

**RECHERCHE ÉVALUATIVE D'UN MODÈLE DE RÉSEAU DE SERVICES INTÉGRÉS
AVEC UNE APPROCHE DE GESTION DE CAS (CASE MANAGEMENT)
AUPRÈS DES AÎNÉS PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE**

RAPPORT FINAL
FCRSS # RC1-0769-05
2001-2004

Équipe de recherche

Daniel Boisvert, Ph.D.
Lucie Bonin, Md
Germain Couture, Ph.D.
Clémence Dallaire, Ph.D.
André Tourigny, Md

Autres membres de l'équipe

Jocelyne Bélanger, MSSS
Marielle Bonin, CSDI MCQ
Andrée Deschênes, CRDI de Québec
Isabelle Guay, Centre hospitalier de Charlevoix
Jean Voyer, CSDI MCQ

Octobre 2006

Remerciements

La contribution des personnes âgées présentant une déficience intellectuelle a été particulièrement remarquable tout au long de ces années au cours desquelles nous avons pu apprécier leur collaboration. De même, cette contribution s'est avérée constante de la part du personnel des CRDI qui ont participé à cette recherche de même que des personnes responsables de fournir l'hébergement aux personnes âgées.

Cette recherche a aussi été rendue possible grâce à de nombreuses contributions qui ont permis de réaliser les diverses enquêtes auprès de la population âgée, de compiler et d'assurer le traitement des données. Leur travail a permis d'établir des données fiables et en a facilité l'analyse.

De plus, nous avons pu prendre connaissance des divers écrits, articles scientifiques ou autres, à la suite du travail de recherche bibliographique mené avec précision et de manière relativement exhaustive. Nous avons apprécié le soutien de cette équipe composée notamment de mesdames Suzanne Vincent, Annie Buisnières et Zorha Benouni.

À vous toutes et tous, merci beaucoup.

La recherche a été financée par:

La Fondation canadienne de recherche sur les services de santé
Le Fonds québécois de recherche sur la société et la culture
Le Ministère de la Santé et des services sociaux
Et par les partenaires décideurs impliqués:
Le Centre de services en déficience intellectuelle de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec
Le Centre hospitalier de Charlevoix

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES UTILISÉS DANS LE DOCUMENT

AVD	Activités de la vie domestique
AVQ	Activités de la vie quotidienne
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CIDIH	Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CSDI MCQ	Centre de services en déficience intellectuelle de la Mauricie et du Centre-du-Québec
CLSC	Centre local de services communautaires
DCI	Dossier clinique informatisé interdisciplinaire et inter établissements
MED-ÉCHO	Système hospitalier de gestion des informations MED-ÉCHO
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OÉMC	Outil d'évaluation multiclientèle
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
PPDI	Personne présentant une déficience intellectuelle
PI	Plan d'intervention
PSBE	Politique Santé et Bien-être
PSI	Plan de services individualisé
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RSI	Réseau de services intégrés
SIC-CLSC	Système-cible d'information sur la clientèle des CLSC
SICHSLD	Système-cible d'information sur la clientèle en Centre hébergement de soins de longue durée
SIC-DI	Système-cible d'information sur la clientèle en déficience intellectuelle
SIGG	Système d'information géronto-gériatrique
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle

TABLE DES MATIÈRES

Implications pour les décideurs des CRDI et des réseaux locaux de services :	i
Résumé	I
Problématique de recherche	I
Résultats sommaires	I
1. Contexte	1
1.1 Vieillesse et déficience intellectuelle	1
1.2 Un programme clientèle à l'intention des PPDI âgées	2
1.3 L'accès des PPDI âgées à un réseau de services intégrés (RSI)	3
2. Implications et enseignements tirés des résultats de la recherche	6
2.1 Intégration des services au niveau normatif	6
2.2 Intégration des services au niveau clinique et informationnel	6
2.3 Intégration des services au niveau organisationnel et financier	7
3. Approche	7
3.1 Implantation du programme-clients aux PPDI âgées.....	8
3.2 Mise en œuvre du réseau de services intégrés (RSI) pour les PPDI âgées	8
3.3 Effets observés sur les PPDI âgées et la perception des principaux acteurs	9
4. Résultats	12
4.1 Le programme aux aînés s'est-il implanté dans les territoires à l'étude tel qu'il avait été planifié?	12
4.2 Quel est le degré de mise en œuvre du réseau de services intégrés pour les PPDI âgées ?	12
4.2.1 Description des stratégies mises en place au niveau stratégique, tactique et clinique ..	12
4.3 Quels sont les effets observés sur la clientèle et sur le recours aux services et quelles sont les perceptions des principaux acteurs suite à l'implantation du réseau de services intégrés?	15
4.3.1 – Effets observés sur la clientèle PPDI âgée	15
4.3.2 Perception des acteurs du nouveau mode d'organisation des services : RSI	19
4.4 Discussion et interprétation des résultats	22
5. Propositions de recherches futures	25
 ANNEXES	
LE PROGRAMME CLIENTÈLE AÎNÉ EN CRDI.....	27
DESCRIPTION ET RÉSULTATS D'IMPLANTATION DU RÉSEAU DE SERVICES INTÉGRÉS	34
TABLEAUX DES RÉSULTATS DE RECHERCHE SUR LES EFFETS.....	37
ACTIVITÉS DE TRANSFERT DES CONNAISSANCES	51
RÉFÉRENCES	53

Implications pour les décideurs des CRDI et des réseaux locaux de services

- Le profil d'autonomie des PPDI renforce la nécessité d'un accompagnement optimal des PPDI âgées dans le but d'assurer leur participation sociale. L'approche de gestion de cas apparaît des plus pertinentes pour le suivi optimal du plan de services individualisé touchant l'ensemble des besoins de services des PPDI (promotion de la santé, intégration communautaire, au travail et aux loisirs, transports, réadaptation, soins de santé primaire etc.)
- L'implantation complète d'un RSI nécessite quelques années de sorte que les effets sont plus susceptibles d'apparaître à moyen terme (3 ans et +) qu'à court terme (1 à 2 ans).
- L'implantation d'un programme clientèle et d'un RSI a tout avantage à être soutenue par des protocoles d'interventions, des suivis systématiques, en particulier pour la médication chez les PPDI âgées.
- La convivialité des échanges cliniques pour le travail interdisciplinaire et en réseau ainsi que l'accès à des données fiables pour la planification et l'organisation des services est un besoin reconnu par tous et représente un défi majeur d'intégration des systèmes d'information.
- Les défis posés par l'intégration des services incitent à poursuivre un véritable partenariat des acteurs dans le domaine de la déficience intellectuelle, de la gérontologie et de la gériatrie.
- Les décideurs ministériels, régionaux et locaux devront incorporer les stratégies d'intégration des services à l'intérieur des ententes de gestion entre organisations, assurant l'accès au RSI des PPDI de tout âge.
- En déficience intellectuelle, très peu d'expériences d'intégration de services entre différents partenaires ont été réalisées de façon systématique. Encore moins d'études décrivent et surtout évaluent les effets potentiels sur cette clientèle des modèles de services intégrés reconnus efficaces. Les résultats présents incitent à poursuivre les efforts de recherche en concertation avec les décideurs sur du plus long terme.

Résumé*Problématique de recherche*

Le vieillissement des personnes présentant une déficience intellectuelle (PPDI), leur espérance de vie accrue et le caractère individualisé de leurs besoins amènent de nouveaux défis pour une organisation des services adaptée. Ces personnes disposent généralement de moins de ressources que les PPDI plus jeunes et que les autres personnes âgées en général¹. L'Organisation mondiale de la santé (OMS)² reconnaît aussi que les PPDI âgées sont souvent les dernières à bénéficier de services de soins de santé primaire. Suite à une enquête portant sur les caractéristiques et besoins des usagers âgés de 55 et plus en 1994¹, un programme clientèle a été implanté par les CRDI participant à la recherche (Québec, Charlevoix et Mauricie/Centre-du-Québec). La recherche menée depuis 2001, visait à évaluer les effets sur les PPDI âgées du modèle de réseau de services intégrés (RSI) reconnu pour diverses clientèles vulnérables (santé mentale, âgés en perte d'autonomie) et intégrant notamment l'approche de gestion de cas (case management), un guichet unique et le suivi du plan de services individualisé (PSI), tel que défini dans le modèle PRISMA³.

Résultats sommaires

L'implantation du programme aux PPDI et du RSI a été plus lente que prévu. Une faible proportion (15%) des PPDI faisant partie de la recherche évaluative a été exposée à la gestion de cas. Une autre observation importante est que la majorité des PPDI des deux cohortes de recherche ont un profil d'autonomie (profil Iso-SMAF > 4, fig.1, annexe 2) comparable à la clientèle devant bénéficier de la gestion de cas. Le RSI n'a eu aucun effet sur l'autonomie fonctionnelle, l'utilisation des médicaments, le recours aux services médicaux et hospitaliers. Par contre, les personnes interrogées, tant décideurs et gestionnaires qu'intervenants, ne remettent pas en question le modèle et au contraire, proposent plusieurs ajustements. Les changements de pratiques des intervenants des CRDI exigent sensiblement les mêmes efforts d'appropriation que

ceux exigés par la mise en place du RSI. Les décideurs du CSDI MCQ, en concertation avec les équipes, devront analyser le risque de duplication de tâches entre les éducateurs et les gestionnaires de cas et parfaire l'appropriation de cette approche à tous les niveaux. La rareté des recherches portant sur les RSI et les PPDI aînées nous force à discuter des résultats à la lumière de celles portant sur l'ensemble des personnes aînées. L'absence d'effet sur l'autonomie fonctionnelle a aussi été mise en évidence dans l'Étude PRISMA⁴. Par contre, cette étude a mis en évidence un effet significatif sur le déclin fonctionnel dans les deux dernières années d'un suivi de cohorte de quatre ans. Tout comme la présente étude, elle avait été marquée par une implantation beaucoup plus lente qu'anticipée du RSI. La proportion observée dans la présente étude de personnes prenant au moins un médicament (entre 91 % et 97 % selon les groupes) est supérieure à celle de recherches menées auprès des personnes âgées de 65 ans et plus vivant dans la communauté et qui se situent davantage autour de 85 %^{5 6}. Elle se compare davantage à la proportion observée de 97 % chez une clientèle de soins à domicile aux États-Unis⁷ ou encore 94% chez une clientèle institutionnalisée au Québec⁸. Les proportions de prescriptions potentiellement inappropriées sont élevées dans les deux groupes. Elles sont comparables à celles mesurées par Stuart⁹ chez les personnes de moins de 65 ans avec incapacités aux États-Unis, 31,5%, ou à des personnes âgées de 65 ans et plus de dix HMO américains (de 23% à 36,5%)⁶, mais supérieures à celles en résidence d'accueil, 16%¹⁰ et à celles vivant dans la communauté aux États-Unis en 1996, 21,3%⁵. La consommation appropriée de médicaments en lien avec les maladies et les incapacités à l'origine de leur profil d'autonomie mérite d'être mieux évaluée et suivie. Plusieurs stratégies existent pour améliorer l'utilisation des médicaments et il faudrait en discuter l'applicabilité auprès de cette population. Par exemple, la Saskatchewan en identifie cinq parmi les plus efficaces auprès de la population âgée¹¹. Ces stratégies sont : le travail en équipe interdisciplinaire avec la présence de gestionnaire de cas et de pharmaciens communautaires,

l'éducation continue des professionnels, par le biais de pharmaciens, de médecins, ou d'infirmières spécifiquement entraînés à ce rôle, la rétroaction et l'établissement de critères de performance, des systèmes de support à la décision et les approches réglementaires. Très peu de recherches ont mis en évidence les effets des RSI sur l'utilisation des services. PRISMA¹² et la recherche menée dans les Bois-Francis¹³ n'ont pas eu d'effet sur la consommation hospitalière ou encore celle auprès de médecins. Pour parvenir à produire des effets sur le recours aux services, il semble bien que les expériences qui ont réussi pouvaient compter sur une forte intensité de coordination et la présence de protocoles d'interventions ou de suivis systématiques de clientèles. En conséquence, les recherches combinant la gestion de cas et la gestion de l'épisode de maladie (*disease management*), avec un suivi intensif et des protocoles de soins bien établis, rapportent des effets marqués sur le recours aux services hospitaliers, aux services d'urgence ou aux consultations médicales^{14 15 16 17 18 19}. Or l'évaluation d'implantation confirme que les outils d'évaluation recommandés dans le programme clientèle sont peu utilisés. La présence accrue d'expertise de pharmaciens n'a pas été possible. En conclusion, l'absence d'effets ne devrait pas être interprétée comme une preuve de l'inefficacité de l'intégration des services auprès de cette clientèle. En effet, à la fois le programme et le RSI ont souffert d'une implantation plus lente qu'anticipée, notamment la gestion de cas a rencontré de nombreux obstacles au plan clinique. Cependant, la mise en place de l'approche de gestion de cas est très pertinente selon les profils d'autonomie observés des PPDI. Les perceptions positives des gestionnaires et intervenants invitent plutôt à poursuivre les recherches tout en renforçant l'importance d'assurer une période d'appropriation suffisante des stratégies d'intégration des services. Ces résultats soutiendront la prise de décision à l'égard de la consolidation de la participation des CRDI au réseau local de services maintenant en place et la généralisation et l'adaptation de l'approche de gestion de cas pour les PPDI.

1. Contexte

1.1 Vieillesse et déficience intellectuelle

L'amélioration des conditions de vie et l'accessibilité à de meilleurs services de santé contribuent à l'augmentation de l'espérance de vie de la population; réalité également vécue par les personnes présentant une déficience intellectuelle (PPDI). En fait, l'espérance de vie de ces personnes s'est grandement accrue au cours des dernières décennies si bien qu'elle se rapproche de celle de la population ²⁰, Bien que le processus de vieillissement des PPDI soit similaire à celui de la population générale, certaines présentent des problèmes de vieillissement prématuré, par exemple les personnes multihandicapées, celles ayant un syndrome de Down ou une déficience plus sévère. Il est également démontré que le vieillissement des PPDI peut entraîner une augmentation des problèmes de dépression, des troubles de l'anxiété et de démence²¹. Au chapitre de l'intégration sociale, on note enfin que les PPDI, à l'instar des autres aînés, sont susceptibles de connaître la perte ou la désintégration de leur réseau social et une plus grande mobilité résidentielle²². Ils ont cependant moins accès que les autres personnes âgées à des services communautaires visant leur intégration sociale de même qu'ils sont susceptibles d'avoir un accès plus restreint aux services sociosanitaires à cause de cloisonnements entre les diverses organisations²³. Malgré leur état de vulnérabilité et des besoins grandissants, ces personnes disposent généralement de moins de ressources, à la fois, que les PPDI plus jeunes et que les autres personnes âgées en général¹. Certaines recherches indiquent pourtant que, lorsque la qualité des soins dispensés est appropriée, ces personnes peuvent malgré tout récupérer leur autonomie et maintenir leurs comportements adaptatifs malgré le vieillissement et les problèmes qui en découlent ^{22 23}. Le vieillissement des PPDI amène donc des situations de vie nouvelles vis-à-vis lesquelles les résultats de recherche demeurent encore fragmentaires²⁴ et l'organisation de services appropriés souvent fragile²⁵. L'avancement en âge des PPDI et le caractère individualisé

de leurs besoins rendent donc nécessaires des recherches et des efforts de compréhension additionnels en vue de la planification de services adéquats, accessibles, continus et intégrés²⁴. Le suivi individualisé d'une clientèle âgée avec limitation d'autonomie demande beaucoup de soutien de la part du réseau naturel et nécessite la concertation des intervenants de divers réseaux de services. En 1990, Hawkins et Eklund²⁶ ont relevé que les besoins de services les plus cités à l'intention des PPDI âgées sont la gestion de cas, les services de jour incluant les soins de santé physique et mentale, les soins à domicile, les programmes de retraite, les services de répit, le transport, les alternatives pour le logement, le support aux familles et la formation des intervenants. L'Organisation mondiale de la santé (OMS)² reconnaît aussi que les PPDI âgées sont souvent les dernières à bénéficier de services de soins de santé primaire intégrant des services de prévention et de promotion de la santé.

1.2 Un programme clientèle à l'intention des PPDI âgées

En 1997, le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS)²⁷ soulignait que les PPDI âgées sont très limitées dans tous leurs choix, qu'elles sont généralement victimes de préjugés sociaux (infantilisation, surprotection et infériorisation) et, finalement, peu stimulées socialement. Le MSSS déplorait alors l'absence de programme spécifique et de services coordonnés correspondant à leurs véritables besoins.

