistage, repérage systématique, intégration des médecins de première ligne). D'autres pourraient être ajoutés au mécanisme afin d'en améliorer éventuellement l'efficacité (gestion de l'épisode de maladie, guides de pratique clinique interdisciplinaires, approche axée sur l'auto-soin, agent de promotion de la santé).

Le modèle actuel a également la particularité de couvrir tout le continuum de soins et de services aux personnes âgées, allant de la promotion-prévention, aux soins curatifs, de réadaptation, palliatifs et d'hébergement. L'accessibilité à un réseau intégré de services et à un large continuum de services adaptés aux besoins de la clientèle aînée est essentielle pour supporter les tâches des gestionnaires de cas si on veut atteindre les objectifs de continuité et d'accessibilité aux services. Les modèles de gestion de cas décrits dans la littérature varient selon le type d'établissement qui les abrite (hôpitaux, agences privées, autres établissements). Le territoire des Bois-Francis a innové dans ce domaine en regroupant une seule équipe de gestionnaires de cas sous la supervision clinique d'un seul coordonnateur même si deux districts y sont impli-

qués. Cette équipe est sous la responsabilité administrative de la Table de concertation et du comité de coordination. Le rôle du coordonnateur clinique et de la coordonnatrice du comité de coordination des services géro-nto-gériatriques constitue une fonction pivot au sens où ils interviennent continuellement avec l'ensemble des partenaires du continuum de services aux aînés.

## **Conclusion**

Le mécanisme de coordination des soins et des services aux personnes âgées des Bois-Francs est une véritable expérience de fonctionnement en réseau intégré de services née de la volonté des personnes en place, sans l'apport initial de ressources humaines ou financières supplémentaires et sans changement majeur aux structures actuelles. Ce modèle de coordination dépasse la seule gestion de cas pour inclure une approche de planification impliquant tous les principaux gestionnaires responsables d'adapter le mieux possible le continuum de soins et de services aux besoins des personnes âgées allant de la prévention aux soins en fin de vie. Ce modèle a nécessité deux ans de réflexion et de discussion avant d'être finalement implanté en février 1997. Il a suscité l'introduction de nombreuses innovations et plusieurs changements dans les modes de pratique et de gestion de même que dans les attitudes et les façons de penser. Ce mécanisme de coordination a entraîné le développement d'un dossier clinique informatisé qui offre de multiples opportunités pour améliorer l'échange d'informations cliniques. L'ajout de guides de pratique clinique représente d'ailleurs une de ces opportunités. L'existence de ce dossier inter-établissements et inter-partenaires constitue un excellent moyen de supporter ce mécanisme de coordination.

Le mécanisme de coordination a été implanté avec succès. Il rejoint la bonne clientèle et il reçoit des références de tous les principaux partenaires. La fonction triage semble bien jouer son rôle. Les gestionnaires de cas assument l'ensemble des fonctions usuelles de la gestion et l'intervention psychosociale. Ils consacrent la majorité de leur temps à l'intervention clinique, la différence servant à la mise à jour de dossier et au déplacement. Un seul gestionnaire de cas est également présent dans la plupart des dossiers, ce qui va dans le sens d'une meilleure continuité. Les trois niveaux de concertation sont là pour rester et personne ne remet en question le mécanisme.

Les résultats des recherches menées sur l'efficacité et les coûts (Durand et al., 2001a ; Durand et al., 2001b) montrent que ce nouveau modèle de coordination a produit des effets importants pour les aînés et

leurs proches : une diminution du désir d'entrer en hébergement et du fardeau pour les aidants, une plus grande proportion d'aînés sans détérioration de leur condition (décès ou hébergement ou perte cliniquement significative de l'autonomie fonctionnelle), une tendance à la baisse de l'hébergement et des retours à l'urgence. Il n'y a cependant pas eu d'effet sur l'utilisation des services hospitaliers, médicaux et pharmaceutiques dans leur ensemble et sur les coûts totaux. Ces résultats militent en faveur d'un impact positif du modèle de coordination de services aux aînés, d'autant plus qu'ils ont été obtenus sans ajout de ressources.

