

L'hôpital et le système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA)*

Howard Bergman, *Université McGill*

François Béland, *Université de Montréal*

Paule Lebel, *Direction de la santé publique, Régie régionale de Montréal-centre*

André-Pierre Contandriopoulos, *Université de Montréal*

Ellen Leibovich, *Université de Montréal*

Yvon Brunelle, *Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec*

Terry Kaufman, *CLSC Notre-Dame-de-Grâce*

Pierre Tousignant, *Direction de la santé publique, Régie régionale de Montréal-centre*

Rosario Rodríguez, *Université de Montréal*

Geoffroy Scott, *Université de Montréal*

** Ce travail fut réalisé grâce aux subventions obtenues de: Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; Sheila Zitrer Award (Hôpital Général Juif); World Health Organization Fellowship; British Council Education Grant. Une première version de ce texte a été présentée dans le cadre des Neuvièmes Entretiens du Centre Jacques Cartier, du 2 au 4 octobre 1996, à Montréal, Québec.*

Résumé:

L'organisation des services pour les personnes âgées est un enjeu déterminant pour les hôpitaux dans leur transformation actuelle. Les soins aux personnes âgées, au Canada, sont caractérisés par la fragmentation des services, l'absence de responsabilité/imputabilité et des incitatifs qui conduisent à l'utilisation inadéquate des ressources des services de santé et des services sociaux. Dans le contexte du mode de financement et d'organisation du système de santé canadien, l'hôpital est devenu le seul lieu incontournable pour la résolution des problèmes médicaux et sociaux des personnes âgées en perte d'autonomie. Les personnes âgées de 75 ans et plus sont le seul groupe dont les journées d'hospitalisation per capita continuent d'augmenter. En même temps, l'hôpital est souvent le lieu le moins adéquat, le moins accueillant et le plus coûteux en ce qui concerne les personnes âgées en perte d'autonomie. Il ne s'agit pas de nier le rôle essentiel de l'hôpital comme lieu optimal de soins aigus secondaires et tertiaires mais il faut le situer dans le contexte d'un réseau de services intégrés. Ce texte propose un modèle conceptuel d'un système de services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA).

Mots clefs: Organisation des soins, système de services intégrés, personnes âgées.

Au Canada, les soins de santé prodigués aux personnes âgées, en particulier les personnes âgées en perte d'autonomie, se caractérisent par la fragmentation des services, l'absence de responsabilité globale et d'imputabilité des établissements et des dispensateurs de soins et l'existence de mesures incita-

tives négatives menant à l'utilisation inappropriée et dispendieuse des centres hospitaliers et des établissements de soins de longue durée. Les lacunes du système actuel montrent qu'une meilleure coordination et l'intégration des soins et services offerts aux personnes âgées est nécessaire pour répondre aux besoins complexes de

cette population. S'appuyant sur l'analyse des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie et sur l'expérience canadienne et celle d'autres pays, le Groupe de recherche en services intégrés pour personnes âgées Université McGill/Université de Montréal propose un modèle conceptuel de soins intégrés pour cette population.

Après avoir fait état de la situation actuelle, nous proposons un modèle, le «Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie» (SIPA), qui réunit les caractéristiques suivantes:

1. Système de soins intégrés ayant des assises communautaires et offrant des soins de santé et des services sociaux de première et de deuxième ligne, y compris l'hospitalisation et l'hébergement en établissement.

2. Responsabilité des soins dispensés à une population définie.

3. Modèle clinique reposant sur la gestion par cas et impliquant la responsabilité clinique de l'ensemble des services.

4. Mode de pré-paiement par capitation assorti de la responsabilité financière de l'ensemble des services dispensés.

5. Gestion publique qui respecte les principes fondamentaux du système de santé canadien.

Le système de santé au Québec, comme dans l'ensemble du Canada, fait l'objet d'une profonde remise en question. Les grandes réformes des années soixante et soixante-dix, initiées par les commissions Hall et Castonguay-Nepveu, visaient l'universalité et l'accessibilité aux soins médicaux ainsi qu'une administration publique assurant la responsabilité gouvernementale pour le paiement des composantes les plus coûteuses: soins aigus hospitaliers, soins médicaux (Rapport de la commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, 1970). Toutefois, les politiques et réformes d'aujourd'hui, initiées par les gouvernements provinciaux, visent le contrôle des coûts et l'amélioration de la santé de la population tout en maintenant ces principes fondamentaux (Contandriopoulos, 1994).

Elles s'appuient sur un renforcement de la responsabilité clinique et financière des dispensateurs de soins, sur une plus grande décentralisation et sur la coordination des composantes du réseau de la santé par le renforcement de la première ligne (Blomqvist, 1995; Contandriopoulos, 1994).