Suite à une enquête sur les caractéristiques biopsychosociales des personnes âgées de 55 ans et plus présentant une déficience intellectuelle¹ et à une consultation auprès de l'ensemble des intervenants, le Centre de services en déficience intellectuelle de la Mauricie et du Centre-du-Québec (CSDI MCQ) a élaboré un programme d'interventions cliniques spécifique aux PPDI âgées. Ce programme clientèle pour les personnes âgées de 55 ans et plus a ensuite été révisé et mis à jour en 2001, en concertation avec les Centres de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) de Charlevoix et de Québec. Le programme, dont on retrouve les grandes lignes à

l'annexe 1, vise trois objectifs principaux soit: 1) contribuer à l'amélioration de la santé physique et mentale des PPDI; 2) favoriser leur intégration sociale et communautaire; 3) assurer l'accès à une gamme de services adaptés et coordonnés. Ces objectifs s'inscrivent très bien dans le cadre de l'objectif 19 de la Politique de la santé et du bien-être du Québec (PSBE), soit de « diminuer les situations qui entraînent un handicap pour les personnes ayant des incapacités ». Pour les PPDI âgées, l'adaptation au processus de vieillissement devrait donc être soutenue par des **interventions préventives** (ex: dépistage des maladies chroniques et des pertes sensorielles, promotion de saines habitudes de vie, adaptation du domicile), des **interventions curatives** (ex: évaluations interdisciplinaires touchant l'utilisation optimale des médicaments ainsi que le traitement des problèmes biopsychosociaux) et des **interventions d'intégration sociale et de réadaptation** visant le maintien et la réhabilitation des habilités nécessaires aux activités de la vie quotidienne et de citoyen à part entière. Par exemple, il peut s'agir de réadaptation à domicile, de support domotique et architectural, de transport adapté et d'intégration aux loisirs et aux mouvements associatifs des personnes âgées. Cet éventail de besoins illustre à lui seul le défi des concertations nécessaires entre divers partenaires intersectoriels pour s'assurer de la qualité et de la coordination des services aux PPDI âgées. Ce programme clientèle a été implanté progressivement par les trois CRDI participant à l'étude.

1.3 L'accès des PPDI âgées à un réseau de services intégrés (RSI)

En s'appuyant sur les orientations récentes aux plans national²⁸ et régional²⁹ sur l'organisation des services aux aînés, le CSDI MCQ voulait promouvoir les pratiques professionnelles et organisationnelles reconnues efficaces et efficientes basées sur l'intégration de services lors de l'implantation du programme clientèle âgée. Depuis 1997, un réseau de services intégrés (RSI) pour les personnes âgées de la population générale est implanté dans la sous-région des Bois-Francs (MRC de l'Érable et d'Arthabaska). L'évaluation de ce projet a déjà démontré des effets

positifs sur l'autonomisation et l'autonomie des aînés et le fardeau de leurs proches aidants³⁰. Le modèle développé repose principalement sur trois des meilleures pratiques identifiées par Hollander et Walker (1998)³¹ à l'égard de l'intégration et de la continuité des services c'est-à-dire un guichet unique de coordination de services, la gestion par cas (case-management) et le suivi du plan de services individualisé. L'intégration des services se produit lorsqu'une gamme complète de services est accessible aux usagers qui en ont besoin et que ces services sont coordonnés de façon à ce que l'on offre le bon service, à la bonne personne, au bon moment, au bon endroit, au meilleur coût humain et social, sans que l'utilisateur ait lui-même à se « battre » pour obtenir ce service³². Pour une meilleure accessibilité et coordination de services, l'intégration des services doit être effectuée à plusieurs niveaux : l'intégration normative, celle de la vision commune essentielle de tous les acteurs; l'intégration clinique, celle de l'accès à un continuum de services et de pratiques interdisciplinaires (protocoles de repérage et d'interventions communs, gestion de cas etc.), soutenant la continuité et la coordination des services d'intensité adaptée aux besoins des clientèles; l'intégration informationnelle. Il y a aussi l'intégration des outils communs et des systèmes d'information; l'intégration organisationnelle, celle des modes de gouvernance et de gestion et l'intégration financière ainsi que celle des modes d'allocation des ressources, qui favorisent le décloisonnement des organisations^{33 34}. Par ailleurs, au plan clinique l'OMS² suggérerait de mettre en application une de ces stratégies soit la gestion de cas afin de desservir les PPDI aînées. La gestion de cas reflète les besoins humains de la société post-industrielle; elle existe parce que les problèmes multiples nécessitent des interventions d'équipes interdisciplinaires³⁵. La gestion de cas est un processus intégré d'identification et de satisfaction des besoins individuels avec les ressources disponibles, en tenant compte du fait que lesdits besoins sont spécifiques aux intéressés. Pour cette raison, le processus met l'accent sur l'adaptation des services aux besoins plutôt que sur l'adaptation des individus aux services

existants. C'est un moyen de rendre imputable une ou des personnes qui sont responsables de développer un plan de services individualisé avec la personne de même qu'avec son réseau de support et de s'assurer que ces services soient rendus et bien rendus et de défendre les intérêts du client et de sa famille^{36 37}. C'est donc à un tel modèle de RSI que se joignait, en 2002, le CSDI MCQ afin de donner accès à sa clientèle de PPDI âgées au même continuum de services que la population générale. Les similitudes et les constances identifiées dans les besoins de ces populations représentent des défis communs qui incitent à un véritable partenariat et à une mise en commun des énergies et des expertises de l'ensemble des acteurs du domaine de la déficience intellectuelle et de ceux de la gérontologie et de la gériatrie. Dans le domaine de la déficience intellectuelle, très peu d'expériences d'intégration de services entre différents partenaires ont été réalisées de façon systématique. Encore moins d'études décrivent et surtout évaluent les effets potentiels des nouveaux modèles de services intégrés reconnus efficaces sur cette clientèle³⁸. L'objet de la présente recherche était d'évaluer les effets de la participation de la clientèle desservie par le CSDI MCQ au RSI visant l'ensemble de la population âgée des territoires des Bois-Francs. Pour bien cerner et analyser ces effets, on devait aussi documenter jusqu'à quel point le programme clientèle et le réseau de services intégrés sont implantés. Les résultats sont présentés selon les trois principales préoccupations des décideurs :

- Le programme clientèle aux âgés s'est-il implanté dans les territoires à l'étude tel qu'il avait été planifié?
- Quel est le degré de mise en œuvre du réseau de services intégrés (RSI) pour les PPDI âgés?
- Quels sont les effets observés sur la clientèle des PPDI âgées et sur le recours aux services et quelles sont les perceptions des principaux acteurs à la suite de l'introduction de ce nouveau mode d'organisation de services ?

2. Implications et enseignements tirés des résultats de la recherche

2.1 Intégration des services au niveau normatif

La phase d'appropriation doit être assez longue pour établir un climat de confiance et pour susciter la mise en place de bons réseaux de communication.

Mise en forme : Puces et numéros

2.2 Intégration des services au niveau clinique et informationnel

La clientèle rejointe correspond au profil de la clientèle cible décrite dans le cadre fonctionnel ainsi qu'aux personnes âgées en perte d'autonomie dans la population générale ayant besoin de la gestion de cas. Cependant la majorité de la clientèle en déficience intellectuelle serait susceptible de bénéficier d'un RSI. D'après le portrait dressé de l'ensemble des deux cohortes à l'étude le confirme (fig. 1 profils Iso-SMAF, annexe 2).

Mise en forme : Puces et numéros

Supprimé : et

Supprimé : aussi celle

Supprimé : pour les personnes âgées en perte d'autonomie dans la population générale

Supprimé : ;

Supprimé : l

Supprimé : Le

Supprimé : Quels ont été

Supprimé : les effets du

Comment contrer le ralentissement de l'implantation du programme clientèle ? Il est important de donner les moyens de soutenir l'introduction de nouvelles pratiques lors de l'implantation d'un programme clientèle, notamment des protocoles interdisciplinaires.

Certaines composantes du RSI ont été plus difficiles à implanter. Par exemple, la gestion de cas demande un effort de compréhension commune de l'ensemble des intervenants. Les décideurs du CSDI MCQ, en concertation avec les équipes, devront clarifier davantage les responsabilités de coordination des services du gestionnaire de cas avec celles de l'éducateur responsable du dossier

Supprimé : faciles

Supprimé : ,

Supprimé : l

Supprimé : plus d'

Supprimé : par

et du conseiller en intervention. Ils devront s'assurer de l'appropriation de cette approche par tous et à tous les niveaux du CSDI. Ce manque d'appropriation a probablement contribué au nombre peu élevé de clients référés en gestion de cas.

Supprimé : et

Supprimé : parfaire

Supprimé : Ceci

Supprimé : au peu

Supprimé : élevé

Supprimé : de référence

Le travail en interdisciplinarité d'une équipe de gestion de cas présente encore plusieurs défis dont l'acceptation pour des disciplines différentes de partager la même fonction clinique.

Mise en forme : Puces et numéros

Des mécanismes d'échanges formels et la formation conjointe des intervenants des diverses organisations sont une condition de réussite au travail interdisciplinaire en réseau.

Supprimé : de

La non intégration des systèmes d'information existants (tels que SIC-DI, SIC-CLSC, SICHELD et DCI-SIGG etc.) rend difficiles les échanges cliniques en temps réel pour le suivi interdisciplinaire des PPDI. Il rend aussi difficile le monitoring de la clientèle, celui des interventions et de la consommation des services, si utiles pour la rétroaction sur les pratiques et la reddition de compte. Les acteurs rencontrés trouvent essentiels l'obtention de données valides et fiables pour alimenter les décisions des intervenants, des gestionnaires et des décideurs.

Supprimé : :

Supprimé : ;

Supprimé : tant

Supprimé : que

2.3 Intégration des services au niveau organisationnel et financier

Pour consolider le RSI et la gestion de cas supportant la participation sociale des PPDI, des mécanismes de concertation des acteurs intra, intersectoriels et communautaires devront être renforcés, donnant un meilleur accès aux PPDI aux services de la communauté.

Mise en forme : Puces et numéros

Les ententes de services et de gestion entre les partenaires régionaux et locaux lors de la mise en place des réseaux locaux au Québec vont-elles faciliter ces stratégies d'intégration des services et le partage des coûts pour la coordination des services ? Le défi soulevé pour consolider et généraliser cette approche et donner accès au RSI aux PPDI de tout âge, exige cette concertation.

Supprimé : va exiger

Globalement, l'absence d'effets ne devrait pas être interprétée comme une preuve de l'inefficacité d'une meilleure intégration des services auprès des PPDI étant donné les problèmes rencontrés lors de l'implantation, puisque peu de personnes du groupe expérimental ont véritablement été exposés et les limites associées à la mesure de certains effets. Au contraire, on doit poursuivre les efforts de recherche.

Supprimé : ,

Supprimé : le fait

3. Approche

Cette section décrit les différentes méthodes utilisées afin de répondre à chacune des trois grandes questions de la recherche. La sous-région des Bois-Francs, desservie par le CSDI MCQ, constitue la zone expérimentale. Deux autres régions, soit Charlevoix (Ouest et Centre) et Québec (Sainte-Foy/Sillery et Beauport), constituent les zones témoins. Les trois CRDI dans ces régions

Supprimé :

ont implanté le même programme-clientèle aux PPDI âgées. De plus, une démarche structurée d'implantation du RSI a été menée dans la zone expérimentale alors qu'aucune démarche dans ce sens n'a été faite dans la zone témoin.

Supprimé :

Supprimé : e

Supprimé : :

3.1 Implantation du programme-clientèle aux PPDI âgées

Les trois CRDI ont convenu d'évaluer le niveau d'implantation du programme-clientèle aux âgées afin de vérifier dans quelle mesure les différentes activités du programme sont mises en œuvre. L'équipe de recherche a collaboré à cette évaluation puisqu'elle permettait d'établir dans quelle mesure les zones (expérimentale et témoin) pouvaient être comparables à l'égard des services de base offerts aux PPDI âgées. Les territoires participants à la recherche dans les deux zones ont utilisé le même outil de collecte de données en couvrant la période du 1 juin 2003 au 31 mai 2004. Une grille de collecte d'informations présentée à l'annexe 1 a été développée comportant, outre les informations démographiques de base, 11 indicateurs reliés directement aux activités du programme. Les éducateurs responsables du dossier d'une PPDI âgée ont complété la grille demandée. Ils ont indiqué le nombre d'activités correspondant à chacun des indicateurs consignés au dossier et effectués au cours cette période d'observation. Les résultats indiquent le pourcentage de PPDI âgées pour qui une activité donnée a effectivement été exécutée au cours de la période couverte.

Supprimé : '

Supprimé : a

Supprimé : en

Supprimé : ant

Supprimé : , correspondant à chacun des indicateurs,

3.2 Mise en œuvre du réseau de services intégrés (RSI) pour les PPDI âgées

Comme le RSI des Bois-Francis adapte les principales composantes du modèle d'intégration des services PRISMA³ (tableau 2, annexe 2), des données sur ces stratégies d'intégration au niveau clinique, organisationnel et informationnel ont été collectées pour qualifier le degré de mise en œuvre du RSI. Les données proviennent de la consultation de documents relatifs aux ententes entre le CSDI MCQ et les établissements des Bois-Francis, les compte-rendus des comités (stratégique et tactique) où siègent des représentants du CSDI MCQ et enfin les comptes-rendus

Mis en forme : Police :Non Gras

de l'équipe de gestion de cas. Des informations sur l'implantation du RSI ont aussi été obtenues par la participation de décideurs au comité élargi de l'équipe de recherche. D'autres informations ont été extraites du système d'information géronto-gériatrique (SIGG) concernant les PPDI âgées suivies en gestion de cas et les pratiques de gestion de cas.

3.3 Effets observés sur les PPDI âgées et la perception des principaux acteurs.

En ce qui concerne les effets observés sur la clientèle, le devis utilisé est de type quasi expérimental. La randomisation était impossible à réaliser puisque que le RSI était étendu d'emblée à toute la population des PPDI âgées. Au début de la recherche, la totalité des personnes âgées de 55 ans ou plus recevant des services de l'un ou l'autre des CRDI sur les territoires visés ont été approchées en vue du recrutement. Un consentement écrit, soit de la personne elle-même ou de son représentant légal a été obtenu. La participation des intervenants responsables et des aidants (personnes significatives) a été nécessaire puisque plusieurs PPDI âgées présentaient une incapacité majeure à répondre aux questions par elles-mêmes. Trois cueillettes de données furent effectuées, sur une période de trois ans. La première a eu lieu au printemps 2002 (T0), la seconde à l'automne 2003 (T1) et finalement, la troisième à l'automne 2004 (T2). Au T0 l'échantillon était composé de 291 PPDI âgées de 55 ans et plus, 102 constituant le groupe expérimental et 189 le groupe témoin. Au T2, on relève 30 cas d'attrition dus à des décès (28) ou des déménagements (2) hors des zones visées. En outre, on observe des données manquantes pour 13 personnes aux mesures de T1 ou T2 en raison de refus du participant. Les cas d'attrition et de données manquantes se répartissent de façon équivalente dans les deux groupes.

Trois questionnaires furent utilisés : 1) le Questionnaire des données socio-démographiques et socio-sanitaires, adapté par l'équipe, permet de recueillir différentes informations sur le milieu de vie de la personne, ses activités, son état de santé et la consommation de médicaments; 2) le

Supprimé : L

Supprimé : L

Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) de Hébert et al.³⁹ est un instrument standardisé évaluant le niveau d'autonomie d'une personne selon 5 dimensions: activités de la vie quotidienne, mobilité, communication, fonctions mentales et tâches domestiques. Son score peut varier de 0 (autonome) à -87 (dépendance); 3) l'Échelle globale de qualité de vie de Cummins⁴⁰ a été conçue afin de mesurer la qualité de vie des PPDI sous des dimensions objective et subjective. Chaque dimension comporte sept sous-échelles, la mesure objective faisant référence à la situation de vie des personnes alors que l'échelle subjective réfère au niveau de satisfaction de la personne vis-à-vis sa situation de vie. D'autres informations ont été extraites des banques de données de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) concernant les médicaments prescrits et les actes médicaux effectués auprès des participants, ainsi que de celles de Med-Écho concernant les hospitalisations. Ces données couvrent les périodes de 2001-2002 (soit un an avant les premières mesures avec questionnaires (T1), 2002-2003 (T0), 2003-2004 (T1) et 2004-05 (T2). Les variables extraites des banques de données concernent la proportion de prescriptions inappropriées, soit le nombre de prescriptions inappropriées rapporté sur le total des prescriptions. Une prescription est inappropriée si le code ATC du médicament prescrit fait partie de la liste des codes ATC ne nécessitant pas d'information sur le dosage ou autre et figurant dans la liste du document critere_beers_jan2006.doc et établie à partir de la mise à jour de 2003 de ces critères (Fick, 2003); 2) Les nombres d'actes médicaux rapportés par les omnipraticiens, 3) les spécialistes et 4) au total, dans un contexte de rémunération à l'acte, excluant ceux faits sous d'autres formes de financement (salaire, per diem) puisque ces derniers ne sont pas répertoriés par la RAMQ; 5) la proportion de personnes hospitalisées, 6) le séjour total et 7) le séjour moyen par hospitalisation. Le score global des incapacités au SMAF, les deux mesures de la qualité de vie et les sept variables extraites des banques de données de la RAMQ et de Med-Écho ont été comparées entre les deux groupes. Compte tenu de la nature et de la distribution des résultats

Supprimé : sous

Supprimé : L

Supprimé : -

Supprimé : -

Supprimé : :

Supprimé : 1)

Supprimé : L

Supprimé : L

observés au sein de l'échantillon, différentes statistiques ont été utilisées afin d'effectuer ces comparaisons notamment des équations d'estimation généralisées (generalized estimating equations ou GEE) ou des analyses de variance multivariées (MANOVA) à mesures répétées.

Supprimé : :

Les deux stratégies ont en commun qu'elles permettent d'établir la présence ou l'absence de variations significatives entre les groupes avec le temps, en tenant compte des variations de mesure intra-sujet et de la structure d'erreur de la mesure. Les analyses effectuées tiennent compte des disparités initiales entre les deux groupes à l'égard du sexe des participants, de leur âge et de leur niveau d'incapacité au T0. Ces effets confondants sont donc contrôlés statistiquement.