Le mécanisme de coordination a donc franchi avec succès les étapes du développement et d'implantation et se trouve maintenant dans une phase de maturation et de consolidation. Si le nombre et l'étendue des changements à envisager sont moindres qu'au départ, il demeure que certaines adaptations restent à faire pour le rendre encore plus efficace et efficient, particulièrement au plan de l'utilisation des services et des coûts. Des efforts supplémentaires devront, entre autres, être faits pour rejoindre une plus grande proportion des personnes présentant une perte d'autonomie, accroître les échanges cliniques et interdisciplinaires en particulier avec les médecins de première ligne, outiller davantage les gestionnaires de cas pour les habiliter à la gestion de l'épisode de maladie (disease management). Les médecins de première ligne démontrent d'ailleurs beaucoup d'enthousiasme à participer au réseau intégré de services mais ces derniers sont freinés par l'incapacité de les relier au dossier clinique informatisé. Le modèle de coordination développé dans les Bois-Francs n'est pas intégralement transférable dans d'autres territoires ou à d'autres clientèles puisqu'il est essentiel, comme on l'a vu, d'adapter un tel modèle à la clientèle et au milieu. Cependant, plusieurs de ses composantes apparaissent exportables et représentent des conditions en facilitant le succès. En effet, la présence d'une équipe de gestionnaires de cas responsables d'une unité géographique donnée, constituée à partir des ressources humaines provenant d'établissements à mission distincte, témoigne de l'engagement des partenaires et de la volonté d'adapter le plus possible les services aux besoins des clients. D'ailleurs, la même approche a été mise en place dans les Bois-Francs pour les clientèles adultes et jeunesse. La création et le maintien de trois niveaux de planification concourent au développement d'une nouvelle dynamique dans le processus de décision. Les processus d'allocation budgétaire et de gestion financière ne sont cependant pas encore assez adaptés pour bien soutenir cette nouvelle dynamique. La mission poursuivie par le modèle de coordination couvrant tout le continuum de soins et de services allant de la prévention aux soins en fin de vie s'inscrit

dans une logique de réseau intégré de services, telle que prônée par le récent rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (CESSS, 2001). L'évaluation de l'implantation du mécanisme de coordination des services géro-geriatriques des Bois-Francis aura donc permis de bien décrire les différentes composantes, de voir dans quelle mesure il a été implanté en conformité avec ce qui avait été planifié au départ, d'en identifier les points forts et certaines limites dans les conditions actuelles de pratique et de gestion. Elle fournit enfin de l'information aux autres territoires ou régions intéressées à développer un modèle de coordination des soins et services aux personnes âgées en perte d'autonomie ou à d'autres clientèles.

## Note

1. L'évaluation d'implantation a été réalisée grâce au support du CQRS, la Chaire de gériatrie de l'Université Laval, la Table de concertation des établissements des Bois-Francis, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie-Centre du Québec et la Direction de santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec. L'évaluation des effets a été subventionnée par le CQRS, le FRSQ et le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS).

## Références

- ALIOTTA, S. L., AUBERT, R. E., KIRBY, H. B., 1998, A managed care approach to high-risk screening and case management in the elderly, *Effective Clinical Practice*, 1, 2, 93-94.
- AUSTIN, C. D., O'CONNOR, K., 1988, Case management: Components and program contexts, in Petersen, M.D., White, D. L., eds., *Health Care of the Elderly*, Sage, 167-205.
- BÉLAND, F., BERGMAN, H., 2000, *Rapport d'évaluation intérimaire du projet de démonstration*, Groupe de recherche des universités de Montréal et McGill sur les services intégrés pour personnes âgées, Montréal.
- BÉLAND, F., BERGMAN, H., LEBEL P., 2001, *Un système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie : Évaluation de la phase I. Juin 1999 à mai 2000*, Université de Montréal, Université McGill.
- BERNABEI, R., LANDI, F., GAMBASSI, G., SGADARI, A., 1998, Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older living in the community, *British Medical Journal*, 316, 7141, 1348-1351.
- BOISVERT, D., 1990, *Le plan de services individualisé, participation et animation*, Éditions Agence d'ARC inc., Québec.