La situation actuelle — contexte démographique

Les réformes s'opèrent dans un contexte de vieillissement de la population. Au Canada, le nombre absolu et la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus augmentent rapidement. De 10,7% en 1986, la proportion de la population âgée de plus de 65 ans atteindra 23,8% en 2031. La population de 75 ans et plus, qu'on appelle les «vieux-vieux», augmente encore plus rapidement (Statistics Canada, 1992). On s'attend à ce que cette partie de la population continue d'augmenter à ce rythme rapide jusqu'à l'an 2005, soit au moment où la cohorte des *baby-boomers* atteindra l'âge de 65 ans (Stone et Fletcher, 1991).

Environ 80% de la population de 65 ans et plus souffre d'une ou de plusieurs maladies chroniques accompagnées d'une incidence importante de maladies neurologiques, cardiovasculaires et arthritiques (National Advisory Council on Aging, 1993). La prévalence de la démence chez la population âgée de 85 ans et plus est de 34,5% (Canadian Study on Health and Aging, 1994). Ces problèmes conduisent à une perte d'autonomie. Selon le *Health and Activity Limitation Survey (HALS)* de 1991, 25% des personnes de plus de 85 ans évaluent leurs pertes fonctionnelles modérées tandis que 64% les considèrent graves (Health and Welfare Canada, 1993). Environ 25% de ceux qui reçoivent de l'aide à domicile ont 85 ans et plus (Shapiro, 1989). En 1986, 17,2% des femmes et 11,8% des hommes âgés de 80 à 84 ans vivaient en institution. Ces pourcentages s'élèvent à 40,5% pour les femmes et à 28,4% pour les hommes âgés de 85 ans et plus (Stone & Frenken, 1988).

La situation actuelle — l'utilisation

Les «vieux-vieux» ne forment pas un groupe homogène. Selon une étude réalisée au Manitoba, 4 % de la population de plus de 85 ans utilisait 32 % des services des hôpitaux de soins aigus tandis que 9 % de ce groupe utilisait 57 % des services des hôpitaux de soins aigus et des hôpitaux de soins de longue durée utilisés par toutes les personnes âgées de plus de 85 ans (Roos & Shapiro, 1981).

Les personnes âgées en perte d'autonomie réunissent les caractéristiques suivantes: leur âge est avancé (généralement plus de 75 ans); elles souffrent de problèmes médicaux complexes, chroniques et aigus, d'incapacités fonctionnelles en ce qui a trait aux activités de la vie quotidienne et domestique; leur réseau de soutien social peu s'avérer inexistant ou en état d'épuisement.

La perte d'autonomie est un facteur de risque associé à la croissance d'incapacité, de morbidité, de mortalité, d'hospitalisations à répétition, à une plus grande utilisation des services à domicile et à l'augmentation du taux d'institutionnalisation (Guralnik, Fried, & Saliue, 1996).

Selon une enquête récente, plus de 15 % des personnes âgées d'un quartier de Montréal souffrent d'incapacités fonctionnelles graves ou de problèmes médicaux complexes, aigus et chroniques, qui limitent leur autonomie. Même si plus de 50 % d'entre elles reçoivent une aide satisfaisante de leurs proches, pour maintenir leur autonomie, ces personnes âgées et leur entourage ont besoin d'une combinaison complexe de soins de santé et de services sociaux dispensés avec flexibilité, selon leurs besoins (Béland et al., à paraître).

La situation actuelle — l'offre de services

Le Québec, comme le reste du Canada, possède un système de santé global et universel qui comprend les soins médicaux de première ligne et spécialisés, les soins à domicile et les soins dans les hôpitaux de soins aigus et de longue durée. Plusieurs régions offrent un ensemble de services: services gériatriques à l'hôpital, services de première ligne dispensés par les médecins de famille, services de maintien à domicile dispensés par les médecins de famille, services de maintien à domicile dispensés par les organismes gouvernementaux ou para-gouvernementaux ainsi que des services de soins de longue durée en institution (Soderstrom, 1978; Bergman, Clarfield, Ouslander, Kane, Burton, & Gold, 1992).

À l'heure actuelle, au Québec, la responsabilité des services aux personnes âgées en perte d'autonomie incombe à plusieurs agences et établissements différents. La personne âgée et son entourage ont très souvent le sentiment d'être dans un labyrinthe. Par exemple, les soins médicaux de première ligne sont généralement sous la responsabilité du médecin de famille en pratique privée ou en CLSC (Centre local de services communautaires) (Clarfield & Bergman, 1991). Les soins infirmiers et les soins personnels sont sous la responsabilité des CLSC, mais des organismes communautaires et privés peuvent être impliqués de façon très importante. Les centres de jour sont généralement sous la responsabilité d'un centre d'accueil, alors que les hôpitaux de jour sont pour la plupart sous la responsabilité des centres d'hébergement de soins prolongés. Les services de gériatrie et les services médicaux spécialisés sont offerts à l'hôpital. Des firmes privées offrent des résidences avec services et des résidences d'accueil hébergent des personnes âgées fragiles.