Supprimé : dans le temps

Enfin, la perception des acteurs sur la mise en place du RSI a été investiguée dans le but d'obtenir leurs points de vue sur les impacts perçus de l'implication du CSDI MCQ dans le RSI, les éléments qui ont pu faciliter ou contraindre l'intégration des services et enfin les améliorations souhaitées à la situation actuelle. L'entrevue semi-structurée aborde le fonctionnement du RSI à l'égard des PPDI âgées, dans ses cinq grandes dimensions : l'intégration normative, clinique, informationnelle, organisationnelle et financière. Au total, 16 personnes ont été rencontrées en entrevue. Celles-ci ont été réalisées au cours des mois de novembre et décembre 2005, soit

Supprimé : Les entrevues

environ trois ans après les premières démarches du CSDI MCQ et environ 20 mois après la mise en place des questionnaires de cas pour les PPDI âgées. Les personnes interviewées occupent différentes fonctions (directeurs, coordonnateurs, conseillers, éducateurs et gestionnaires de cas) soit au sein du CSDI MCQ (10) soit chez des partenaires du RSI (6). Les entrevues ont été

Supprimé : visant

enregistrées puis retranscrites. Après une première réduction des données, les résultats ont été regroupées par thèmes : la réponse aux besoins des PPDI âgées, le soutien à l'intervention clinique, la gestion de cas, l'implication du CSDI MCQ au sein du RSI, les améliorations soulignées par les intervenants et les décideurs rencontrés.

Supprimé : soit

4. Résultats

4.1 Le programme aux aînés s'est-il implanté dans les territoires à l'étude tel qu'il avait été planifié?

Exception faite du taux d'utilisation du SMAF, les autres activités touchant l'utilisation des outils de repérage et d'évaluation recommandés affichent des taux de mise en œuvre très faibles (Figure 1, annexe 1). Le programme-clientèle aux PPDI aînées était encore peu implanté durant la période d'observation de la recherche évaluative et cela dans les deux zones.

Supprimé :

Supprimé : est

Supprimé : faiblement

4.2 Quel est le degré de mise en œuvre du réseau de services intégrés pour les PPDI aînées ?

4.2.1 Description des stratégies mises en place au niveau stratégique, tactique et clinique

Les principales composantes du modèle d'intégration des Bois-Francis sont celles du modèle PRISMA répandu au Québec (tableau 1, annexe 2). Le tableau 2 à l'annexe 2 résume la participation du CSDI MCQ au divers mécanismes de concertation du RSI implanté. Au niveau organisationnel, un directeur du CSDI MCQ siège sur la Table de concertation des services de santé et des services sociaux des Bois-Francis et une gestionnaire siège sur le comité de coordination des services géro-geriatriques des Bois-Francis. Ces mécanismes de coordination aux plans stratégique et tactique inter-organisations ont permis l'élaboration et l'adoption en décembre 2002 d'un cadre fonctionnel décrivant les mécanismes mis en place au niveau stratégique et tactique, de même que les mandats, les fonctions et les outils des gestionnaires de cas intégrant un cadre de partage des dépenses. Au niveau clinique, la participation du CSDI MCQ au RSI a permis l'intégration de deux professionnelles en 2003, des infirmières ayant une expertise en déficience intellectuelle, en 2003, à l'équipe de gestion de cas déjà en place dans les Bois-Francis depuis 1997 pour la clientèle aînée en perte d'autonomie sans déficience intellectuelle. D'autres gestionnaires de cas avaient été intégrés en 2000 pour le suivi des adultes ayant une déficience physique. Les gestionnaires de cas attirés à une zone géographique

Supprimé :

Supprimé : 2

spécifique exercent les fonctions de triage et d'information. Également ils actualisent la gestion de cas. Ils interviennent en situation de crise, s'intègrent aux équipes multidisciplinaires des divers services et travaillent dans la communauté. Au niveau normatif, il y a eu une présentation du modèle de RSI aux coordonnateurs et aux conseillers à l'intervention du CSDI MCQ. La diffusion de la nouvelle fonction clinique de gestion de cas aux intervenants du CSDI MCQ s'est fait par les coordonnateurs du CSDI MCQ lors des réunions d'équipes. Certaines informations ont été reprises lors de conférences midi sur des résultats descriptifs et préliminaires des cohortes de la recherche. La non centralisation du message n'a pas facilité la compréhension commune de cette fonction tant au niveau des gestionnaires que des intervenants du CSDI-MCQ. L'implantation de cette fonction de gestion de cas au niveau du partenaire CSDI MCQ suscite encore beaucoup de questions sur le partage des rôles des éducateurs et des conseillers à l'intervention qui font traditionnellement des tâches de coordination de services. Il n'y a pas eu de diffusion formalisée auprès des établissements de la sous-région des Bois-Francs sauf le dépôt du cadre fonctionnel aux niveaux stratégique et tactique. D'ailleurs, la tournée de présentation à tous les établissements des gestionnaires de cas dédiés aux PPDI âgées a été faite un peu tardivement. Cependant, le plus grand obstacle a été la crise générée par l'introduction de gestionnaires de cas d'une autre discipline dans l'équipe de gestionnaires de cas en place composé uniquement de travailleurs sociaux. On reconnaissait la pertinence pour la clientèle visée mais on se refusait de partager les mêmes fonctions cliniques avec une autre profession. Les gestionnaires de cas pour la clientèle en déficience intellectuelle ont reçu la formation sur la gestion de cas, les outils cliniques communs, notamment l'outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC) et le plan de services individualisé (PSI), le dossier clinique informatisé partageable soit le système d'information géronto-gériatrique (DCI-SIGG) et enfin les systèmes d'information clientèle (SIC-CLSC et SIC-DI). Plus de 90% des PPDI âgées suivies en gestion de cas ont eu

Supprimé : ,

Supprimé : et

Supprimé : e

Supprimé : questionnements

Supprimé :

Supprimé : à

Supprimé : ,

une évaluation globale des besoins avec OÉMC et un PSI. La charge de cas est approximativement de 25 clients. Au niveau informationnel, les deux gestionnaires de cas dédiés aux PPDI âgées devaient utiliser ces trois systèmes d'information différents pour avoir accès à toutes les informations cliniques. Les intervenants du CSDI MCQ n'avaient pas accès au DCI-SIGG, donc aux évaluations et au PSI faits par les gestionnaires de cas en déficience intellectuelle ce qui augmentait considérablement la tâche de coordination des gestionnaires de cas pour assurer la circulation des informations cliniques pertinentes à tous les intervenants concernés.

Supprimé : environ

4.2.2 Portrait de la clientèle des PPDI âgées suivie en gestion de cas.

Mis en forme : Retrait :
Gauche : 0 cm

Au total, de février 2003 à mars 2005, 56 PPDI ont été suivies en gestion de cas, dont 52 étaient des usagers connus du CSDI MCQ au moment de la référence. Les PPDI âgées de 55 ans et plus suivies en gestion de cas représentent presque une personne sur deux de ce groupe d'âge, inscrites aux services du CSDI MCQ de la sous-région des Bois-Francs. La majorité des PPDI âgées suivies en gestion de cas étaient dans la tranche d'âge 55-64 ans. Seize PPDI sur les 103 de la cohorte expérimentale ont été référées aux gestionnaires de cas du RSI, soit 15.5%. Les références sont faites à 70% par le partenaire CSDI, 16% des références proviennent du CH, 5% du triage et 5% des familles. En ordre décroissant, les principales problématiques des clientèles référées en gestion de cas sont : la perte d'autonomie (19), les multiples problèmes de santé physique (16), les chutes fréquentes (7), l'épuisement du réseau naturel (5), le problème de santé mentale ou troubles de comportement (5), la demande d'hébergement (4) et l'abus financier (1).

Supprimé :

Supprimé : ont été suivies en
gestion de cas

Supprimé : de

Supprimé : L

Supprimé : ,

Supprimé : en ordre décroissant,

Supprimé : ,

Environ 95% des PPDI suivies en gestion de cas ont un profil Iso-SMAF plus grand que 4. La grande majorité de ces clients (85%) suivie en gestion de cas ont des atteintes mentales

Supprimé : des PPDI

Supprimé : s

prédominantes (44.7 %) ou des atteintes mixtes (40.4 %). Leur profil de l'autonomie fonctionnelle diffère des autres clientèles suivies en gestion de cas (Figure 2, annexe_2).

4.3 Quels sont les effets observés sur la clientèle et sur le recours aux services et quelles sont les perceptions des principaux acteurs suite à l'implantation du réseau de services intégrés?

Au moment du recrutement (T0), l'âge moyen des participants est de 62,6 ans au sein du groupe expérimental et de 63,2 pour le groupe témoin. Cette différence d'âge n'est pas statistiquement significative. Par contre, on observe une disparité importante dans la composition des groupes à l'égard du genre des participants. Le groupe expérimental est composé à 90,2% de femmes alors qu'on n'en retrouve que 22,8% au sein du groupe témoin. Cette différence significative ($\chi^2=133,7$, $p<.001$) est attribuable à l'histoire d'institutionnalisation propre aux zones concernées. En fait, 85,4% des PPDI composant notre échantillon ont déjà vécu en institution. Or, l'institution localisée dans la région de Charlevoix accueillait des hommes alors que celle qui était située dans les Bois-Francis hébergeait des femmes. Dans les analyses qui suivent, sauf indication contraire, les effets de cette disparité entre les groupes ont été contrôlés statistiquement. Au T0, 53,6% des participants habitaient une ressource de type familial (RTF), 37,5% une ressources intermédiaire (RI), les autres vivant soit en appartement ou avec un membre de leur famille.

4.3.1 – Effets observés sur la clientèle PPDI aînée

Autonomie fonctionnelle. Les courbes d'évolution des scores d'incapacité au SMAF observées au sein des deux groupes de T0 au T2 sont présentées à la figure 3 (Annexe 3). Un score d'incapacité de 0 correspond à une personne autonome. Plus le score d'incapacité est faible (négatif), plus le niveau d'incapacité est élevé. Dès le T0, on observe un niveau d'incapacité plus élevé pour le groupe expérimental ($m = -41,88$) que chez le groupe témoin ($m = -35,10$). Cet

Supprimé : à T2

écart entre les deux groupes se maintient avec le temps et s'avère statistiquement significatif ($p < .01$). La différence entre les moyennes des groupes est également significative d'un point de vue clinique. On considère habituellement qu'une différence de cinq points dans les résultats au SMAF constitue un indice clinique significatif. On observe une légère diminution, toutefois significative ($p = .05$) du niveau d'incapacité entre le T0 et le T1. Cette diminution dans la moyenne est cependant observable chez les deux groupes, si bien qu'elle ne peut pas être attribuée au fait de l'exposition au RSI (absence d'effet groupe*temps, $p = .564$). On ne relève pas d'effet sur le niveau d'autonomie fonctionnelle de la clientèle suite à l'implantation du RSI.

Supprimé : dans le temps

Supprimé : 5

Qualité de vie. L'analyse des résultats à la mesure de qualité de vie conduit à des conclusions similaires. Les courbes d'évolution des résultats, du T0 au T2, aux échelles objective et subjective de l'instrument sont présentées respectivement aux figures 4 et 5 (Annexe 3). L'analyse MANOVA à mesures répétées concernant les résultats à l'échelle objective indique, dans un premier temps la présence d'une différence significative dans les courbes observées pour les deux groupes (effet groupe * temps significatif, $p < .001$). La différence dans l'évolution des deux groupes survient entre le T0 et le T1 alors qu'on observe une augmentation des scores pour le groupe expérimental et une diminution chez le groupe témoin. Cependant, le groupe témoin affiche une augmentation du T1 au T2, mais, les résultats des deux groupes sont similaires à la fin de la période. On ne peut donc attribuer au RSI les variations observées avec le temps. En ce qui a trait à la mesure subjective de la qualité de vie, soit l'échelle de satisfaction, l'analyse des résultats indique qu'il n'y a pas de différence significative dans les courbes de résultats des deux groupes (effet groupe*temps non significatif, $p = .798$). Par ailleurs les résultats des deux groupes sont pratiquement similaires ($p = .992$) et ne varient pas de façon significatives d'une évaluation à l'autre ($p = .769$).

Supprimé : e

Supprimé : à

Supprimé : à

Supprimé : l'

Supprimé : à l'échelle

Supprimé : affichant

Supprimé : e

Supprimé : à

Supprimé : ,

Supprimé : dans le temps

Utilisation de la médication. Le tableau 7 (annexe 3) montre la distribution des catégories de

médicaments selon les groupes. Parmi les plus prescrits, près de 30 % de toutes les prescriptions

concernent des psycholeptiques, entre 16% et 18% ont trait à des médicaments du système

digestif et du métabolisme, entre 12% et 14% sont des antiépileptiques et entre 10% et 13% sont

des médicaments pour soigner le système cardiovasculaire. La distribution varie légèrement selon

les groupes et cette différence est significative statistiquement ($p < 0.05$). La proportion des

personnes ayant eu au moins une prescription de médicament par année est élevée dans les deux

groupes. Elle varie entre 91 % et 95 % dans le groupe expérimental et 91 % et 97 % dans le

groupe témoin. Les analyses GEE montrent qu'il n'y a pas de différence significative entre les

groupes avec le temps une fois ajusté pour l'autonomie fonctionnelle au T0 (tableau 8 et figure 6,

annexe 3). Elle a peu fluctué avec le temps. Elle est en général légèrement plus élevée chez les

femmes. Elle ne varie pas selon l'âge. Le nombre moyen de prescriptions de médicaments

différents est élevé dans les deux groupes au T0. Il a tendance à augmenter avec le temps et varie

de 5,6 à 6 dans le groupe expérimental et 5,0 à 6,7 dans le groupe témoin (figure 7, annexe 3).

Lorsque l'âge, le sexe et le score au SMAF au T0 sont pris en compte (tableau 9, annexe 3), le

nombre moyen de prescription de médicaments différents augmente significativement avec le

temps (effet temps). Il n'y a pas de différence entre les groupes (pas d'effet-groupe), ni selon les

groupes avec le temps (pas d'effet groupe-temps).

La proportion des personnes recevant minimalement une prescription et potentiellement

inappropriée durant l'année est élevée dans les deux groupes. Elle est davantage marquée chez le

groupe expérimental (effet groupe). Lorsque ajustée selon l'âge, le sexe et le score au SMAF, elle

varie peu avec le temps (pas d'effet temps) passant de 39 % au T1 à 33 % au T2 dans le groupe

expérimental alors que chez le groupe témoin elle passe de 30 % au T1 à 28% au T2 (Figure 8,

Supprimé : sont pour
Supprimé : pour
Supprimé : pour
Supprimé : pour

Supprimé : dans le temps
Supprimé : à
Supprimé : dans le temps

Supprimé : à
Supprimé : dans le temps

Supprimé : à T0
Supprimé : dans le temps

Supprimé : dans le temps
Supprimé : avec
Supprimé : au moins

Supprimé : dans le temps
Supprimé : à
Supprimé : -
Supprimé : à
Supprimé : -
Supprimé : à T2

annexe 3). Il n'y a pas eu d'effet de l'intervention (pas d'effet groupe*temps) (Tableau 10, annexe 3).

Utilisation des hôpitaux. La proportion des personnes ayant eu au moins une hospitalisation par année varie de 11% à 7% dans le groupe expérimental de T-1 au T2 et de 10% à 14% dans le groupe témoin lorsque l'âge, le sexe et le SMAF sont pris en considération. Il n'y a pas de changement significatif avec le temps, entre les groupes et pas d'effet groupe-temps ($p = 0,076$) (Tableau 11 et figure 9, annexe 3). Le taux de jours d'hospitalisation (Tableau 12 et figure 10, annexe 3) diminue significativement avec le temps (effet temps $p < 0,0001$), n'est pas statistiquement différent entre les groupes et il n'y a pas d'effet groupe-temps ($p = 0,321$). La durée moyenne de séjour quant à elle n'a pas changé significativement avec le temps, n'est pas différente statistiquement entre les groupes. Il n'y a pas d'effet groupe-temps ($p = 0,371$) (Tableau 13 et figure 11, annexe 3).

Supprimé : à T2

Supprimé : dans le temps

Supprimé : p=

Supprimé : dans le temps

Supprimé : p=

Supprimé : dans le temps

Supprimé : et i

Supprimé : p=

Recours aux médecins. Le nombre moyen d'actes par personne-année varie significativement avec le temps ($p = 0,001$) mais il n'est pas différent selon les groupes lorsque ajusté selon l'âge, le sexe et le SMAF ($p = 0,120$). Il n'y a pas non plus d'effet groupe-temps ($p = 0,170$) (Tableau 14 et figure 12, annexe 3). Les mêmes constats peuvent être faits pour les actes faits par des omnipraticiens (tableau 15 et figure 13, annexe 3). Pour les actes faits par des spécialistes, le nombre moyen n'a pas varié statiquement avec le temps ($p = 0,406$) (Tableau 16 et figure 14, annexe 3). Le nombre total d'actes à l'urgence n'a pas varié significativement avec le temps mais il est demeuré plus élevé dans le groupe témoin tout au long de l'étude ($p = 0,051$). Il n'y a pas d'effet groupe temps ($p = 0,945$) (Tableau 17 et figure 15, annexe 3).