- BONIN, L., 1993, *Rapport d'expertises de l'organisation des soins et services aux personnes âgées à l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska, sous région des Bois-Francs*, Centre de Santé Publique de Drummondville.
- CAPITMAN, J. A., HASKINS, B., BERNSTEIN, J., 1986, Case management approaches in coordinated community-oriented long-term care demonstrations, *The Gerontologist*, 26, 4, 398-404.
- CHEN, A., BROWN, R., ARCHIBALD, N., ALIOTTA, S., FOX, P. D., 2000, *Best Practices in Coordinated Care*, Mathematica Policy Research Inc.
- COMMISSION D'ÉTUDES SUR LA SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, 2000, *Les solutions émergentes*, Gouvernement du Québec.
- DAVIES, B., 1994, Protéger les personnes âgées dépendantes, Comment améliorer la gestion de cas, *OCDE. Études de politique sociale*, 14, 119-155
- DEPARTMENT OF HEALTH, 1991, *Care Management and Assessment: Practitioners' Guide*, London.
- DURAND, P. J., TOURIGNY, A., BONIN, L., PARADIS, M., LEMAY, A., BERGERON, P., 2001a, *Mécanisme de coordination des services géronto-gériatriques des Bois-Francs*, Projet QC403, Rapport final présenté au Fonds d'adaptation des services de santé, Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval, Centre de recherche du CHA universitaire de Québec (disponible sur : <http://www.crcha.quebec.qc.ca> ou <http://www.rrsss04.gouv.qc.ca>)
- DURAND, P. J., LEMAY, A., TOURIGNY, A., BONIN, L., PARADIS, M., 2001b, *Développement et implantation d'un système de prix de revient des soins et des services à domicile dans le cadre du projet de démonstration d'un réseau intégré des services dans les Bois-Francs avec une coordination de services par gestion de cas (case-management)*, Projet QC123, Rapport final présenté au Fonds d'adaptation des services de santé, Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval, Centre de recherche du CHA universitaire de Québec (disponible sur : <http://www.crcha.quebec.qc.ca> ou <http://www.rrsss04.gouv.qc.ca>)
- EGGERT, G. M., ZIMMER, J. G., HALL, J., FRIEDMAN, B., 1991, Case management : a randomized controlled study comparing a neighborhood team and a centralized individual model, *Health Services Research*, 26, 4, 471-507.
- FOUGEYROLLAS, P., 1996, *Révision de la proposition québécoise de classification : Processus de production du handicap*, Réseau international sur le processus de production du handicap, Québec.
- GAGNON, A. J., SCHEIN, C., MCVEY, BERGMAN, L., 1999, Randomized controlled trial of nurse case management of frail older people, *Journal of the American Geriatric Society*, 47, 1118-1124.

- GARANT, L., BOLDUC, M., 1990, *L'aide par les proches : mythes et réalités*, Direction de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.
- HASLANGER, K. D., 1995, Is case management of any value? What is the evidence? *Journal of Long-term Home Health Care*, 14, 2, 37-43.
- HÉBERT, R., 1997a, Functional decline in old age, *Canadian Medical Association Journal*, 157, 8, 1037-1045.
- HÉBERT, R., 1997b, *Services requis par les personnes âgées en perte d'autonomie, évaluation clinique et estimation des coûts selon le milieu de vie*, Direction de la recherche et de l'évaluation, Gouvernement du Québec.
- HMO WORKGROUP ON CARE MANAGEMENT, 1998, Essential component of geriatric care provided through health maintenance organization, *Journal of the American Geriatric Society*, 46, 303-308.
- HOLLANDER, M., 1995, *Pour un système de soins de santé viable au Canada*, Université d'Ottawa.
- KOSBERG, J. I., 1992, An overview of case management for the elderly in the United States, *Hong Kong Journal of Gerontology*, 6, 1, 13-21.
- MILES, M. B., HUBERMAN, A. M., 1994, *Qualitative Data Analysis*, Sage Publications, Thousand Oaks California.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2001, *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, Gouvernement du Québec.
- MORROW-HOWELL, N., 1992, Clinical case management: the hallmark of gerontological social work, *Journal of Gerontological Social Work*, 18, 3 et 4, 119-131.
- NETTING, F. E., WILLIAMS, F. G., 1999, Geriatric case managers: Integration into physician practices, *Care Management Journal*, 1, 1, 3-9.
- PARADIS, M., BONIN, L., TOURIGNY, A., DURAND, P., 2001, *Réseau de services intégrés aux aînés des Bois-Francs : mécanisme de coordination des services géronto-gériatriques*, Rapport d'implantation et de processus, Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval, Centre de recherche du CHA universitaire de Québec ((disponible sur : <http://www.crcha.quebec.qc.ca> ou <http://www.irsss04.gouv.qc.ca>)
- PARADIS, M., TOURIGNY, A., 1993, *Étude de pertinence quant à l'expérimentation de modèles de coordination de soins et de services aux personnes âgées en perte d'autonomie*, Centre de santé publique de Québec.