Au mieux, certains établissements coordonnent leurs efforts entre eux. Mais, relevant d'entités administratives différentes et bénéficiant de sources de financement variées, les services ne sont pas coordonnés à partir des

besoins de la personne âgée. Les efforts pour maintenir avec dignité et efficience les personnes âgées en perte d'autonomie dans la communauté sont donc fragmentés et aucun établissement ou organisme ne peut être tenu imputable. Chaque composante du système tend à travailler en parallèle et fonctionne à l'intérieur de son propre budget global. Ces composantes conservent des responsabilités distinctes et séparées qui peuvent se chevaucher ou laisser insatisfaits des besoins importants. Aucune d'entre elles n'est en mesure d'assumer la responsabilité globale de maintenir les personnes âgées en perte d'autonomie dans la communauté (Garant, 1994; Rochon et al., 1988; Trahan, Bélanger, & Bolduc, 1993).

Réduire les admissions inappropriées à l'hôpital de soins aigus et dans les établissements de soins prolongés est une affaire de conscience professionnelle puisque des incitations négatives (telles que réduire les dépenses de l'établissement ou la pression sur l'utilisation de ces services) encouragent les établissements du réseau (qui sont tous financés par un budget global) à s'adresser les cas les moins lourds, même si cela implique l'utilisation inutile, voir même nocive, des services plus coûteux (comme l'hôpital et le centre d'hébergement).

Deux enquêtes menées auprès de professionnels de services communautaires et hospitaliers (destinés aux personnes âgées) ainsi qu'auprès de personnes âgées et de membres de leurs familles (Trahan et al., 1993; Lebel, Pitre, Baumgarten, & Leclerc, 1994) mettent en évidence les difficultés liées à l'utilisation et la coordination des services gérontogériatriques: connaissance nettement insuffisante des services existants; établissement peu fréquent de plans de services concertés; travail en équipe interdisciplinaire non systématisé; absence d'outils d'évaluation standardisés et multiplicité des évaluations; insuffisance de

planification des congés hospitaliers; relations ténues entre les professionnels des centres hospitaliers et des CLSC et les médecins traitants; existence de tension entre les professionnels de différents champs de pratique et méconnaissance des rôles de chacun; rotation trop fréquente du personnel; peu d'implication de la personne âgée et de sa famille dans l'ensemble du processus de soins.

L'hôpital, à cause du mode de financement et d'organisation du système de santé canadien, est le seul lieu incontournable pour la résolution des problèmes médicaux et sociaux des personnes âgées. En même temps, il est le lieu souvent le moins adéquat, le moins accueillant et le plus coûteux. Au Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 1996), comme dans l'ensemble du Canada, les journées d'hospitalisation par 1000 personnes ont diminué pour tous les secteurs de la population, sauf pour la population âgée de plus de 75 ans. Pour ce dernier groupe, les journées d'hospitalisation ont augmenté de 23% (variation entre 1961 et 1991-92) dans l'ensemble du Canada (Tableau 1) (Nair, cité par Barer, Evans, & Hertzman, 1995) et de 11,3% (variation entre 1981-82 et 1993-94) (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 1996) au Québec. Au Québec, en 1981, les personnes âgées de 65 ans et plus étaient responsables du tiers des journées d'hospitalisation tandis qu'en 1994 elles sont responsables de la moitié d'entre

Tableau 1. Utilisation d'hôpital de courte durée, au Canada

Jours-patients par 1 000 habitants					
	0-14	15-44	45-64	65-74	75+
% de variation depuis 1961	-54%	-50%	-32%	-4%	+23%
Départs par 1 000 habitants					
	0-14	15-44	45-64	65-74	75+
% de variation depuis 1961	-32%	-35%	-7%	+31%	+40%

elles (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 1996).

L'utilisation des lits de soins prolongés dans l'hôpital de soins aigus comme dans les centres d'hébergement a augmenté de façon encore plus frappante (Barer et al., 1995) (Tableau 2). Au Québec, l'effet le plus frappant de cette situation est le nombre de personnes âgées en attente de placement dans les hôpitaux de soins de courte durée où elles occupent entre 10 % et 25 % des lits (Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre, 1995).

Donc, il y a une augmentation de l'utilisation des ressources de la santé de la part des personnes âgées par rapport à l'ensemble de la

autres programmes gériatriques et de faire de la formation et de la recherche.