Supprimé : dans le temps

Supprimé : p=

Supprimé : p=

Supprimé : p=

Supprimé : dans le temps

Supprimé : p=

Supprimé : dans le temps

Supprimé : p=

Supprimé : p=

En résumé, la mise en place du RSI n'a pas eu d'effet sur l'utilisation des médicaments, sur l'hospitalisation, sur la consommation de services médicaux et les actes posés à l'urgence.

4.3.2 Perception des acteurs du nouveau mode d'organisation des services : RSI

Besoins des PPDI. Les acteurs rencontrés semblent assez unanimes pour affirmer que la réponse aux besoins des PPDI âgées s'est améliorée : une meilleure connaissance de la clientèle en déficience intellectuelle par les partenaires; un meilleur accompagnement dans tous les milieux d'intervention; un meilleur accès aux services, rendu possibles par la présence du gestionnaire de cas. On note également une plus grande stabilité du gestionnaire de cas, dans les démarches auprès de différents services. Ceci favorise l'intégration sociale des personnes au-delà de la simple intégration physique, leur permettant de demeurer dans son milieu de vie.

Supprimé : quelque soit

Supprimé : ;

Supprimé : de l'interlocuteur (

Supprimé :)

Supprimé : pour la personne et celles de son entourage pour

Supprimé : permet

Supprimé : <

Supprimé : I

Supprimé : < qui

Supprimé : dépasse

Supprimé : >)

Supprimé : ui

Supprimé : appuyés

Supprimé : e

Supprimé : et aussi

Le RSI et la gestion de cas. Le travail en RSI a permis aussi que les intervenants des autres établissements se sentent davantage soutenus lorsqu'ils sont confrontés aux besoins et comportements d'une PPDI. Ceci facilite aussi la communication entre intervenants de différents établissements. Par sa connaissance du RSI et du vocabulaire utilisé dans le réseau, la gestionnaire de cas facilite les communications des éducateurs avec les partenaires. Les intervenants du CSDI MCQ se sentent moins isolés et sont plus sensibilisés aux services offerts par les partenaires de même qu'aux besoins de ces partenaires dans leur intervention auprès de la clientèle (Éducateurs « oser faire des demandes de services, au bon endroit»). L'implication du partenaire CSDI MCQ au RSI est reconnue pertinente de la part de tous. Le CSDI MCQ démontre une grande implication et fait preuve de leadership aux niveaux stratégique et tactique. La participation du CSDI MCQ a été déterminante pour l'intégration des services aux PPDI âgées. Une meilleure connaissance des services du CSDI MCQ au sein du réseau va permettre des partenariats plus étroits notamment avec le CLSC et le CH.

Supprimé : plus particulièrement

Certains propos recueillis reflètent de part et d'autre encore des craintes ou de possibles ambiguïtés quant aux missions respectives : « ...le CSDI devra cesser de prétendre qu'il est le seul à pouvoir offrir des services spécialisés à cette clientèle. ». Des craintes d'un certain

Supprimé : possibles

Supprimé : .

Supprimé : ;

Supprimé : des

désinvestissement du rôle du CSDI MCQ sont aussi exprimées. « *Conservons sur nos épaules ce qui nous appartient, pour ne pas que la communauté sente qu'on se décharge. Il faut continuer notre implication, ne pas se décharger sur les autres* ». Le comité géronto-gériatrique est convaincu des bienfaits de la gestion de cas pour les PPDI. Les gestionnaires de cas ont contribué fortement au développement de bons liens de partenariat. Les bienfaits de la gestion de cas sont connus et reconnus par les partenaires. La présence de gestionnaires de cas provenant du CSDI MCQ améliore l'image de l'établissement. « Une intégration difficile mais qui a été réussie » selon les décideurs rencontrés. L'intégration aux niveaux stratégique et tactique ne s'est pas implantée aussi facilement au niveau clinique au début de notre recherche étant donné le conflit provoqué par la venue d'un gestionnaire de cas formé à discipline différente (sciences infirmières) de celle des gestionnaires de cas déjà en place (travail social). L'intégration de deux gestionnaires de cas de par leur formation a bouleversé le modèle établi selon une perspective unidisciplinaire, introduisant une pratique interdisciplinaire reconnue comme essentielle par tous les partenaires impliqués. Cette vision « corporatiste » a eu comme conséquence que les infirmières gestionnaires de cas ont reçu peu de support de leurs collègues. La détermination affichée par les gestionnaires de cas en déficience intellectuelle reflète la ténacité et la volonté du CSDI MCQ à s'intégrer au RSI. Les acteurs du CSDI MCQ rencontrés, rapportent un certain manque de clarté des rôles probablement par manque d'informations. Il y a parfois confusion entre les responsabilités du gestionnaire de cas et celles de l'éducateur. Ce rôle est quelquefois perçu comme menaçant par les éducateurs du CSDI MCQ étant donné le chevauchement de certaines tâches dans l'établissement. Il peut se manifester de la réticence de la part d'éducateurs car selon certaines représentations, se référer au gestionnaire de cas pourrait faire « perdre un dossier ». Ceci aurait pu contribuer à ralentir la référence des PPDI.

Supprimé : (

Supprimé :

Supprimé : e

Supprimé : :

Supprimé : elles

Supprimé : e

Supprimé : e

Supprimé : .

Supprimé : obtenue

Supprimé : transposée

Supprimé : dans

Supprimé : les premiers temps

Supprimé : discipline

Supprimé : s gestionnaires de cas en déficience intellectuelle

Supprimé : (sciences infirmières),

Supprimé : (travail social)

Supprimé : qui est cependant

Supprimé : pairs gestionnaires de cas

Supprimé : qui ont été

Supprimé : dans

Supprimé : , un

Supprimé : intra

Supprimé : y avoir

Supprimé : ,

Supprimé : ,

Supprimé : à

Supprimé : par crainte de

Supprimé : perdre

Supprimé : ,

Supprimé : ce

Supprimé : qui pourrait avoir

Supprimé : r

Des améliorations à apporter. Malgré les progrès observés, il reste à consentir plus d'efforts pour informer les acteurs sur les rôles respectifs des partenaires et l'ensemble du « panier de services » disponible. On rapporte une méconnaissance au sujet de ce que les partenaires peuvent faire pour les PPDI d'une part et les services offerts par le CSDI MCQ d'autre part. Concernant l'information sur le RSI et sur la gestion de cas par les intervenants du CSDI MCQ, on observe une méconnaissance sur ce qu'est le réseau et son fonctionnement : « ...pour nous, intervenants, c'est un projet, nous ne sommes pas trop informés ». « L'introduction de l'entrevue correspond à des mots nouveaux, on ne nous en a pas beaucoup parlé ».

Des développements à l'égard du panier de services sont souhaités afin d'intégrer davantage les milieux de loisirs et les organismes communautaires au RSI. Des services demeurent encore peu accessibles pour les PPDI âgées.

Supprimé : davantage

Supprimé : à l'information

Supprimé : concernant

Supprimé : une méconnaissance des partenaires sur

Supprimé : (

Supprimé : .

Supprimé :

Supprimé : ;

Supprimé :)

Supprimé : à l'égard du panier de service

Supprimé : ,

Supprimé : d

Supprimé : qui

La sensibilisation des autres personnes âgées de la population générale aux besoins des PPDI âgées est aussi un défi. Même si le RSI répond bien aux besoins des PPDI âgées, quelques participants soulignent que l'accès à des médecins connaissant bien la clientèle demeure parfois problématique. Les intervenants rapportent que le critère d'âge de 55 ans et plus est difficile à utiliser pour la référence en gestion de cas. Toutefois, en plus de la clientèle âgée, la gestion de cas pourrait permettre être bénéfique à d'autres citoyens sans limitation d'âge. On donne comme exemples les personnes polyhandicapées et les personnes ayant des troubles envahissant de développement. Cette idée est reprise tant par les décideurs que les cliniciens (coordonnateur, conseiller, éducateur). Elle témoigne à elle seule de la pertinence et de l'appréciation des différents intervenants à l'égard du RSI mais aussi du travail des gestionnaires de cas. Les efforts pour développer une compréhension partagée de la gestion de cas par les intervenants du CSDI MCQ sont à poursuivre. Des besoins sont identifiés par les intervenants rencontrés : assurer une meilleure distinction entre le PSI et les plans d'interventions et un meilleur accès à de la

Supprimé : tout

Supprimé : gérer

Supprimé : E

Supprimé : PP et cela à

Supprimé : tout âge

formation continue. Le partage des informations entre partenaires n'est pas facilité actuellement. L'incompatibilité entre le SIC-DI et le DCI-SIGG empêche une circulation efficace des informations concernant les PPDI. Les gestionnaires de cas en DI doivent travailler avec divers systèmes d'information ce qui complique leurs tâches de coordination de services. Les bienfaits du travail en réseau pour cette clientèle fait consensus à tous les niveaux décisionnels. Les coûts sont aussi considérés comme acceptables. Un consensus général se dégage : « une intégration difficile mais réussie ».

Supprimé : perçus

4.4 Discussion et interprétation des résultats

L'implantation du programme aux PPDI a été plus longue que prévue et cela dans les deux zones. Les changements de pratiques des intervenants des CRDI exigent sensiblement les mêmes efforts d'appropriation que celle de la mise en place du RSI. Le RSI a aussi été lent à s'implanter dans la zone expérimentale de sorte qu'une faible proportion (15%) des PPDI faisant partie de la recherche évaluative a été exposée à la gestion de cas. Une autre observation importante est que la majorité des PPDI des deux cohortes de recherche ont un profil d'autonomie (profil Iso-SMAF > 4, fig.1, annexe 2) comparable à la clientèle devant bénéficier de la gestion de cas. A partir des mesures utilisées, nous ne pouvons attribuer aucun effet du RSI sur l'autonomie fonctionnelle, la qualité de vie, l'utilisation des médicaments, le recours aux services médicaux et hospitaliers. Par contre, les personnes interrogées, tant décideurs, gestionnaires qu'intervenants, ne remettent pas en question le modèle et au contraire, proposent plusieurs ajustements. Les décideurs du CSDI MCQ en concertation avec les équipes devront analyser ce risque de duplication de tâches entre les éducateurs et les gestionnaires de cas et parfaire l'appropriation de cette approche à tous les paliers du CSDI MCQ.

Supprimé : est

Supprimé : -

Supprimé :

Supprimé : et

Supprimé : niveaux

La rareté des recherches antérieures portant sur les RSI et les PPDI âgées nous force à discuter des résultats à la lumière de celles portant sur l'ensemble des personnes âgées. L'absence d'effet

sur l'autonomie fonctionnelle a aussi été mise en évidence dans l'Étude PRISMA⁴¹. Par contre, cette étude a mis en évidence un effet significatif sur le déclin fonctionnel dans les deux dernières années d'un suivi de cohorte de quatre ans. Tout comme la présente étude, elle avait été marquée par une implantation beaucoup plus lente qu'anticipée du RSI. Nos résultats ne montrent pas, non plus, d'effets sur la qualité de vie. On observe en fait une grande stabilité de cet indicateur avec le temps, au sein des deux groupes. Ces résultats convergent vers ceux d'autres recherches⁴² qui observent une stabilité temporelle des mesures de qualité de vie si des événements majeurs imprévisibles ne viennent pas bousculer la vie des personnes.

Supprimé : dans le temps

Supprimé : à moins que

Il existe très peu d'articles scientifiques documentant l'utilisation de médicaments chez les PPDI de 55 ans et plus alors que ceux pour des clientèles plus jeunes sont plus nombreux⁴³. La proportion observée dans la présente étude de personnes prenant au moins un médicament (entre 91 % et 97 % selon les groupes) est supérieure à celle de recherches menées auprès des personnes âgées de 65 ans et plus vivant dans la communauté et qui se situent davantage autour de 85 %^{5 6}. Elle se compare davantage à la proportion observée de 97 % chez une clientèle de soins à domicile aux États-Unis⁷ ou encore 94% chez une clientèle institutionnalisée au Québec⁸. De plus, la disponibilité des données d'utilisation des médicaments pour des périodes complètes de 12 mois plutôt que des données d'enquête transversale permet d'identifier probablement davantage de personnes ayant pris au moins un médicament durant la période. Les proportions de prescriptions potentiellement inappropriées sont élevées dans les deux groupes. Elles sont comparables à celles mesurées par Stuart⁹ chez les personnes de moins de 65 ans avec incapacités aux États-Unis, 31,5%, ou à des personnes âgées de 65 ans et plus de dix HMO américains (de 23% à 36,5%)⁶, mais supérieures à celles en résidence d'accueil, 16%¹⁰ et à celles vivant dans la communauté aux États-Unis en 1996, 21,3%⁵. La consommation appropriée de médicaments en lien avec les maladies et les incapacités à l'origine de leur profil d'autonomie mérite d'être mieux

évaluée et suivie. Plusieurs stratégies existent pour améliorer l'utilisation des médicaments et il faudrait vérifier si elles sont appropriées auprès de cette population. Par exemple, la Saskatchewan en identifie cinq parmi les plus efficaces auprès de la population âgée¹¹. Ces stratégies sont : le travail en équipe interdisciplinaire avec la présence de gestionnaire de cas et de pharmaciens communautaires, l'éducation continue par le biais de l' « academic detailing » où des délégués (ex : pharmaciens, médecins, infirmières spécifiquement entraînés à ce rôle) visitent des professionnels, la rétroaction et l'établissement de critères de performance (« benchmarking ») et des systèmes de support à la décision et les approches réglementaires.

Supprimé :

Supprimé : en discuter

Supprimé : l'applicabilité

Supprimé :

Très peu de recherches ont mis en évidence des effets des RSI sur l'utilisation des services. L'expérience SIPA⁴⁴ n'a pas montré de diminution des hospitalisations et des visites à l'urgence. PRISMA¹² et la recherche menée dans les Bois-Francis¹³ n'ont pas eu d'effet sur la consommation hospitalière ou celle auprès de médecins. Pour parvenir à produire des effets sur le recours aux services, il semble bien que les expériences qui ont réussi pouvaient compter sur une forte intensité de coordination et la présence de protocoles d'intervention ou de suivis systématiques de clientèles. En effet les recherches combinant la gestion de cas et la gestion de l'épisode de maladie (*disease management*), avec un suivi intensif et des protocoles de soins bien établis rapportent des effets marqués sur le recours aux services hospitaliers, aux services d'urgence ou aux consultations médicales^{14 15 16 17 18}. Or l'évaluation de cette présente expérience a montré que le RSI a été très lent à s'implanter et que l'utilisation des outils d'évaluation recommandées dans le programme clientèle a été plus faible que prévue. De plus, la présence accrue d'expertise de pharmaciens n'a pas été possible. Des suivis systématiques ou protocoles d'intervention pourront mieux soutenir les changements de pratiques recommandées du programme clientèle.

Supprimé : encore

Supprimé : 'implantation

En conclusion, l'absence d'effets ne devrait pas être interprétée comme une preuve de l'inefficacité d'une meilleure intégration des services auprès de cette clientèle. En effet, à la fois

le programme et le RSI ont souffert d'une implantation plus lente qu'anticipée. De plus, la gestion de cas a rencontré de nombreux obstacles au plan clinique et n'a jamais pu réaliser son plein potentiel pendant la période étudiée. Cependant, la mise en place de l'approche de gestion de cas est très pertinente selon les profils d'autonomie observés chez les PPDI. Les perceptions positives des gestionnaires et des intervenants invitent plutôt à poursuivre les recherches tout en renforçant l'idée d'assurer une période d'appropriation suffisante pour bien faire connaître les stratégies d'intégration des services. Ces résultats serviront de soutien à la prise de décision quant à la manière de consolider la participation des CRDI au réseau local de services maintenant en place et l'approche de gestion de cas pour les PPDI.

Supprimé : l'importance

Supprimé : seront

Supprimé : un

Supprimé : comment

5. Propositions de recherches futures

Des pistes de recherche ressortent soit :

1) Étudier la pratique de gestion de cas pour les PPDI et l'intensité requise selon le profil Iso-SMAF et en mesurer les effets sur les PPDI et leur entourage;

Supprimé : i

2) Évaluer les changements de pratiques soutenus par l'utilisation des plans d'intervention intégrant des protocoles d'intervention, notamment l'intégration de la prévention et le suivi optimal de la médication;

Supprimé : ii

3) Étudier comment la mise en place des réseaux locaux et des CSSS risque d'influencer le fonctionnement en RSI pour les PPDI dans le but de mieux comprendre l'avenir de l'intégration des services ainsi que les facteurs facilitant et les obstacles à leur fonctionnement et le processus décisionnel permettant aux décideurs d'être imputables d'une population et non pas seulement d'une clientèle;

Supprimé : iii

4) Étudier l'évolution de l'autonomie fonctionnelle de longue périodes, sous l'influence du vieillissement et des incapacités intellectuelles, d'autant plus que les nouvelles cohortes de PPDI vieillissantes n'ont pas la même histoire de vie que les cohortes actuelles.

Supprimé : iv

Supprimé : Suivre

Supprimé : longitudinalement

Supprimé : l'évolution de l'autonomie fonctionnelle

6. Transfert des connaissances et plan de diffusion

L'équipe de recherche a réalisé plusieurs activités de transfert de connaissances tant auprès des gestionnaires que des intervenants durant les deux dernières années. De plus, des présentations ont eu lieu dans des colloques provinciaux et internationaux dans le domaine de la déficience intellectuelle et de la gériatrie et d'autres sont à venir. La publication d'articles est prévue. L'ensemble des activités réalisées et prévues sont résumées à l'annexe 4.