- PATTON, M. Q., 1990, *Qualitative Evaluation and Research Methods*, Sage Publications.
- PHILIPS, B. R., KEMPER, P., APPLEBAUM, R. A., 1998, The evaluation of the national long term care demonstration, *Health Services Research*, 23, 1, 67-81.
- PHILIPS-HARRIS, C., 1998, Case management: High-intensity care for frail patients with complex needs, *Geriatrics*, 53, 2, 62-69.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE DU QUÉBEC, 2000, *Profils socio-démographiques, région socio-sanitaire de la Mauricie et du Centre du Québec*.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX MAURICIE-BOIS-FRANCS, 1996, *Enquête sociale et de santé : Rapport régional de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, Direction de la santé publique, Santé Québec.
- SANTÉ QUÉBEC, 1995, *Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, 1*, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- STUCK, A. E., MINDER, C. E., PETER-WÜEST, I., GILLMAN, G., EGLI, C., KESSELRING, A., LEU, R. E., BECK, J., 2000, A randomized trial of in-home visits for disability prevention in community-dwelling older people at low and high risk for nursing home admission, *Archives of Internal Medicine*, 160, 977-986.
- STUCK, A. E., WIELAND, D., RUBESTEIN, L. Z., 1995, Comprehensive geriatric assessment: Meta analysis of main effects and elements enhancing effectiveness, 11-27, in Rubenstein, L. Z., Wieland, D., Bernabei, R., eds., *Geriatric Assessment Technology: The State of the Art*, Kurtis, Milano.
- STUCK, A. E., SIU, A. L., WIELAND, D., 1993, Comprehensive geriatric assessment: Meta analysis of controlled trials, *Lancet*, 342, 1032-1036.
- TOURIGNY, A., GAGNON, C., MILLER-STRYCKMAN, J., BERGERON, P., PARADIS, M., THOMASSIN, L., 1996, *L'allocation directe au Québec : des modes de fonctionnement variés, des points de vue à faire connaître*, Centre de santé publique de Québec.
- TOURIGNY, A., CÔTÉ, L., LABERGE, A., PARADIS, M., JOUBERT, P., 1993, *Évaluation du programme québécois des centres de jour, Unité de recherche en santé communautaire*, Centre hospitalier de l'Université Laval, Centre de santé publique de Québec.
- TRAHAN, L., 1989, *Les facteurs associés à l'orientation des personnes âgées dans des établissements d'hébergement : une revue de littérature*, Service

de l'évaluation, Réadaptation et services de longue durée, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.

TRAHAN, L., BOLDUC, L., 1990, *Le point sur le programme d'évaluation portant sur la réponse aux besoins de longue durée des personnes âgées*, Service de l'évaluation, Réadaptation et services de longue durée, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.

VANCHIERI, C., 1998, Eyes on the elderly, *Hospitals and Health Networks*, 72, 12, 54-55.

YARMO, D., 1998, Research directions for case management, *Journal of Case Management*, 7, 2, 85-91.