Modes actuels de prise en charge

Jusqu'à maintenant, la réponse la plus significative aux problèmes de fragmentation au Canada est le système de point d'entrée unique avec gestion par cas, introduit en Colombie-Britannique, au Manitoba et au Nouveau-Brunswick et qui se met en place au Québec et en Alberta. Des éléments clés du *best practices system* en Colombie-Britannique incluent: le point d'entrée unique, la gestion par cas, un système d'évaluation et d'allocation des ressources communautaires et institutionnels coordonné, et

un système de classification et d'administration unique (Hollander & Pallan, 1995).

Le système, basé sur un point d'entrée unique, représente un développement important qui a comme conséquence une réduction de la fragmentation et une amélioration de l'utilisation des ressources. Mais chaque établissement, chaque agence, continuera à travailler selon les exigences de son propre budget glo-

bal et de sa propre juridiction. Il existe toujours une séparation entre la responsabilité médicale et sociale et entre les services de courte et de longue durée.

Cette situation nous a amenés à réfléchir sur le système de soins pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Comment répondre à leurs besoins complexes en maintenant les principes fondamentaux de notre système de santé dans un contexte de restrictions budgétaires?

L'étude de projets réalisés aux États-Unis (*Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)*, *Social Health Maintenance Organizations*

Tableau 2. Utilisation des lits de longue durée, en Colombie-Britannique, > 65 ans

	Nombre de JLS*/1000	% de JLS	Départs de long séjour/1000	% de départ de long séjour
1969	6,763	74%	42	55%
1985/86	42,964	84%	141	71%

Les patients ont été classifiés selon 4 types de lits:

- lit de soin aigu dans un hôpital de soins aigus;
- lit de longue durée dans un hôpital de soins aigus;
- lit de réadaptation;
- lit de longue durée dans un hôpital de longue durée.

Les nombres totaux de lits de longue durée incluent les 3 dernières catégories.

* Jours long séjour

population. Cette augmentation n'est pas due principalement au vieillissement de la population, mais à l'intensité et à la manière dont les services sont offerts (Leibovich, Bergman, & Béland, à paraître; Barer et al., 1995).

Si on adapte les idées de Shortell (Shortell, Gillies, & Devers, 1995), le rôle de l'hôpital pour les services aux personnes âgées devrait être: d'optimiser les soins aigus aux personnes âgées sur toutes les unités de soins, d'avoir un programme de gériatrie aigu pour la population ciblée, d'offrir la réadaptation gériatrique, de faire l'interface entre la communauté et les

(SHMO)) (Branch, Coulam, & Zimmerman, 1995; Kane, 1995; Finch et al, 1992), en Angleterre (*General Practitioners Fundholders*) (Ham & Brommels, 1994), (*Darlington Project*) (Challis, Darton, Johnson, Stone, & Traske, 1991a; 1991b) et en Suède (Johanssen, 1995) et notre analyse nous amènent à proposer un modèle de système de services intégrés pour personnes âgées (SIPA) en perte d'autonomie. Ce modèle conceptuel a été soumis à la Régie régionale de Montréal-Centre et au ministère de la Santé et Services sociaux en vue de son implantation comme projet de démonstration.

Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA) — Modèle conceptuel proposé

En intégrant les ressources, le SIPA a comme objectif central d'offrir de façon efficiente, tous les services et les soins appropriés pour promouvoir et maintenir l'autonomie et la dignité de la personne âgée en perte d'autonomie, en tenant compte de ses préférences et de celles de son entourage. Le SIPA respecte les principes fondamentaux de notre système de santé: l'universalité, l'accessibilité, l'intégralité et l'administration publique.

Population visée

Le SIPA est implanté sur chaque territoire de CLSC. Le SIPA dessert l'ensemble de la population des personnes âgées sur son territoire dont le niveau d'incapacité fonctionnelle et la complexité de la situation sociale et sanitaire compromettent le maintien de leur autonomie.

Le SIPA, avec l'ensemble des intervenants du réseau, s'engage dans la recherche active des cas. La personne âgée, sa famille ou un intervenant du système de santé et des services sociaux peut recourir directement au SIPA. Le SIPA constitue sur son territoire le point d'entrée unique pour la personne âgée ayant besoin de soins

et de services nécessaires au maintien de son autonomie. Toute personne âgée est inscrite au SIPA aussitôt qu'elle est évaluée et déclarée admissible. À cette fin, les critères utilisés reposent sur les incapacités de la personne dans les AVD (activités de la vie domestique) et les AVQ (activités de la vie quotidienne) et sur la complexité de ses besoins en ce qui concerne les services sociaux et les soins de santé.