ANNEXE-1

LE PROGRAMME CLIENTÈLE AÎNÉ EN CRDI

Contenu de l'annexe 1:

Sommaire du programme clientèle aînée

Grille de compilation des activités du programme

Figure 1 illustrant le niveau d'implantation des activités du programme.

CONTENU SOMMAIRE DU PROGRAMME-CLIENTÈLE AÎNÉE

Buts du programme

- Favoriser la plus grande autonomie possible et optimiser la qualité de vie des personnes âgées quels que soient leurs milieux de vie, déficiences et incapacités.
- Prévenir l'apparition précoce de problèmes liés au vieillissement par la promotion de saines habitudes de vie.

Objectifs généraux

- Contribuer à l'amélioration de la santé physique et mentale des aînés présentant une déficience intellectuelle.
- Maintenir l'intégration communautaire des aînés présentant une déficience intellectuelle.
- Assurer un continuum de services aux aînés présentant une déficience intellectuelle.

Clientèle visée par le programme

Le programme-clientèle s'adresse aux personnes âgées âgées de 55 ans et plus et présentant une déficience intellectuelle. L'accès au programme est fixé à 40 ans pour les personnes un présentant le syndrome de Down (trisomie 21). Ce programme a été implanté le 1^{er} janvier 2002 dans les districts d'Arthabaska et de L'Érable.

Les activités spécifiques du programme

Volet I: Améliorer la santé physique et mentale des personnes âgées présentant une déficience intellectuelle.

- Dépister annuellement et évaluer, à l'aide de l'outil retenu (PRP), les problèmes reliés à la pharmacothérapie.
- Instaurer si nécessaire un processus de modification de la médication chez les aînés afin de minimiser les effets secondaires et évaluer l'efficacité de cette thérapie médicamenteuse.
- Identifier et prévenir les problèmes liés à la gestion de la prise de la médication au quotidien.
- Réaliser des activités de sensibilisation, formation ou diffusion de documents sur différents sujets : guide alimentaire, vie sexuelle, activité physique, santé dentaire, tabagisme, consommation judicieuse de médicaments, alcoolisme et toxicomanie, etc.
- Favoriser l'intégration et la participation des personnes âgées à des activités visant l'adoption de saines habitudes de vie.
- S'assurer d'un suivi annuel en ce qui concerne l'évolution de la santé physique, par des tests de dépistage reconnus efficaces et retenus selon l'âge: hypertension, mammographie, etc.
- Suivre annuellement l'évolution de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées à l'aide de l'outil retenu (SMAF).
- Sensibiliser les dispensateurs de services génériques et spécialisés aux besoins et réalités des personnes âgées vivant avec une déficience intellectuelle et établir des ententes de services avec différents partenaires, lorsque requis.
- Informer les personnes et leurs proches des services existants, spécifiques aux aînés.

- Organiser des activités de sensibilisation à visée préventive, en concertation avec des personnes-ressources, adaptées aux besoins des aînés et de leur réseau naturel (anxiété, dépression).
- Suivre annuellement, si symptôme, l'évolution de la santé mentale des personnes aînées à l'aide de l'outil retenu (Reiss, DASH II et le Gedye).
- Sensibiliser les dispensateurs de services génériques et spécialisés, aux besoins et réalités des personnes aînées vivant avec une déficience intellectuelle et établir des ententes de services avec les différents partenaires, lorsque requis.
- Informer les personnes et leurs proches des services existants.

Volet II: Favoriser l'intégration et la participation sociale et communautaire des personnes aînées présentant une déficience intellectuelle.

- Informer la personne et ses proches sur le phénomène du vieillissement et ses implications afin qu'elle puisse se préparer psychologiquement à cette étape de vie.
- Informer la personne et ses proches des services existants pour qu'elle puisse prendre des décisions éclairées et préciser son projet de vie (activités, retraite, etc.).
- Préparer la personne aînée et ses proches à vivre la perte de personnes significatives (parents, amis, intervenants, etc.) et lui assurer l'accompagnement selon ses besoins.
- Évaluer annuellement et au besoin les habiletés, les goûts et intérêts, à l'aide des outils retenus.
- Fournir l'accompagnement à la personne dans les dernières étapes de sa vie.
- Évaluer le soutien requis par l'aîné et ses proches pour assurer l'accompagnement dans son projet de vie.
- Offrir le soutien nécessaire aux proches en fonction des résultats de l'évaluation.
- Évaluer annuellement et au besoin, à l'aide des outils retenus, l'adéquation entre le milieu résidentiel et les besoins de la personne.
- Informer les personnes et les proches des possibilités résidentielles et des adaptations possibles.
- Maintenir la personne dans son milieu de vie par la mise en place de différents moyens.
- Donner accès, si nécessaire et sans discrimination, à une alternative résidentielle adaptée à sa condition de personne aînée en perte d'autonomie.
- Créer des occasions à la personne de maintenir et développer un réseau social.
- Évaluer annuellement et au besoin le niveau et la pertinence des activités familiales, culturelles, communautaires, spirituelles, de loisirs et de travail à partir de la démarche d'évaluation globale.
- Sensibiliser et soutenir les personnes et les proches dans la connaissance et l'utilisation des divers services ou programmes communautaires, municipaux, publics (habitation, loisirs, bénévolat, regroupements ou associations d'aînés, etc.).
- Sensibiliser les partenaires aux adaptations possibles pour ajuster l'offre de service en fonction des besoins des personnes aînées et du principe de la valorisation des rôles sociaux.
- Soutenir les partenaires dans l'adaptation de l'offre de service en fonction des personnes aînées présentant une déficience intellectuelle et du principe de valorisation des rôles sociaux.

PROGRAMME DES AÎNÉS

Tableau synthèse

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		17	
Numéro de dossier	Date de naissance (j/m/a)	Âge	Ressource actuelle	Problèmes identifiés	Démarches	Visite médicale annuelle	PRP	Prise de médication	SMAF	Évaluation en santé mentale	Évaluation goût et intérêt	Accomp soutien au deuil	Grille GUBERMAN (projet de vie)	Adaptation résidentielle	Activités de réseau social	Accompagnement soutien aux ressources		
															A	F	A	F

Educateur : _____

PÉRIODE : de JUIN : _____ à JUIN : _____

Légende du tableau synthèse

1. **Numéro de dossier de l'utilisateur**
2. **Date de naissance (j/m/a)**
3. **Âge**
4. **Ressource**
Indiquer le milieu de vie actuel de l'utilisateur avec les abréviations suivantes en gras:

RTF (ressource de type familial)	FN (famille naturelle)	App. (appartement)
RAC (résidence à assistance continue)	RI (ressource intermédiaire)	Autre , spécifiez:

 Si changement de milieu de vie dans l'année, indiquer la date (j/m/a)
5. **Problèmes identifiés**
Indiquer le ou les problèmes biopsychosociaux cliniques avec les abréviations suivantes en gras:

Abus physique, psychologique ou financier (Ab) ou négligence (Né)	Chutes fréquentes (Chu)
Incontinence (Inc)	Perte d'autonomie (PA)
Cancer (Can) spécifier lequel	Maladies cardio-vasculaire :
	Accident vasculaire cérébral (AVC)
Maladie neurologique dégénératives :	Parkinson (Park)
Si autres spécifier	Signes et symptômes de démence (Dem)
Maladies musculosquelettiques :	Fracture de la hanche (FR)
Problèmes de santé mentale (psychose, schizophrénie, névrose, phobies, troubles bipolaires, etc.) (SM)	Décès (DCD)

 Si autres spécifier
6. **Démarches réalisées en cours d'année**
Indiquer les démarches réalisées avec les abréviations en gras

Ergothérapie (Erg)	Gestion de cas (GC)	Hospitalisation et en chirurgie (Hosp)
Nutritionniste I (Nutr)	Médecin spécialiste (Med Spéc)	Physiothérapeute (Physio)
Programme de changement de comportement excessif (PCCE)	Service en intervention rapide (SIR)	Suivi en troubles du comportement (STC)
Psychologue (Psyc)	Soins palliatifs (Spall)	Service psychosocial (Psy. Social)
7. **Visite médicale annuelle**
Indiquer le nombre de visites chez le médecin de famille au cours de l'année
Oui (si plus d'une visite indiquer le nombre) **Non** (aucune visite)
8. **PRP**
Indiquer si un ou des PRP ont été effectués en cours d'année **Oui** (si plus d'un PRP indiquer le nombre)
Non (aucun PRP)
9. **Système d'aide pour la prise de médication**
Indiquer les informations sur la gestion de la médication au cours de l'année avec les abréviations suivantes :

Aucun médicament (a. médic)	Aucun système d'aide (a. syst.)	Cartes alvéolaires (Alv.)
Pilulier rempli par l'utilisateur (Pil. Us)	Pilulier rempli par l'aidant (Pil. aid.)	Pilulier rempli par la pharmacie (Pil. Pharm.)
10. **SMAF**
Indiquer si un SMAF a été administré au cours de l'année ainsi que les scores obtenus à l'aide des abréviations suivantes :

OUI SMAF 1	Score incapacité : (I et le score)	Score handicap : (H et le score)
SMAF 2	Score incapacité : (I et le score)	Score handicap : (H et le score)

Non (aucune évaluation)
11. **Évaluations en double diagnostic ou en santé mentale**
Indiquer quels tests ont été administrés en cours d'année :
OUI : Reiss (**R.**) Dash II (**D.**) Gedye (**G.**) Si autre spécifier **NON** (aucune évaluation)
12. **Évaluation goûts et intérêts**
Indiquer s'il y a eu une ou des évaluations sur les goûts et des intérêts au cours de l'année
OUI (si plus d'une évaluation, indiquer le nombre) **NON** (aucune évaluation)
13. **Accompagnement au deuil**
Indiquer s'il y a eu un accompagnement au deuil au cours de l'année
OUI (si plus d'une évaluation, indiquer le nombre) **NON** (aucune évaluation)

14 Grille de Guberman

Indiquer s'il y a eu une ou des évaluations avec la grille de Guberman au cours de l'année

OUI (si plus d'une évaluation indiquer le nombre) **NON** (aucune évaluation)

15. Adaptation résidentielle

Indiquer s'il y a eu une évaluation de l'adaptation résidentielle au cours de l'année

OUI (si plus d'une évaluation indiquer le nombre) **NON** (aucune évaluation)

16. Activité de réseau social

Indiquer s'il y a eu participation à des activités sociales **ségrégues** et la fréquence

Dans la première colonne, inscrire la lettre qui correspond à l'activité (ex. : **q** - pour quilles)

Dans la deuxième colonne, inscrire la fréquence (ex. : **10** pour autant de fois dans l'année)

OUI Loisirs (ex. : quilles, voyage, danse natation, mini-put) **NON** (aucune évaluation) Si autre spécifier

Cours (ex.: chant, peinture, informatique, alimentation)

17. Accompagnement soutien aux ressources

Indiquer s'il y a eu participation à des activités communautaires et **intégrées** et la fréquence avec les abréviations suivantes :

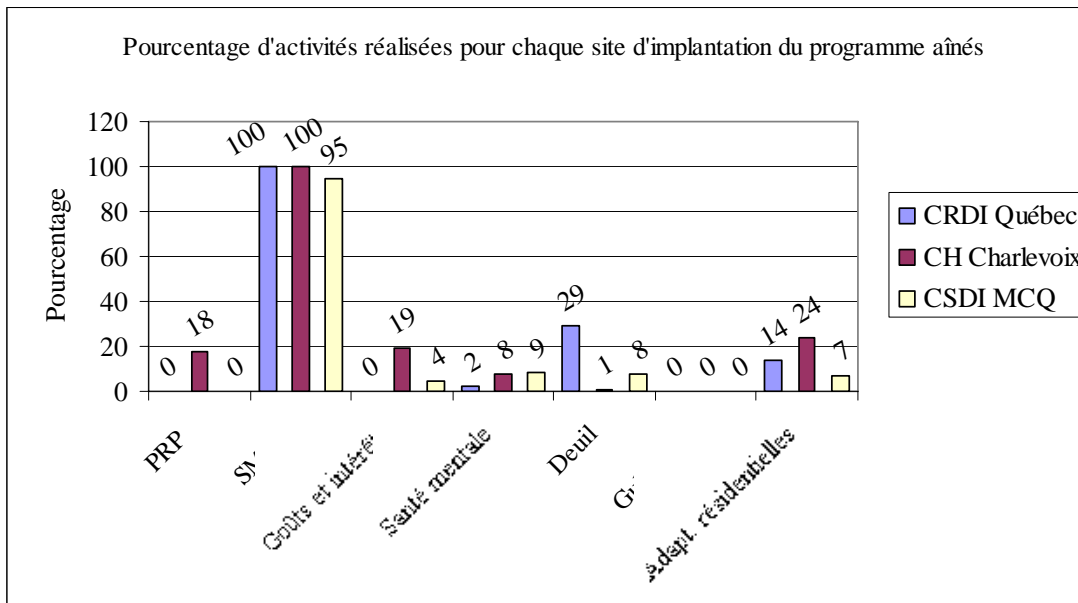
OUI (ex.: parrainage civique, cuisines collectives, visites amicales, soutien spirituel, activités organisées par des associations, âge d'or,

Chevalier de Colomb, **AFEAS**, Cercle des fermières, Filles d'isabelle, organismes de loisirs municipaux, programme **PAIR** et autres programmes d'appels quotidiens

Dans la première colonne inscrire les lettres qui correspondent à l'organisme

Dans la seconde colonne inscrire la fréquence

Figure 1 - Résultat de l'amorce de l'implantation du programme aux aînés dans les trois sites sélectionnés



ANNEXE 2***DESCRIPTION ET RÉSULTATS D'IMPLANTATION DU RÉSEAU DE SERVICES
INTÉGRÉS***

Tableau 1- Résumé des principales composantes du modèle PRISMA

Clientèles vulnérables (modèle PRISMA)
1. Concertation des partenaires intra et intersectoriels: au niveau stratégique et tactique
2. Porte d'entrée unique : guichet unique
3. Gestion de cas
4. Plan de services individualisé
5. Équipes interdisciplinaires, médecins, partenaires communautaires, l'aîné et ses proches aidants
6. Outils communs d'évaluation et de planification (Plan d'intervention, guides de pratiques, avec système de classification, comme les profils iso-SMAF)
7. Système d'information pour échanger les données cliniques et des indicateurs de résultats

Tableau 2- Résumé du réseau de services implanté dans les Bois-Francs

Niveau de concertation	Stratégies d'intégration de services
Stratégique	<p>Table de concertation des services de santé et des services sociaux des Bois-Francs où siègent les directeur des établissements (CH, CLSC, CHSLD) et des représentants du réseau communautaire et des organismes régionaux (Centres de réadaptation)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le directeur du CSDI MCQ responsable de la zone sud de la région de la Mauricie et du Centre du Québec siège sur cette table depuis 2002. • Cadre financier accepté en décembre 2002
Tactique	<p>Comité de coordination des services géranto-gériatriques des Bois-Francs où siègent des représentants du communautaires, des aînés et des établissements</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une gestionnaire du CSDI MCQ a été intégrée sur ce comité depuis 2003 • Cadre fonctionnel des gestionnaires de cas aînés en perte d'autonomie, les aînés présentant une déficience intellectuelle et les adultes ayant une déficience physique, en novembre 2002
Clinique	<p>Équipe de gestionnaires de cas (adultes et aînés) reconnus inter établissements</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deux infirmières gestionnaires de cas sont intégrées à cette équipe pour la clientèle référée en gestion de cas âgée de 55 ans et ayant une déficience intellectuelle, en février 2003.