## **ABSTRACT**

### **Assessment of the implementation of an innovative experience: network of integrated services for the elderly in the Bois-Franc region**

Conscious of problems related to coordination of services for the elderly on its territory, the working group on health and social services of the Bois-Francs in the Mauricie and Centre-du-Québec regions implemented in February 1997, after two years of planning, a new coordination model of services for the frail elderly. This model is innovative because it combines the unique entry, case management, individualized services plan as well as the presence of three levels of concertation: strategic, tactical and clinical. The model also has the characteristic of offering comprehensive services to the elderly. This article describes the major results of an assessment of the implementation and process of this model. This assessment aimed at documenting the activities and functions of the coordination mechanism of services in order to see to what extent the model implemented and its functioning is close or not to the one proposed and this, in a perspective of bringing the necessary adjustments. The major results on clientele reached, various functions of a team of case managers and organization of work are discussed in the light of other studies on coordination of services for frail older people. Suggestions regarding these results and those pertaining to efficiency and cost in another study are made in order to improve the efficiency of the model. Many components of this new model could be applied to other clientele.

## RESUMEN

### **Evaluación de la implantación de una experiencia novedosa: la red integrada de servicios para ancianos de los Bois-Francs**

Consciente de la existencia de problemas de coordinación de servicios para ancianos de su territorio, la mesa de concertación de los servicios de salud y de servicios sociales de los Bois-Francs en la región Mauricie y del Centro-del-Québec estableció en febrero 1997, después de dos años de planificación, un modelo nuevo de coordinación de cuidados y de servicios a los ancianos con pérdida de autonomía. Este modelo es novedoso porque combina el portillo único de entrada, la gestión de caso, el plan de servicios individualizados y la presencia de tres niveles de concertación: estratégico, táctico y clínico. Tiene también la particularidad de cubrir el continuum de cuidados y de servicios a los ancianos. Este artículo describe los resultados principales de la evaluación y del proceso de establecimiento. Esta evaluación quería documentar las actividades y funciones centrales del mecanismo de coordinación para ver como el modelo establecido y su funcionamiento se acercan o no del modelo previstado a dentro una perspectiva de llevar ajustes si necesario. Los resultados principales sobre la clientela, sobre las funciones asumidas por el equipo de gestión de caso y sobre la organización del trabajo están discutidos a la luz de otras investigaciones sobre la coordinación de cuidados y de servicios a personas ancianas en pérdida de autonomía. Se hacen sugerencias a la vista de estos resultados y de los apuntados sobre la eficacia y de los costos de otra investigación para mejorar la eficacia de este modelo de coordinación de cuidados y de servicios a los ancianos. Sin ser generalizables de entrada componentes del modelo nuevo podrían ser reutilizadas con otras clientelas.

## RESUMO

### **Avaliação da implantação de uma experiência inovadora: rede integrada de serviços aos idosos de Bois-Francs**

Consciente da existência de problemas relacionados à coordenação dos serviços prestados aos idosos em seu território, a mesa redonda sobre os serviços de saúde e os serviços sociais de Bois-Francs na região de Mauricie e do Centro do Quebec implantou, em fevereiro de 1997, após dois anos de planejamento, um novo modelo de coordenação dos cuidados e serviços prestados às pessoas idosas com perda de autonomia. Este modelo é inovador porque ele inclui o balcão ou a porta de entrada única, a gestão de casos, o plano de serviços individualizado e a

presença de três níveis de acordo: estratégia, tática e clínica. Ele também tem a particularidade de englobar todo o processo de cuidados e serviços prestados aos idosos. O presente artigo descreve os principais resultados da avaliação da implantação e do processo. Esta avaliação teve como objetivo documentar as atividades e funções centrais do mecanismo de coordenação dos serviços, para verificar em que medida o modelo implantado e seu funcionamento se aproximam ou não do modelo esperado e estudar as possíveis mudanças necessárias. Os principais resultados obtidos junto a esta clientela, nas funções assumidas pela equipe de gestão de caso e na organização de trabalho, são abordadas aqui e discutidas em relação a outros estudos sobre a coordenação de cuidados e de serviços aos idosos com perda de autonomia. Os autores trazem algumas sugestões com respeito a estes resultados, e aos que tratam sobre a eficácia e os custos, tirados de uma outra pesquisa para melhorar a eficácia e a eficiência deste modelo de coordenação de cuidados e de serviços prestados aos idosos. Sem que este novo modelo possa ser aplicado a todas as circunstâncias, várias de suas características poderiam ser utilizadas junto a outros clientes.