Aussitôt inscrite, la personne âgée se trouve sous la responsabilité du SIPA et a alors accès, de façon permanente, à l'ensemble des ressources et des services offerts par celui-ci. Une personne âgée admissible peut refuser d'être inscrite au SIPA. Le cas échéant, elle doit communiquer son refus par écrit. Les personnes âgées qui ne sont pas admises au SIPA et les personnes admissibles qui refusent d'y être inscrites ont droit à tous les autres services du réseau de la santé et des services sociaux.

Gamme de services et organisation des soins

Le SIPA s'appuie sur un modèle qui, adapté aux besoins de la personne âgée, assure la globalité et la continuité des soins en même temps que l'intégration des interventions et des services de santé, des services sociaux et de réadaptation, qu'ils soient de nature préventive ou curative. Il développe des interventions auprès d'individus, de groupes et auprès de la collectivité.

La gamme des services sous la responsabilité du SIPA comprend les services de santé et les services sociaux de première et deuxième ligne, les médicaments, les aides techniques ainsi que les services d'hébergement dans les centres d'hébergement, à l'exception des services ultra-spécialisés.

L'équipe interdisciplinaire, qui est formée des intervenants de la santé et des services sociaux, y compris le médecin de la personne âgée, est responsable de l'ensemble du processus d'évaluation des besoins, de la planification et de la prestation des services. Elle applique les

principes et les méthodes propres à la gériatrie et la gérontologie. Elle vise l'utilisation des services et des ressources de façon adéquate et efficiente en tenant compte du choix de la personne âgée et de sa famille.

Le SIPA utilise un modèle de gestion par cas intégré dans la mesure où il organise et dispense lui-même l'essentiel des services communautaires. Pour les services prodigués par contrat, il maintient sa responsabilité financière et partage la responsabilité clinique, y compris les services en centre hospitalier et en centre d'hébergement. Il travaille en étroite collaboration avec les autres organismes communautaires et bénévoles.

L'équipe interdisciplinaire cherche à prévoir et à gérer les risques de détérioration de l'autonomie et l'utilisation inadéquate du centre hospitalier et du centre d'hébergement. Par conséquent, le SIPA privilégie les services et les interventions communautaires, y compris les interventions intersectorielles ainsi que les ressources intermédiaires d'hébergement plutôt que l'hospitalisation et l'admission en établissement de soins prolongés.

Tout en respectant les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Régie régionale, le SIPA met l'accent sur l'innovation, la flexibilité et la rapidité des interventions adaptées aux besoins de la population qu'il dessert.

Rôle et choix de la personne âgée et de ses proches

Pour ce qui est de l'organisation des services et des décisions relatives à l'allocation des ressources, le SIPA doit respecter la dignité de la personne âgée et tenir compte de ses préférences et de celles de son entourage, en particulier en ce qui concerne l'hébergement. Tout en évitant de rejeter sur les proches le poids du fardeau du maintien à domicile, le SIPA, sauf exception, doit soutenir leur engagement auprès de la per-

sonne âgée et les faire participer à la prise de décisions.

Une fois inscrite au SIPA, la personne âgée continue d'être suivie par son médecin de famille à moins qu'elle ne décide de désigner le médecin du SIPA comme son médecin de première ligne. Si elle conserve son médecin de famille, des modalités de collaboration sont définies entre le médecin et l'équipe interdisciplinaire. Le SIPA doit faire en sorte que la personne âgée puisse choisir des intervenants au sein du SIPA. Lorsqu'il est question de choisir les consultants, les hôpitaux et les centres d'hébergement, le SIPA doit tenir compte des caractéristiques de sa population et des préférences des personnes âgées et de leurs proches.

La personne âgée inscrite fait normalement partie du SIPA de son territoire. Après une période déterminée, elle peut faire la demande d'adhérer au SIPA d'un territoire avoisinant.

Financement

Le SIPA reçoit et intègre les sources publiques de financement pour couvrir la gamme de services requis par la population sous sa responsabilité. Ces sources sont les suivantes: fonds distribués par la Régie régionale pour les services de longue durée et les soins hospitaliers et fonds de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) destinés aux médecins et aux pharmaciens pour les médicaments.

Suivant les normes du Ministère et selon une échelle qui tient compte de la situation socio-économique de la personne âgée, le SIPA peut demander à cette dernière de défrayer les coûts de certains services.

Trois éléments déterminent le budget du SIPA: premièrement, le nombre de personnes âgées inscrites au SIPA du territoire; deuxièmement, les caractéristiques épidémiologiques et socio-économiques de la population âgée du territoire; et troisièmement, l'évolution des budgets de la Régie régionale et de la RAMQ.