ANNEXE 3

TABLEAUX DES RÉSULTATS DE RECHERCHE SUR LES EFFETS

Tableau 4 - Résultats au score d'incapacité du SMAF de T0 [au T2](#)

Supprimé : à T2

	Temps	groupe	moyenne		N
	T0	expérimenta			
		1	-41,88	14,20	102
		témoin	-35,10	13,69	189
		Total	-37,48	15,10	291
	T1	expérimenta			
		1	-40,01	14,56	90
		témoin	-34,38	13,99	172
		Total	-36,31	15,68	262
	T2	expérimenta			
		1	-40,02	15,13	86
		témoin	-35,26	15,04	160
		Total	-36,92	15,84	246
Effets:		dl		Chi2	p
	groupe	1		6,82	= .009
	temps	2		5,87	=.053
	group*temps	2		1,14	= .564
	genre	1		0,01	= .929

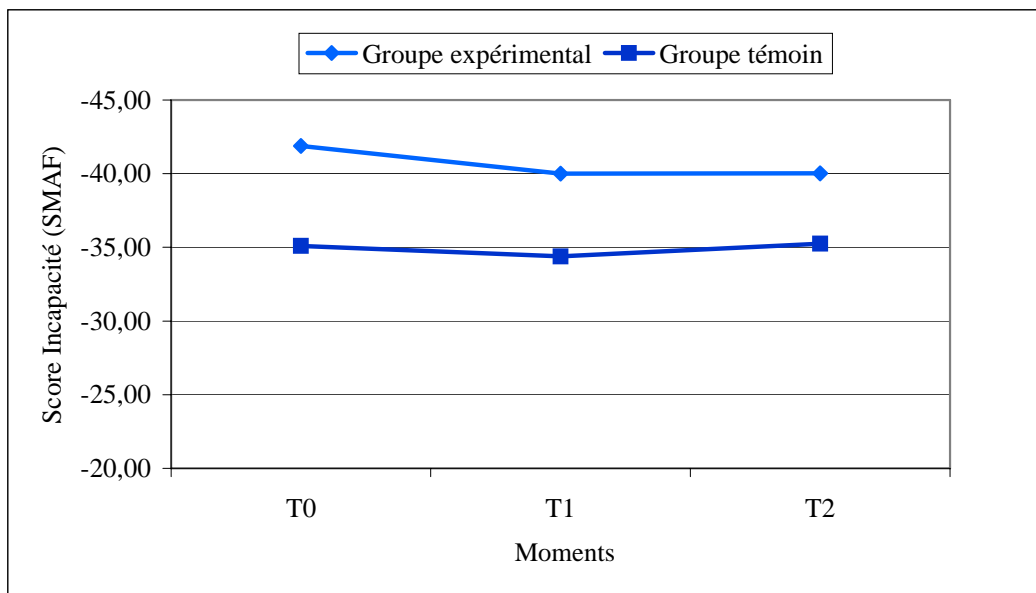


Figure 3- Évolution des résultats au SMAF

Tableau 5 - Résultats à l'échelle objective de qualité de vie (ComQOL) de T0 au T2 Supprimé : à T2

Temps	groupes	moyennes		N
T0	expérimental	45,79	9,16	82
	témoin	51,58	10,24	149
	Total	49,53	10,24	231
T1	expérimental	49,31	10,24	82
	témoin	47,03	12,50	149
	Total	47,84	11,78	231
T2	expérimental	49,71	9,67	82
	témoin	50,79	12,05	149
	Total	50,41	11,25	231
Effets:	groupe	1,227	0,12	= .724
	temps	2,226	0,807	=.447
	groupe*temps	2,226	9,53	< .001
	genre	1,227	1,56	= .213

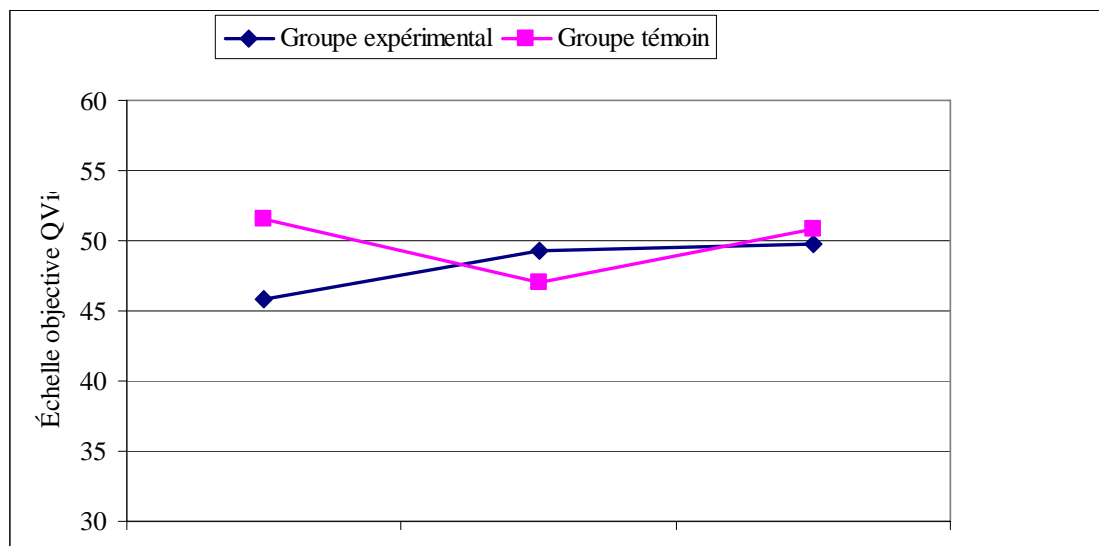


Figure4- Évolution des résultats à l'échelle objective de qualité de vie

Tableau 6 - Résultats à l'échelle subjective de qualité de vie (ComQOL) de T0 au T2

Supprimé : à T2

Temps	groupe	moyenne		N
T0	expérimental	26,84	3,63	82
	témoin	27,32	2,93	142
	Total	27,15	3,20	224
T1	expérimental	26,68	4,16	82
	témoin	27,15	2,97	142
	Total	26,98	3,45	224
T2	expérimental	27,63	3,42	82
	témoin	27,28	3,00	142
	Total	27,41	3,16	224
Effets:		dl	F	p
	groupe	1, 220	0,01	= .992
	temps	2, 219	0,26	= .769
	groupe*temps	2, 219	0,22	= .798
	genre	1, 220	1,88	= .171

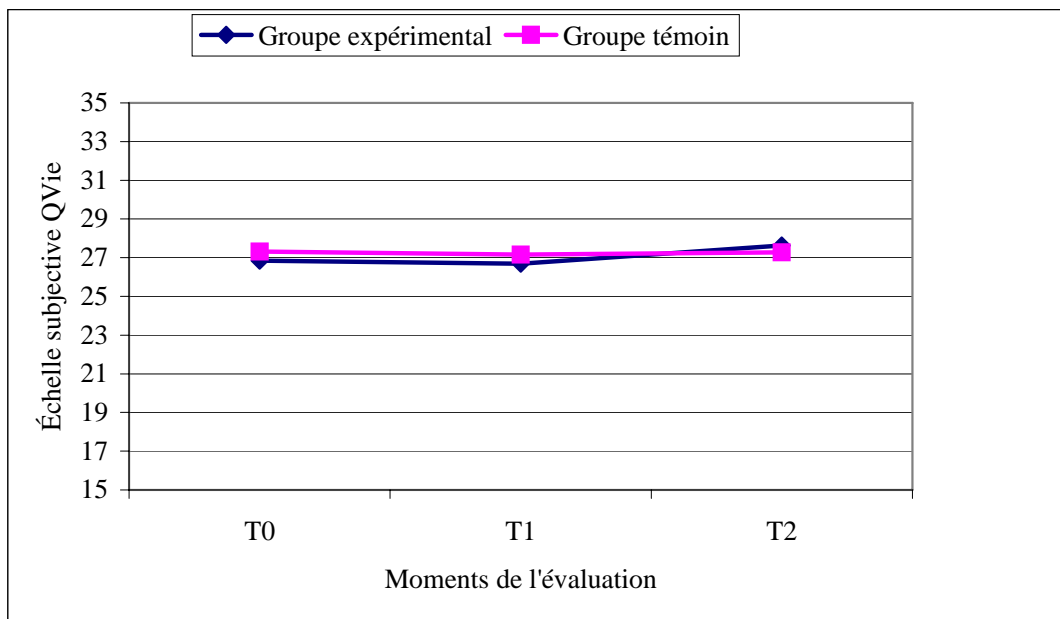


Figure 5- Évolution des résultats à l'échelle subjective de qualité de vie (satisfaction).

Tableau 7 Distribution selon les catégories de médicaments comptant le plus de prescriptions au T0

	Expérimental		Témoin	
	nbre prescriptions	Proportion	nbre prescriptions	Proportion
Psycholeptiques	2233	27,4	5719	28,9
Syst. digestif et métabolisme	1284	15,7	3502	17,7
Anti-épileptique	1141	14,0	2429	12,3
Syst. cardiovasculaire	1050	12,9	1979	10,0
Anti-parkinsonien	342	4,2	1536	7,8
Syst. hormonal - excl. hormones sexuelles	520	6,4	1306	6,6
Psychoanaleptiques	338	4,1	1244	6,3
Syst. génitourinaire et horm. Sexuelles	531	6,5	644	3,3
Autres	716	8,8	1439	7,3
total	8155	100,0	19798	100,0
	dl	Chi2	p	
	8	394.3201	<.0001	

Supprimé : à T0

Tableau 8 - Proportion des sujets avec au moins une prescription selon les groupes, ajustée selon le SMAF au T0.

	Groupes	
	expérimental	témoin

Supprimé : à T0

T-1	% avec au moins une hospitalisation nbre total de personne-année	0,89 101,00	0,93 189,00
T0	% avec au moins une hospitalisation nbre total de personne-année	0,94 98,86	0,93 187,93
T1	% avec au moins une hospitalisation nbre total de personne-année	0,91 94,27	0,96 179,89
T2	% avec au moins une hospitalisation nbre total de personne-année	0,94 86,84	0,95 164,65

Effets	dl	Chi2	P
temps	3	3,86	0,28
groupe	1	1,58	0,21
temps*groupe	3	4,56	0,21

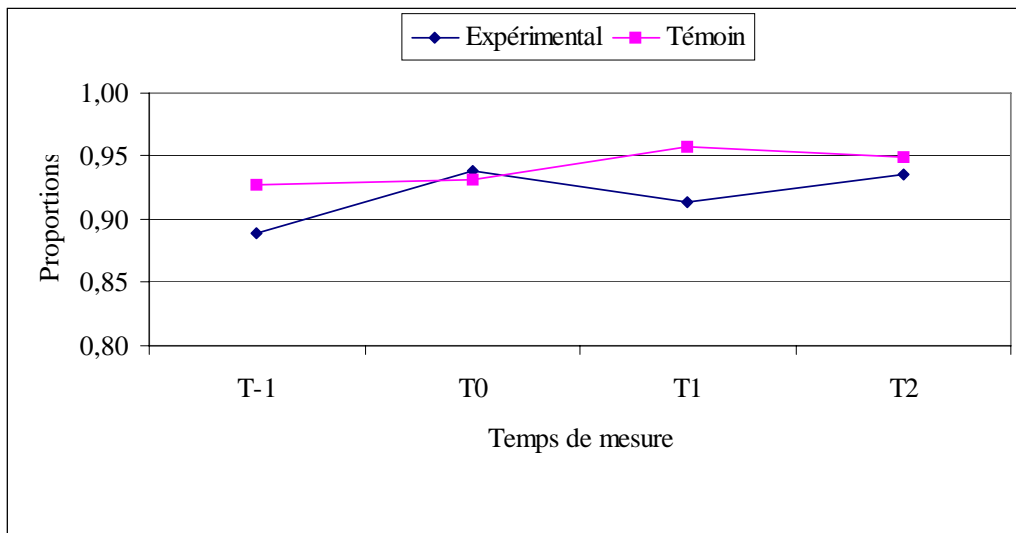


Figure 6- Proportion des sujets avec au moins une prescription selon les groupes, ajusté selon le SMAF au T0

Supprimé : à T0

Tableau 9- Nombre moyen de prescription de médicaments différents par sujet par année selon le groupe

		Groupes	
		expérimental	témoin
T-1	nbre moyen	5,64	4,99
	écart-type	0,34	0,26

	nbre total de pers-an	101,00	189,00
T0	nbre moyen	6,55	5,55
	écart-type	0,45	0,29
	nbre total de pers-an	98,86	187,93
T1	nbre moyen	6,07	5,96
	écart-type	0,46	0,30
	nbre total de pers-an	94,27	179,89
T2	nbre moyen	6,55	6,66
	écart-type	0,48	0,31
	nbre total de pers-an	86,84	164,65

Source	dl	Chi2	P
temps	3	25,49	<,0001
groupe	1	1,62	0,20
temps*groupe	3	4,8	0,19

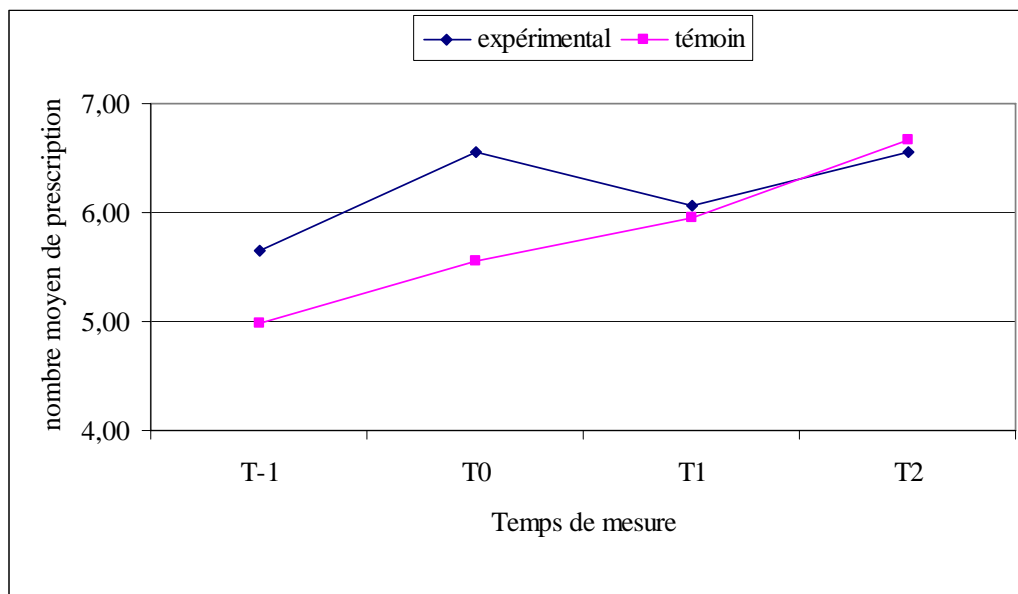


Figure 7- Nombre moyen de prescription de médicaments différents par année selon les groupes

Tableau 10 - Proportion des sujets avec au moins une prescription inappropriée selon les critères de Beers, par année et selon les groupes

		expérimental	témoin
T-1	% avec au moins une prescription inappropriée	0,45	0,31
	% avec au moins une prescription inappropriée.	0,39	0,30
	nbre total de personne-année avec au moins une prescription	92,00	172,00
T0	% avec au moins une prescription inappropriée	0,46	0,31
	% avec au moins une prescription inappropriée.	0,41	0,31
	nbre total de personne-année avec au moins une prescription	93,86	172,93
T1	% avec au moins une prescription inappropriée	0,44	0,29
	% avec au moins une prescription inappropriée.	0,38	0,29
	nbre total de personne-année avec au moins une prescription	86,83	173,89
T2	% avec au moins une prescription inappropriée	0,39	0,29
	% avec au moins une prescription inappropriée.	0,33	0,28
	nbre total de personne-année avec au moins une prescription	82,71	158,79

Effets	dl	Chi2	P
temps	3	5,2	0,158
groupe	1	5,1	0,0239
groupe*temps	3	1,01	0,80

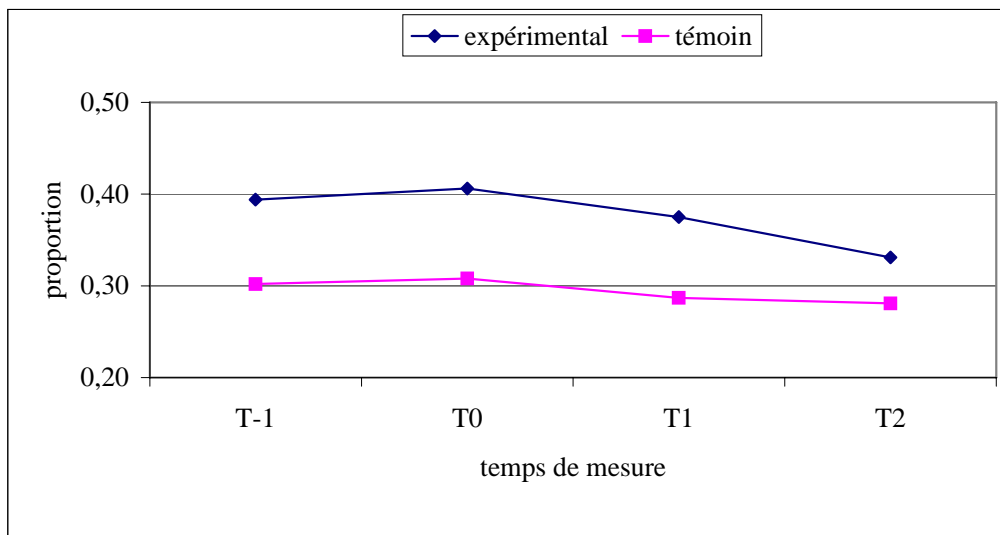


Figure 8 - Proportion des sujets avec au moins une prescription inappropriée selon les critères de Beers, par année et selon les groupes

Tableau 11 - Proportion des sujets avec au moins une hospitalisation selon les groupes par année (nbre de pers-an hospitalisée/nbre pers-an total)

		expérimental	témoin	
T-1	% de sujets hospitalisés brut	0,10	0,11	
	% de sujets hospitalisés ajus.	0,11	0,10	
	nbre d'hospitalisation (en pers-an)	10,0	21,0	
	nbre de sujets (en pers-an)	101,0	189,0	
T0	% de sujets hospitalisés brut	0,17	0,14	
	% de sujets hospitalisés ajus.	0,18	0,13	
	nbre d'hospitalisation (en pers-an)	16,4	26,7	
	nbre de sujets (en pers-an)	98,9	187,9	
T1	% de sujets hospitalisés brut	0,08	0,18	
	% de sujets hospitalisés ajus.	0,10	0,17	
	nbre d'hospitalisation (en pers-an)	7,9	32,4	
	nbre de sujets (en pers-an)	94,3	179,9	
T2	% de sujets hospitalisés brut	0,06	0,15	
	% de sujets hospitalisés ajus.	0,07	0,14	
	nbre d'hospitalisation (en pers-an)	5,1	25,0	
	nbre de sujets (en pers-an)	86,8	164,7	
Effets		dl	Chi2	p
temps		3	4,870	0,182
groupe		1	0,660	0,417
temps*groupe		3	6,880	0,076