Avec le budget accordé, le SIPA doit défrayer les coûts de l'ensemble des services qu'il organise lui-même ainsi que les services prodigués par contrat par des professionnels, comme les médecins de première ligne et les consultants, et par des établissements tels que les centres hospitaliers et les centres d'hébergement. Le SIPA ne peut pas dépasser le budget qui lui est accordé. Tout déficit doit être remboursé. Tout surplus doit être investi dans une caisse de réserve et dans le développement des services du SIPA.

Gestion

Le CLSC est responsable de l'organisation du SIPA sur son territoire et rend des comptes à la Régie régionale quant à son intégrité administrative et opérationnelle. Compte tenu du mode de financement et de la responsabilité clinique, son mode de gestion, particulier, lui est propre. En ce qui concerne sa mise sur pied et son fonctionnement, le SIPA doit chercher la collaboration des partenaires nécessaires à la réalisation de son mandat: les établissements, en particulier les centres hospitaliers et les centres d'hébergement, les médecins et les autres professionnels, les usagers et les organismes communautaires.

Un système d'information, qui intègre les informations contenues dans les systèmes d'information clientèle déjà disponibles dans les établissements et à la Régie régionale, doit être mis en place. Ce système doit être compatible avec le système interactif d'information que la Régie régionale entend créer. Il est basé sur l'évaluation de la personne âgée au moment de son inscription et sur les évaluations ultérieures. Il permet le suivi du patient et l'évaluation de la bonne marche du programme.

Le SIPA doit être évalué annuellement sur trois aspects: 1) les effets de ses programmes et activités sur la population âgée du territoire qu'il dessert et sur sa clientèle; 2) la qualité des soins et des services qu'il a prescrits, quel que soit l'organisme pourvoyeur; et 3) son fonctionnement administratif.

La qualité des soins et des services est un élément fondamental des activités du SIPA. Elle doit être soumise à une évaluation annuelle rigoureuse. Le SIPA doit fournir un rapport annuel sur ses activités cliniques et son fonctionnement administratif au CLSC et à la Régie régionale. En plus d'être soumis à des programmes de contrôle de la qualité, le SIPA doit être évalué par une équipe indépendante qui a accès à tous les documents du SIPA, au système d'information et aux dossiers des patients. Cette équipe peut rencontrer les gestionnaires et les intervenants du SIPA, des usagers et leur famille, les professionnels et les établissements liés par contrat. Son rapport préliminaire est remis au SIPA et à la direction du CLSC; puis le rapport final accompagné des commentaires du SIPA et du CLSC est acheminé à la Régie régionale.

Mission académique

Le SIPA, en lien avec les universités, peut développer une mission d'enseignement et de recherche en gériatrie et en gérontologie ainsi qu'en gestion.

Conclusion

Le modèle SIPA représente un changement important dans la façon d'organiser, de financer et de livrer les services de santé au Canada. L'implantation de ce modèle remet en question la place traditionnelle de l'hôpital dans le système de santé et transforme les relations entre les différents acteurs ainsi que leur rôle respectif. Le SIPA devra conduire à une réduction de la durée de séjour non médical et des patients en attente de placement, donc à une réduction du nombre de lits. Mais l'hôpital gagne dans la mesure où il pourra se concentrer sur sa mission de services médicaux aigus, secondaires et tertiaires. Avant de proposer ce changement majeur au système actuel, il est important d'implanter des projets de démonstration sur des sites différents afin d'évaluer l'efficacité, la faisabilité et l'efficacité du modèle. □

Évaluatrice: Annick Valette

Références

- Barer, M.L., Evans, R.G., & Hertzman, C. (1995). Avalanche or Glacier?: Health Care and the Demographic Rhetoric. *Canadian Journal on Aging*, 14 (2), 193-224.
- Béland, F., et al. (à paraître). *Prédire l'utilisation des services médicaux et l'hospitalisation: Une question à six clés*.
- Bergman, H., Clarfield, A.M., Ouslander, J., Kane, R., Burton, J.R., & Gold, S. (1992). Same patients, different systems: clinical implications for the care of the elderly. *Journal of the American Geriatrics Society*, 40, 1178-1182.
- Blomqvist, A. (1995). Reforming Health Care: Canada and the Second Wave. In M. Jérôme-Forget, J. White & J.M. Wiener (Ed.). *Health Care Reform Through Internal Markets — Experience and Proposals* (pp. 165-192). Montréal: The Institute for Research on Public Policy.
- Branch, L.G., Coulam, J.D., & Zimmerman, Y.A. (1995). The PACE Evaluation: Initial Findings. *The Gerontologist*, 35 (3), 349-359.
- Canadian Study on Health and Aging. (1994). *Canadian Medical Association Journal*, 150 (6), 899-913.
- Challis, D., Darton, R., Johnson, L., Stone, M., & Traske, K. (1991a). An evaluation of an alternative to long-stay hospital care for frail elderly patients: I. The model of care. *Age & Ageing*, 20, 236-244.
- Challis, D., Darton, R., Johnson, L., Stone, M., & Traske, K. (1991b). An evaluation of an alternative to long-stay hospital care for frail elderly patients: II. Costs and Effectiveness. *Age & Ageing*, 20, 245-254.
- Clarfield, A.M., & Bergman, H. (1991). Medical home care services for the housebound elderly: a program description. *Canadian Medical Association Journal*, 144, 41-45.
- Contandriopoulos, A.-P. (1994, March) *The Canadian Health Care System: Achievements and Challenges*. Seminar on Health Sector in Latin America, Buenos Aires, Argentina. (Département d'administration de la santé et Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Faculté de médecine, Université de Montréal)
- Finch, M., et al. (1992). *Design of the 2nd Generation SHMO Demonstration: An Analysis of Multiple Incentives*. Minneapolis, MN.: Institute for Health Services Research.
- Garant, L. (1994). *Synthèse d'un programme d'évaluation sur la réponse aux besoins de longue durée des personnes âgées ayant des limitations fonctionnelles* (Collection Études et Analyses). Québec: Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Guralnik, J.M., Fried, L.P., & Salive, M.E. (1996). Disability as a public health outcome in the aging population. *Annual Review of Public Health*, 17, 25-46.
- Ham, C., & Brommels, M. (1994). Health Care Reform in the Netherlands, Sweden, and the United Kingdom. *Health Affairs*, 13 (5), 106-119.
- Health and Welfare Canada. (1993). *Aging and Independence: Overview of a National Survey*. Ottawa: Supply and Services Canada.
- Hollander, M.J., & Pallan, P. (1995). The British Columbia Continuing Care System: Service delivery and resource planning. *Aging: Clinical Experimental Research*, 7 (2), 94-109.
- Johanssen, L. (1995, November). *Swedish Elder Care in Transition — Results from an Ongoing Evaluation of Legal Reforms*. Paper presented at the 48th Gerontological Society of America, Los Angeles.
- Kane, R.L. (1995). Health Care Reform and the Care of Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43 (6), 702-706.
- Lebel, P., Pitre, M., Baumgarten, M., & Leclerc, C. (1994). *Liaison entre les médecins de première ligne, les professionnels des équipes de maintien à domicile et les professionnels des services gériatriques hospitaliers* (Résultats d'une enquête auprès d'intervenants de la santé de l'Île de Montréal). Montréal: Centre de Recherche du Centre hospitalier Côte-des-Neiges.

Leibovich, E., Bergman, H., & Béland, F. (à paraître). *Health Care Expenditures and The Aging Population in Canada*. Étude commandée par le Forum national sur la santé. Ottawa: Gouvernement du Canada.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (1988). *Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*. Québec: Les publications du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (1996). *Évolution de la consommation de soins hospitaliers de courte durée par les personnes âgées: une mise à jour* (Collection Études et Analyses, Direction générale de la planification et de l'évaluation). Québec: Les publications du Québec.

National Advisory Council on Aging. (1993). *Aging vignette* (No. 6). Ottawa: Author.

Rapport de la commission d'enquête sur la santé et le bien-être social. (1970). *La Santé, IV (II)*. Québec: Gouvernement du Québec.

Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre. (1995). *L'organisation des services de santé et des services sociaux sur l'île de Montréal* (Recommandations, "L'atteinte d'un nouvel ÉQUILIBRE"). Montréal: Auteur.

Rochon, F., Gélinau, G., Barkun, H., Bernatchez-Simard, F., Bertrand, R., Duplantie, J.P., & Rodrigue, N. (1988). *Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*. Québec: Les publications du Québec.

Roos, N.P., & Shapiro, E. (1981). The Manitoba longitudinal study on aging: Preliminary findings on health care utilization by the elderly. *Medical Care*, 19 (6), 644-657.

Shapiro, E. (1989). *Across Canada tour of home care*. Paper presented at the Nova Scotia Conference on Home Care, Halifax.

Shortell, S.M., Gillies, R.R., & Devers, K.J. (1995). Reinventing the American Hospital. *The Milbank Quarterly*, 73 (2), 131-160.

Soderstrom, L. (1978). *The Canadian Health Care System*. London: Croom Helm.

Statistics Canada. (1992). *Age, Sex, and Marital Status* (CAT. NO. 93-310). Ottawa: Author.

Stone, L.O., & Fletcher, S. (1991). *Aspects of population aging in Canada*. Ottawa: Statistics Canada and the National Advisory Council on Aging.

Stone, L.O., & Frenken, H. (1988). *Canada's Seniors* (Cat. No. 98-121). Ottawa: Minister of Supply and Services, Canada.