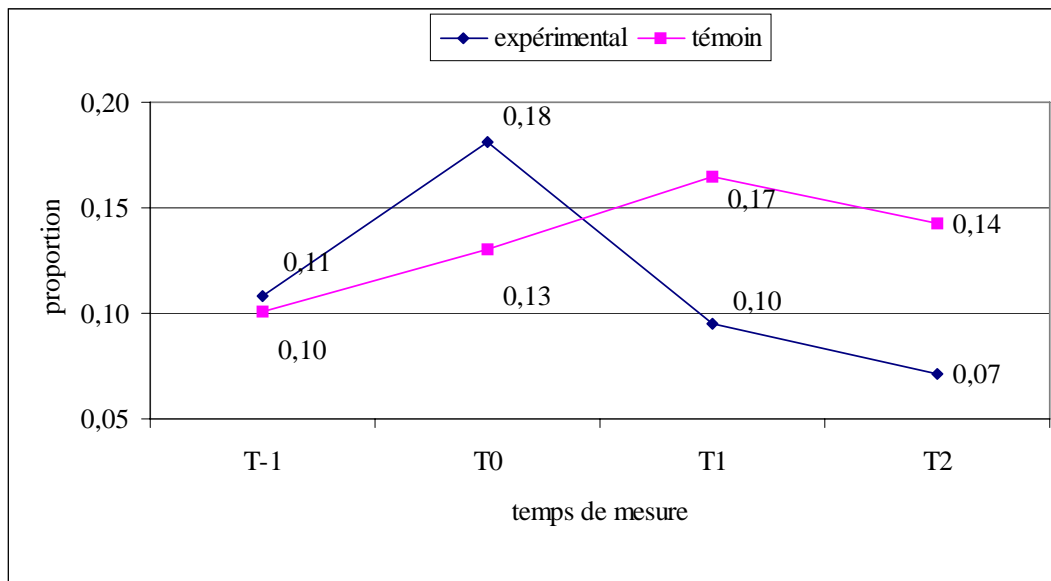


Figure 9 - Proportion des sujets avec au moins une hospitalisation selon les groupes par année (nbre de pers-an hospitalisée/nbre pers-an total)

Tableau 12 - Taux de jours d'hospitalisation en courte durée (médecine et chirurgie) par année (nbre total de jours d'hospitalisation/nbre total de pers-an)

		expérimental	témoin	
T-1	Taux de jours en courte durée	1,56	1,47	
	nbre total de jours d'hospitalisation	158,0	278,0	
	nbre total de personnes (en pers-an)	101,0	189,0	
T0	Taux de jours en courte durée	2,68	3,26	
	nbre total de jours d'hospitalisation	265,0	612,0	
	nbre total de personnes (en pers-an)	98,9	187,9	
T1	Taux de jours en courte durée	1,54	3,5	
	nbre total de jours d'hospitalisation	145,0	629,0	
	nbre total de personnes (en pers-an)	94,3	179,9	
T2	Taux de jours en courte durée	0,33	1,93	
	nbre total de jours d'hospitalisation	29,0	317,0	
	nbre total de personnes (en pers-an)	86,8	164,7	
Effets		dl	Chi2	p
temps		3	25,570	<,0001
groupe		1	0,500	0,481
temps*groupe		3	3,500	0,321

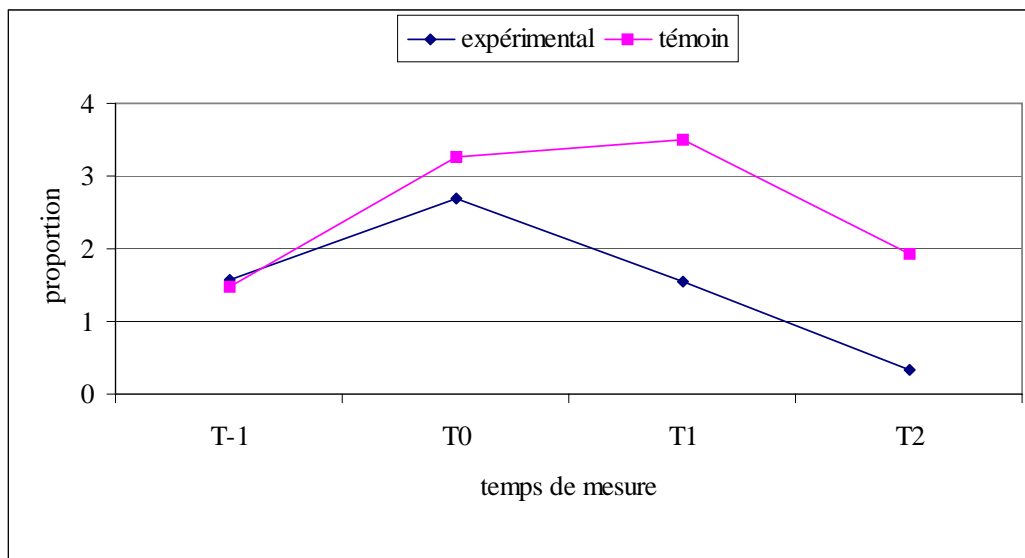


Figure 10 -Taux de jours d'hospitalisation en courte durée (médecine et chirurgie) par année (nbre total de jours d'hospitalisation/nbre total de pers-an)

Tableau 13 - Durée moyenne de séjour en courte durée (médecine et chirurgie) par année (nbre de jours d'hospitalisation/nbre d'hospitalisation)

		expérimental	témoin
T-1	durée moyenne de séjour (jrs)	10,55	7,9683
	nbre de jours d'hospitalisation	211	502
	nbre d'hospitalisation	20	63
T0	durée moyenne de séjour (jrs)	7,0667	7,3952
	nbre de jours d'hospitalisation	424	917
	nbre d'hospitalisation	60	124
T1	durée moyenne de séjour (jrs)	13,0256	7,7327
	nbre de jours d'hospitalisation	508	781
	nbre d'hospitalisation	39	101
T2	durée moyenne de séjour (jrs)	4,1429	9,5778
	nbre de jours d'hospitalisation	29	431
	nbre d'hospitalisation	7	45
Effets	dl	Chi2	p
temps	3	7,520	0,057
groupe	1	0,060	0,807
temps*groupe	3	3,140	0,371

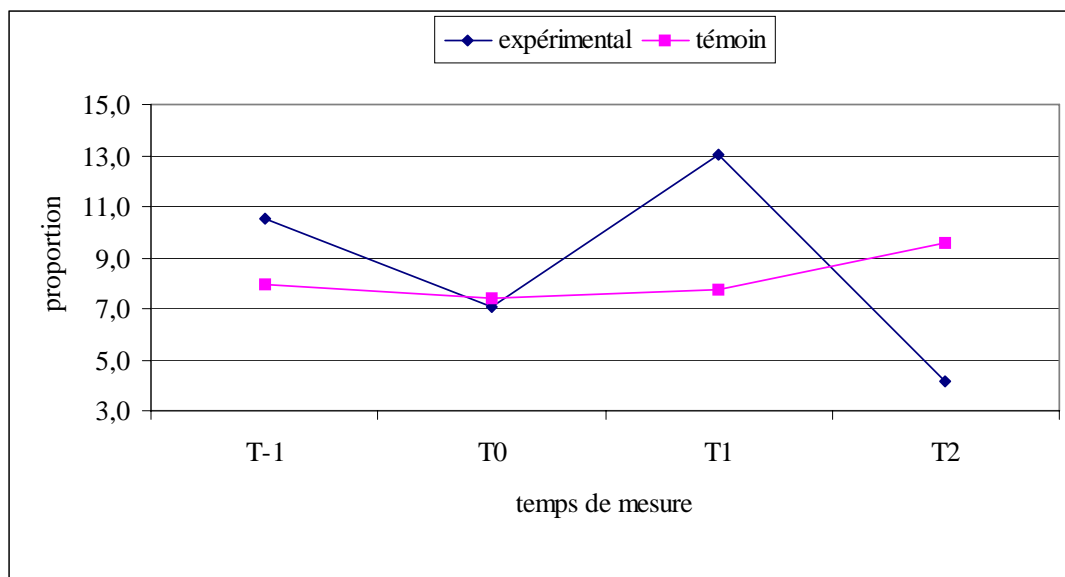


Figure 11 -Durée moyenne de séjour en courte durée (médecine et chirurgie) par année (nbre de jours d'hospitalisation/nbre d'hospitalisation)

Tableau 14- Nombre total d'actes par personne-année selon les groupes par année (nbre total d'actes/nbre pers-an total)

		expérimental	témoin
T-1	Nbre moyen d'acte par personne-année	6,99	10,26
	Nbre total d'actes	706,00	1940,00
	nbre total de personnes (en pers-an)	101,00	189,00
T0	Nbre moyen d'acte par personne-année	11,01	12,90
	Nbre total d'actes	1088,00	2424,00
	nbre total de personnes (en pers-an)	98,86	187,93
T1	Nbre moyen d'acte par personne-année	12,95	15,65
	Nbre total d'actes	1221,00	2815,00
	nbre total de personnes (en pers-an)	94,27	179,89
T2	Nbre moyen d'acte par personne-année	8,59	15,91
	Nbre total d'actes	746,00	2620,00
	nbre total de personnes (en pers-an)	86,84	164,65
Effets	dl	Chi2	p
temps	3	17,670	0,001
groupe	1	2,420	0,120
temps*groupe	3	5,030	0,170

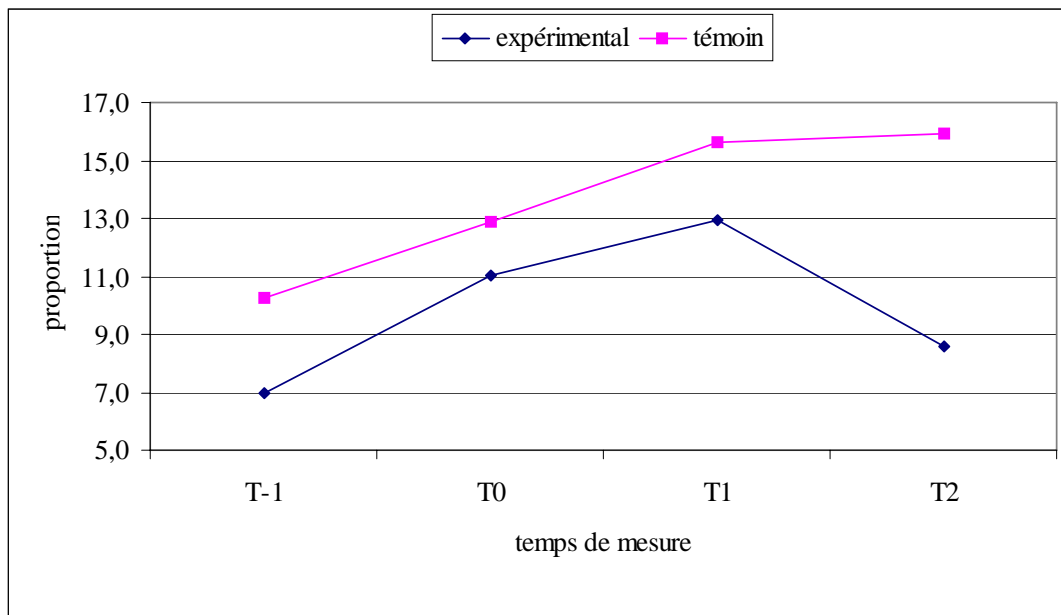


Figure 12 -Nombre total d'actes par personne-année selon les groupes par année (nbre total d'actes/nbre pers-an total)

Tableau 14- Nombre total d'actes omnipraticien par personne-année selon les groupes par année (nbre total d'actes par omnipraticien/nbre pers-an total)

		expérimental	témoin
T-1	Nbre moyen d'acte par personne-année	4,97	8,35
	Nbre total d'actes	502	1578
	nbre total de personnes (en pers-an)	101,00	189,00
T0	Nbre moyen d'acte par personne-année	8,87	10,11
	Nbre total d'actes	877	1900
	nbre total de personnes (en pers-an)	98,86	187,93
T1	Nbre moyen d'acte par personne-année	9,84	12,96
	Nbre total d'actes	928	2332
	nbre total de personnes (en pers-an)	94,27	179,89
T2	Nbre moyen d'acte par personne-année	6,77	12,88
	Nbre total d'actes	588	2120
	nbre total de personnes (en pers-an)	86,84	164,65

Source	dl	Chi2	p
temps	3	24,190	<,0001
groupe	1	2,710	0,100
temps*groupe	3	5,350	0,148

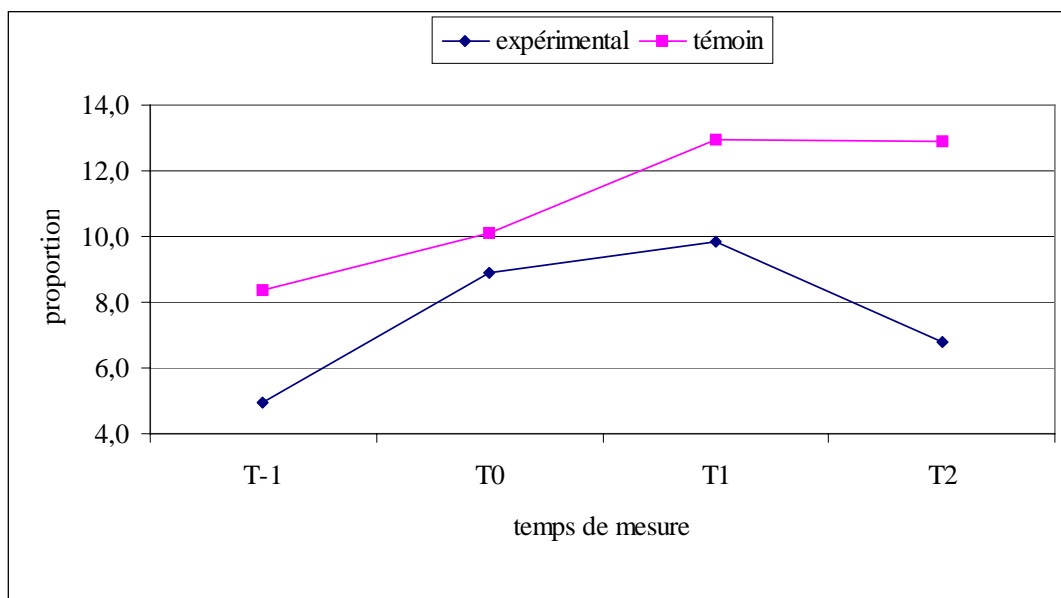


Figure 13- Nombre total d'actes omnipraticien par personne-année selon les groupes par année (nbre total d'actes par omnipraticien/nbre pers-an total)

Tableau 16- Nombre total d'actes spécialiste par personne-année selon les groupes par année
(nbre total d'actes par spécialiste/nbre pers-an total)

		expérimental	témoin
T-1	Nbre moyen d'acte par personne-année	2,02	1,92
	Nbre total d'actes	204	362
	nbre total de personnes (en pers-an)	101,00	189,00
T0	Nbre moyen d'acte par personne-année	2,13	2,79
	Nbre total d'actes	211	524
	nbre total de personnes (en pers-an)	98,86	187,93
T1	Nbre moyen d'acte par personne-année	3,11	2,69
	Nbre total d'actes	293	483
	nbre total de personnes (en pers-an)	94,27	179,89
T2	Nbre moyen d'acte par personne-année	1,82	3,04
	Nbre total d'actes	158	500
	nbre total de personnes (en pers-an)	86,84	164,65
Effets	dl	Chi2	p
temps	3	2,910	0,406
groupe	1	0,490	0,482
temps*groupe	3	4,130	0,248

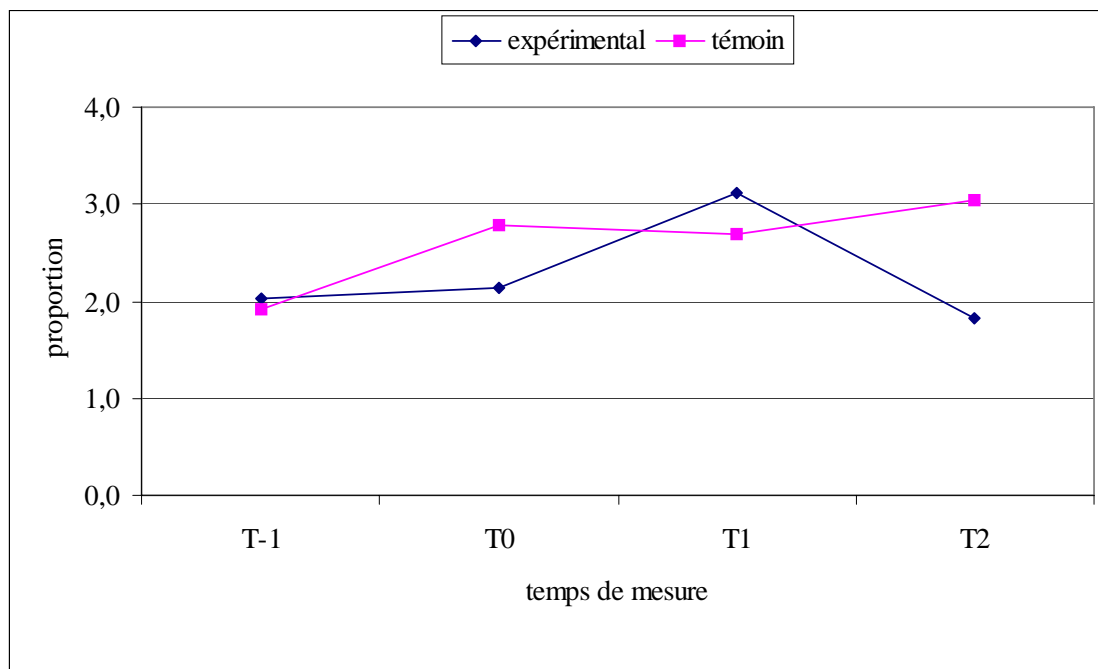
Figure 14- Nombre total d'actes omnipraticien par personne-année selon les groupes par année
(nbre total d'actes par omnipraticien/nbre pers-an total)