Trahan, L., Bélanger, L., & Bolduc, M. (1993). *Une évaluation de la prestation de services dans les CLSC et les centres hospitaliers pour des services de qualité aux personnes âgées en perte d'autonomie* (Collection Études et Analyses, No. 19). Québec: Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Remerciements

Nous remercions David Challis, A. Mark Clarfield et Robert Kane pour leur collaboration et leurs conseils.

Abstract

The system of care for the frail elderly in Canada is characterized by the fragmentation of services, the absence of accountability and the presence of negative incentives leading to inappropriate use of health and social services. Because of the method of distribution of resources and the organization of the Canadian health care system, hospitals have become the ultimate focus for the resolution of all social and medical problems of the frail elderly. In fact, the elderly over 75 years is the only group for which per capita hospitalization days is increasing. On the other hand, hospitals often are the least appropriate, least welcoming and the most expensive resource for the treatment of the frail elderly. There is no doubt that the hospital is the optimal place for secondary and tertiary care of the elderly. However, this role must be situated within the context of a network of integrated services. This paper proposes a conceptual model for an integrated system of care for the frail elderly.

Biographies

Howard Bergman est professeur agrégé et directeur de la Division de gériatrie de l'Université McGill. Il est également directeur de la Division de gériatrie à l'Hôpital Général Juif. Il est professeur associé au Département d'administration de la santé et chercheur au GRIS de l'Université de Montréal et au Centre d'épidémiologie clinique et recherche en santé publique à l'Hôpital Général Juif.

François Béland est professeur au Département d'administration de la santé de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Il est membre du GRIS. Il détient une bourse de chercheur national (#6605-2527-48) du Programme national de recherche et de développement de santé, Santé Canada.

Paule Lebel est directrice de l'enseignement au Centre hospitalier Côte-des-Neiges. Elle est aussi médecin conseil à l'unité Organisation et évaluation des services préventifs de la Direction de la santé publique, Régie régionale de Montréal-centre. Elle est également membre du Réseau de recherche en gériatrie du FRSQ et membre actif de l'Assemblée des chercheurs du Centre hospitalier Côte-des-Neiges.

André-Pierre Contandriopoulos détient un diplôme de doctorat en économie de l'Université de Montréal. Il est professeur titulaire au Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal et occupe le poste de directeur de ce même département, depuis juin 1992. Il a également été le directeur scientifique du GRIS de l'Université de Montréal, de 1977 à 1991. Il est chercheur associé à l'Institut Canadien de Recherches Avancées, Toronto, et au Centre de recherche en gestion de l'École Polytechnique, Paris. Il a été membre du Forum national sur la santé.

Ellen Leibovich est architecte et titulaire d'une maîtrise en administration de la santé de l'Université de Montréal. Elle travaille présentement pour le Groupe de recherche en soins intégrés aux personnes âgées, une initiative conjointe de l'Université de Montréal et de l'Université McGill.

Yvon Brunelle a une formation en sciences politiques et est actuellement chercheur à la Direction générale de la planification et de l'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux à Québec. Il s'intéresse particulièrement à la recherche sur les systèmes de santé comparés.

Terry Kaufman est avocat et directeur général du CLSC Notre-Dame-de-Grâce, Montréal-Ouest. Il est aussi membre de l'Institut canadien d'information sur la santé, membre du Conseil québécois de la recherche sociale et vice-président du Regroupement canadien des centres communautaires de santé.

Pierre Tousignant est médecin conseil à la Direction de la santé publique de la Régie régionale de Montréal-Centre et professeur agrégé au Département de médecine et au Département d'épidémiologie et biostatistique de la Faculté de médecine de l'Université McGill. Il est aussi membre associé du Centre McGill d'études sur le vieillissement et membre de la Division d'épidémiologie clinique de l'Hôpital Royal Victoria. Son domaine de recherche couvre l'évaluation de programmes, l'analyse décisionnelle et l'analyse des politiques de santé.

Rosario Rodríguez est médecin et détient une maîtrise en santé publique de l'Université de Valencia (Espagne) et une maîtrise en économie de la santé et gestion des services de santé de l'Université d'Alicante (Espagne). Elle poursuit des études doctorales en santé publique (option organisation des soins de santé) à l'Université de Montréal et travaille comme agente de recherche au GRIS. Ses intérêts de recherche couvrent principalement les soins de première ligne et l'organisation des systèmes de services intégrés.

Geoffroy Scott est étudiant au doctorat en santé publique à l'Université de Montréal, option organisation des soins de santé. Il détient une maîtrise en administration publique de l'École nationale d'administration publique (ENAP) et a travaillé au Forum national de la santé.