Tableau17- Nombre total moyen d'actes à l'urgence par personne-année selon les groupes par année (nbre total d'actes à l'urgence/nbre pers-an total)

		expérimental	témoïn
T-1	Nbre moyen d'acte par personne-année	0,52	1,2
	Nbre total d'actes	53	226
	nbre total de personnes (en pers-an)	101,00	189,00
T0	Nbre moyen d'acte par personne-année	0,81	1,44
	Nbre total d'actes	80	270
	nbre total de personnes (en pers-an)	98,86	187,93
T1	Nbre moyen d'acte par personne-année	0,82	1,58
	Nbre total d'actes	77	284
	nbre total de personnes (en pers-an)	94,27	179,89
T2	Nbre moyen d'acte par personne-année	0,64	1,72
	Nbre total d'actes	56	283
	nbre total de personnes (en pers-an)	86,84	164,65
Effets	dl	Chi2	p
temps	3	1,560	0,668
groupe	1	3,810	0,051
temps*groupe	3	0,380	0,945

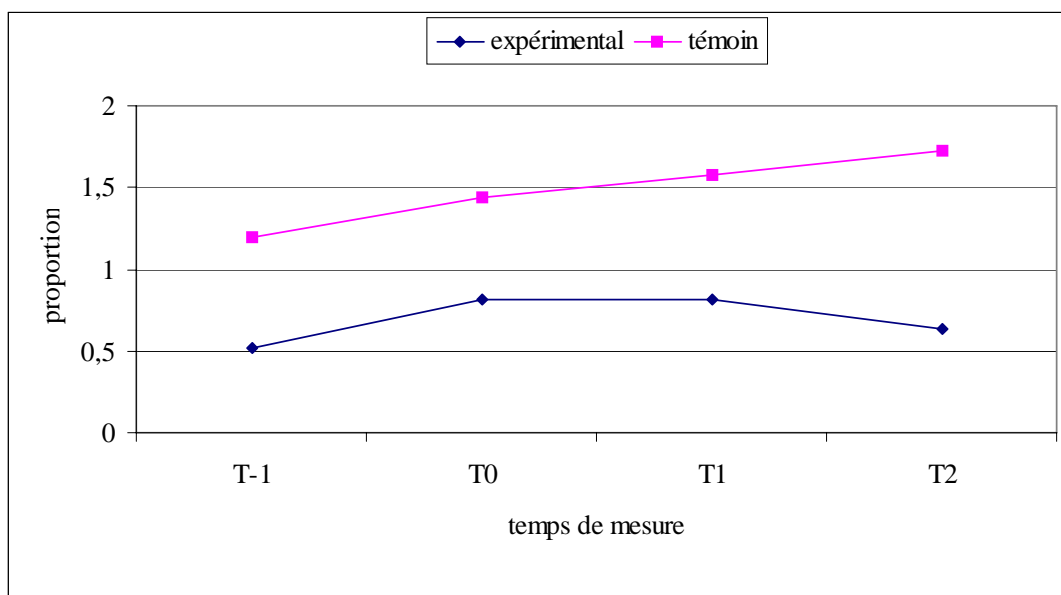


Figure 15- Nombre total moyen d'actes à l'urgence par personne-année selon les groupes par année (nbre total d'actes à l'urgence/nbre pers-an total).

Annexe 4***ACTIVITÉS DE TRANSFERT DES CONNAISSANCES***

À la suite de la première cueillette de données, l'équipe de recherche a entamé son plan de diffusion. Ainsi, à l'été 2003, les résultats du T0 et à l'automne 2004 ceux du T1 ont été présentés aux intervenants dans le cadre de midi-conférences dans la région des Bois-Francs (2) et également à Québec. À l'été 2001, dans le cadre du colloque intra-établissement du CSDI MCQ, les chercheurs ont procédé à une présentation du projet de recherche auprès des intervenants du Centre. En 2004, les résultats préliminaires de l'étude (T0 et T1) furent l'objet de conférences dans le cadre du Congrès de l'Association québécoise pour l'intégration sociale (AQIS) et le congrès international de l'Association internationale de recherche sur l'handicap mental (AIRHM). Nous avons présenté les résultats finaux ainsi que nos recommandations dans ces mêmes congrès en 2005 ainsi qu'au congrès de l'American association of mental retardation (AAMR-chapitre Québec). D'autres moments de diffusion sont prévus au cours de l'année 2006 et 2007, dans chacun des CRDI participants (CSDI MCQ, Québec et Charlevoix) afin de présenter les résultats finaux de la recherche et des recommandations pour la pratique future aux intervenants et aux partenaires externes (CLSC, pharmaciens, médecins, services communautaires). Puisque la décision de poursuivre et d'étendre l'expérience du réseau de services intégrés appartient aux décideurs (gestionnaires), nous comptons travailler étroitement avec la Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle (FQCRDI) afin de présenter les résultats de recherche, les implications pour les services de santé et services sociaux et émettre nos principales recommandations. Ces démarches pourraient s'actualiser à travers d'articles à l'intérieur d'une publication diffusée par la FQCRDI, d'une rencontre à la

Supprimé : présenterons

Supprimé : 5

FQCRDI réunissant tous les gestionnaires des CRDI et à laquelle des représentants des différents partenaires impliqués (CLSC, médecins, pharmaciens, organismes communautaires) pourraient prendre part.

Nous visons également la publication de quatre articles dans des revues scientifiques dans lesquelles nous pourrions faire état de nos résultats détaillés. Ces articles porteront notamment sur le vieillissement des personnes présentant une déficience intellectuelle, leur qualité de vie, leur autonomie fonctionnelle, l'état de situation quant à leur médication et leur santé en général et finalement, un article de fond sur l'expérience de l'implantation du modèle de réseau de services intégrés avec une approche de gestion de cas (case management) dans la région des Bois-Francs.

Les revues ciblées pour la diffusion de ces articles sont, selon le sujet traité : la Revue francophone de la déficience intellectuelle, l'American Journal of Mental Retardation, la revue CNRIS (Consortium national de recherche sur l'intégration sociale) à laquelle tous les CRDI de la province ont accès, une revue spécialisée en gériatrie ainsi qu'une en sciences infirmières. À ce jour, deux articles ayant pour but de présenter la nature de la recherche (avril 2001) et les résultats de la première cueillette de données (octobre 2003) furent publiés dans la revue Liaison (revue interne au CSDI MCQ). Finalement, l'implication d'une représentante du MSSS sur l'équipe de recherche nous assurera une représentation auprès de ce ministère et des décideurs provinciaux, régionaux et nationaux.

Supprimé : j

Supprimé : m

Supprimé : r

RÉFÉRENCES

- ¹ Boisvert, D., Bonin, L., & Boutet, M. (1994). Études sur les caractéristiques biopsychosociales des personnes âgées ayant une déficience intellectuelle de la région Mauricie / Bois-Francs. Rapport de recherche à la Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Mis en forme : Justifié
- ² World Health Organisation (2001). Healthy ageing- adults with intellectual disabilities: summative report. Journal of [Applied Research in Intellectual Disabilities](#), 14, 256-275. Supprimé : a
Supprimé : r
Supprimé : i
Supprimé : d
- ³ Hébert, R. (2004). PRISMA: Un modèle novateur pour l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie. Dans R. Hébert, A. Tourigny & M. Gagnon (Eds.). *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*, (pp. 9-23). Edisem.
- ⁴ Tourigny, A., Durand, P.J., Bonin, L., Hébert, R., & Rochette, L. (2004). Évaluation de l'efficacité d'un réseau de services intégrés pour les personnes âgées vulnérables. Dans R. Hébert, A. Tourigny & M. Gagnon (Ed.). *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*, (pp. 57-78). Edisem. Mis en forme : Police :12 pt
- ⁵ Zhan C, Sangl J, Bierman AS, Friedman B, Wickizer SW, Meyer GS. 2001. Potentially Inappropriate Medication Use in the Community-Dwelling Elderly. *JAMA*, Dec 12, 286:2823-2829
- ⁶ Simon RD, Chan KA, Soumerai SB, Wagner AK, Andrade SE, Feldstein AC, Lafata JE, Davis RL, Gurwitz JH. 2005. Potentially Inappropriate Medication Use by Elderly Persons in U.S. Health Maintenance Organizations, 2000-2001. *JAGS* 53:227-232.
- ⁷ Meredith S, Feldman PH, Frey D, Hall K, Arnold K, Brown NJ, Ray WA. 2001. Possible Medication Errors in Home Healthcare Patients. *JAGS* 49 :719-724. Mis en forme : Justifié
- ⁸ Rancourt C, Moisan J, Baillargeon L, Verreault R, Laurin D, Grégoire J-P. Potentially inappropriate prescriptions for older patients in long-term care. *BMC Geriatrics* 2004, 4:9 <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/4/9>. Mis en forme : Français (France)
- ⁹ Stuart B, Kamal-Bahl S, Briesacher B, Lee E, Doshi J, Zuckerman IH, Verovsky I, Beers MH, Erwin G, Friedley N. (2003). Trends in the prescription of inappropriate drugs for the elderly between 1995 and 1999. *Am J Geriatr Pharmacother* Dec; 1(2):61-74. Mis en forme : Justifié
- ¹⁰ Sloane PD, Zimmerman S, Brown LC, Ives TJ, Walsh JF. (2002). Inappropriate medication prescribing in residential care/assisted living facilities. *J Am Geriatr Soc* Aug; 51(8):1187.
- ¹¹ Jorgenson, D., Delaney, C., Furniss, S., & Oliver, H. (2004). Improving the Quality of Drug Management of Saskatchewan Seniors in Long-Term Care. *Quality Improvement Guide*. Saskatoon : Health Quality Council.

- ¹² Hébert R. Raïche et coll (2006). 4^{ième} Colloque PRISMA « Les fruits de la recherche pour nourrir l'action ». Sherbrooke 24 et 25 mai 2006.
- ¹³ Tourigny, A., Paradis, M., Bonin, L, Bussière, A., & Durand, P.J. (2004). Évaluation de l'implantation du Réseau de services intégrés (RSI) des Bois-Francs. Dans R. Hébert, A. Tourigny & M. Gagnon (Ed.). *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*, (pp. 41-55). Edisem.
- ¹⁴ Stuck AE, Aronow HU, Steiner A et al. A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessments for elderly people living in the community. *N Engl J Med* 1995; 333: 1184-1189.
- ¹⁵ Pathy MS, Bayer A, Harding K et al. Randomised trial of case finding and surveillance of elderly people at home. *Lancet North Am Ed*1992; 340: 890-893.
- ¹⁶ Stewart S, Pearson S, Luke CG et al. Effects of home-based intervention on unplanned readmissions and out-of-hospital deaths. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46: 174-180.
- ¹⁷ Rich MW, Beckham V, Wittenberg C et al. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *N Engl J Med* 1995; 333: 1190-1195.
- ¹⁸ Runciman P, Currie CT, Nicol M et al. Discharge of elderly people from an accident and emergency department: evaluation of health visitor follow-up. *J Adv Nurs* 1996; 24: 711-718.
- ¹⁹ Naylor MD, Brooten D, Campbell R et al. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. *JAMA* 1999; 281:613-620.
- ²⁰ Janicki, M.P., Dalton, A.J., Henderson, C.M., & Davidson, P.W. (1999). Mortality and morbidity among older adults with intellectual disability: health services considerations. *Disability and Rehabilitation*, 21, 284-294.
- ²¹ Cooper, S.A. (1997). Psychiatric symptoms of dementia among elderly people with learning disabilities. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 662-666.
- ²² Griswold, J., & Zucker-Goldstein, M. (1999). Issues Affecting the Lives of Older Persons With Developmental Disabilities. *Psychiatric Services*, 50, 315-317.
- ²³ Bigby C (2004) *Ageing with a Lifelong Disability*. London, Jessica Kingsley Publishers.
- ²⁴ Bigby, C. & Balandin, S. (2004). Issues in researching the ageing of people with intellectual disability. In E. Emerson, C. Hatton, T.Thompson & T.R. Parmenter (Eds), *The international handbook of applied research in intellectual disabilities*, pp 221-236. Chichester, England: John Wiley & Sons.

Mis en forme : Justifié

Mis en forme : Français (France)

Mis en forme : Français (France)

Mis en forme : Justifié

- ²⁵ Jenkins R (2005) Older people with learning disabilities. Part 2: accessing care and the implications for nursing practice. *Nursin Older People*. 17, 1, 30-34.
- ²⁶ Hawkins BA & Eklund SJ (1990). Planning Processes and Outcomes for an Aging Population with Developmental Disabilities. *Mental Retardation*, 28 (1) : 35-40.
- ²⁷ Ministère de la Santé et des Services Sociaux (1997). *Pour mieux comprendre la différence: une étude sur les besoins des personnes ayant une déficience intellectuelle et sur ceux de leurs proches*. Gouvernement du Québec: Québec, 99 pages.
- ²⁸ Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2001). *De l'intégration sociale à la participation sociale, Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches*, Québec, 111 pages.
- ²⁹ Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre du Québec, (2002) *Moi, parmi les autres, Orientations régionales en déficience intellectuelle*. Trois-Rivières, 68 pages.
- ³⁰ Tourigny A., Durand J. P., Bonin L, Hébert, R., & Rochette, L. (2004). Quasi-Experimental Study of the Effectiveness of an Integrated Service Delivery Network for Frail Older People, *Canadian Journal on Aging*, 23, (3), 231-245.
- ³¹ Hollander, M.J., Walker, E.R. (1998). Report of continuing care organization and terminology. Division of Aging and Seniors, Health Canada, Ottawa.
- ³² Demers L. et coll. (2005). *Le rôle des acteurs locaux, régionaux et ministériels dans l'intégration des services aux aînés en perte d'autonomie*. Rapport de recherche subventionnée par la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé (FCRSS) et les Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ), 32 pages.
- ³³ Leatt, P., G. Pink et M. Guerriere (2000), « Towards a Canadian Model of Integrated Healthcare », *Healthcare Papers*, vol. 1, n° 2, p. 13-35.
- ³⁴ Shortell, S.M, et coll. (2000), *Remaking Health Care in America, the Evolution of Organized Delivery Systems*, 2^e édition, [San Francisco: Jossey-Bass Pub.](#)
- ³⁵ Evenhuis, H., Henderson, C.M., Beange, H., Lennox, N., & Chicoine B.(2001). Healthy Ageing – Adults with Intellectual Disabilities : Physical Health Issues. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 14 : 175-194.
- ³⁶ Weil M et Karls JM (1985). Historical Origins and Recent Developments, in *Case Management in Human Service Practice*, Weil M,: 1-28, [San Francisco: Jossey-Bass Pub.](#)

Mis en forme : Justifié

Mis en forme : Justifié,
Retrait : Gauche : 0,21 cm,
Suspendu : 1,48 cm

Supprimé : Californie, Jossey-Bass.

Mis en forme : Justifié

Mis en forme : Français
(France)

Supprimé : ..

Supprimé : San Francisco.

- ³⁷ Capitman, J.A., Haskins, B., & Bernstein, J. (1986). Case management approaches in coordinated community-oriented long term care demonstration : An overview of the channelling demonstration and its evaluation , *Health Services Research*, 23 (1), 1-22.
- ³⁸ Ardito M., Butock, S., Freeman, S.E., Levy, J.M. (1997). Delivering home-based case management to families with children with mental retardation and developmental disabilities. *Journal of case management*, 6 (2) ; 56-61.
- ³⁹ Hébert, R., Carrier, R., Bilodeau, A. (1988). Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) : description and validation of an instrument for the measurement of handicaps. *Age Ageing* ;17 : 293-302.
- ⁴⁰ Cummins, R.A. (1997). *Comprehensive Quality of Life Scale/ Cognitive Disability*, Fifth Edition (ComQol-I5). Melbourne:Deakin University School of Psychology.
- ⁴¹ Hébert, R., Durand PJ., Dubuc N., Tourigny, A. and the PRISMA group (sous-presse), Integrated service delivery system for the disabled older population : a new model, *Canadian Medical Association Journal*, CMAJ.
- ⁴² Nota, L., Soresi, S., & Perry, J. (2006). Quality of life in adults with an intellectual disability: the evaluation of quality of life instrument. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50, 371-385.
- ⁴³ Brandford D.(1994). A study of the prescribing for people with learning disabilities living in the community and in National Health Services care. *Journal of Intellectual Disability Research*, 38, 577-586.
- ⁴⁴ Béland F, Bergman H, Lebel P, Clarfield AM, Tousignant P, Contandriopoulos AP, Dallaire L. (2006) A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: results from a randomized controlled trial. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* Vol 61A, No. 4, 367-373.

Supprimé : s

Supprimé : r

Supprimé : i

Supprimé : disability

Supprimé : r

Mis en forme : Police :Italique

Supprimé : r

Supprimé : F