

Cet article est disponible en ligne à l'adresse :

http://www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=GS&ID_NUMPUBLIE=GS_124&ID_ARTICLE=GS_124_0049

Des services intégrés pour les personnes âgées fragiles (SIPA). Expérimentation d'un modèle pour le Canada

par François BÉLAND, Howard BERGMAN, Paule LEBEL, Luc DALLAIRE, John FLETCHER, André-pierre CONTANDRIOPOULOS et Pierre TOUSIGNANT

| Fondation Nationale de Gérontologie | Gérontologie et société

2008/ - n° 124

ISSN 0151-0193 | pages 49 à 83

Pour citer cet article :

— Béland F., Bergman H., Lebel P., Dallaire L., Fletcher J., Contandriopoulos A.-P. et Tousignant P., Des services intégrés pour les personnes âgées fragiles (SIPA). Expérimentation d'un modèle pour le Canada, *Gérontologie et société* 2008/, n° 124, p. 49-83.

Distribution électronique Cairn pour Fondation Nationale de Gérontologie.

© Fondation Nationale de Gérontologie. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

DES SERVICES INTÉGRÉS POUR LES PERSONNES ÂGÉES FRAGILES (SIPA)

Expérimentation d'un modèle pour le Canada

**FRANÇOIS BÉLAND, HOWARD BERGMAN, PAULE LEBEL, LUC DALLAIRE,
JOHN FLETCHER, ANDRÉ-PIERRE CONTANDRIOPOULOS & PIERRE TOUSIGNANT**

SOLIDAGE, GROUPE DE RECHERCHE UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL
UNIVERSITÉ MCGILL SUR LES SERVICES INTÉGRÉS AUX PERSONNES ÂGÉES

Le complexe formé par les maladies chroniques, les épisodes de maladies aiguës, les déficiences physiologiques, les incapacités fonctionnelles et les problèmes cognitifs est prévalent chez les personnes âgées fragiles. Elles comptent sur l'aide des programmes sociaux et de santé qui, au Canada, sont encore fragmentés. Le SIPA est un modèle de services intégrés basé sur des services de proximité, une équipe multidisciplinaire et un gestionnaire de cas qui détiennent la responsabilité clinique de l'ensemble des services sociaux et de santé requis, la capacité de mobiliser des ressources en fonction des besoins et l'application de protocole de soins. Le projet de démonstration SIPA a utilisé un devis expérimental avec assignation aléatoire de 1 230 participants, de deux quartiers de Montréal, dans un groupe expérimental et un groupe témoin. Les coûts des services institutionnels ont été de 3 770 \$ inférieur dans le SIPA comparés au groupe témoin, les coûts des services de proximité ont été supérieurs de 3 394 \$. La proportion des personnes en attente d'hébergement en hôpitaux de courte durée a été deux fois plus élevée dans le groupe témoin que dans le groupe SIPA. Les coûts des hospitalisations de courte durée des personnes du SIPA avec incapacité dans les activités de la vie quotidienne ont été inférieurs d'au moins 4 000 \$ à ceux des personnes du groupe témoin. En conclusion, l'expérimentation SIPA démontre qu'il est possible de s'engager dans des projets de démonstration ambitieux et rigoureux au Canada. Ces résultats ont été obtenus sans augmentation des coûts globaux des services sociaux et de santé, sans diminution de la qualité des soins et sans augmentation du fardeau des personnes âgées et de leurs proches.

INTEGRATED SERVICES DELIVERY FOR FRAIL ELDERLY PERSONS:
EXPERIMENTATION OF A MODEL FOR CANADA.

The complex formed by chronic illness, episodes of acute illness, physiological disabilities, functional limitations, and cognitive problems is prevalent among frail elderly persons. These individuals rely on assistance from social and health care programs, which in Canada are still fragmented. SIPA (Services intégrés pour les personnes âgées fragiles) is an integrated service model based on community services, a multidisciplinary team, case management that retains clinical responsibility for all the health and social services required, and the capacity to mobilize resources as required and according to the care protocol.

The SIPA demonstration project used an experimental design, with random allocation of the 1,230 participants from two areas of Montreal to an experimental and a control group. The costs of institutional services were \$ 4,270 less for those in the SIPA group compared to the control group; the costs of community care were \$ 3,394 more. The proportion of persons waiting in acute care hospitals for nursing home placement was twice as high in the control group as in the SIPA group. The costs of acute hospitalizations for persons in the SIPA group with ADL disabilities were at least \$ 4,000 lower than those for persons in the control group. In conclusion, the SIPA trial showed that it is possible to undertake ambitious and rigorous demonstration projects in Canada. These results were obtained without an increase in the overall costs of health and social services, without reducing the quality of care, and without increasing the burden on elderly persons and their relatives.

Article paru dans Canadian Journal on Aging, 25 (1) 2006, 5-24,
publié avec l'autorisation des Presses Universitaires de Toronto que nous remercions.

Remerciements :
Cette recherche a été rendue possible grâce au financement de la Fondation canadienne sur la recherche en services de santé, les Instituts de recherche en santé du Canada, le Fonds d'adaptation des services de santé, le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, la Régie de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre et le CLSC Bordeaux-Cartierville.

La population du Canada vieillit, et la frange la plus âgée de cette population vieillissante connaît une croissance encore plus rapide^{1,2}. Les conséquences du vieillissement pour l'ensemble de la société, et les services de santé en particulier, sont controversées³⁻⁸. D'une part, les coûts des services médicaux et hospitaliers semblent liés à l'approche du décès plutôt qu'à l'âge^{9,10}, d'autre part, les incapacités fonctionnelles, la détérioration cognitive et la fragilité, semblent augmenter les coûts des services de longue durée seulement¹¹. De la même manière, le fardeau des incapacités sur les systèmes de santé de l'avenir est incertain, quoiqu'il ne soit pas si alarmant qu'on ne le craigne si souvent¹²⁻¹⁴. Précisément, le complexe formé par les maladies chroniques, les épisodes de maladies aiguës, les déficiences physiologiques, les incapacités fonctionnelles et les problèmes cognitifs est prévalent chez les personnes de 75 ans et plus^{15,16}. Ces dernières comptent sur l'aide des programmes sociaux et de santé, mais leur famille et leur proche leur offrent la plus grande partie de l'appui et du soutien qu'elles requièrent^{17,18}. Les personnes âgées avec incapacité comptent pour environ 20% de la population de 65 ans et plus^{19,20}; elles utilisent une part importante des services sociaux et de santé, avec de nombreuses références des uns aux autres²¹.

Les services sociaux et de santé offerts par les provinces canadiennes aux personnes âgées fragiles sont fragmentés^{22,23}, les incitations financières et organisationnelles ne favorisent pas l'utilisation des moyens les plus adaptés et les moins coûteux, tandis que le recours aux services institutionnels est encore trop fréquent^{24,25}. Des modèles de services intégrés destinés à cette population suscitent de plus en plus d'intérêt. Les projets de démonstration des Bois-Francs²⁶ et de PRISMA²⁷ au Québec, et de CHOICE²⁸ en Alberta et les programmes On Lok²⁹, PACE³⁰⁻³² et S/HMO³³⁻³⁵ aux États-Unis, ont tenté de démontrer leur capacité d'améliorer la santé des personnes âgées fragiles, d'augmenter leur satisfaction et de rediriger les configurations d'utilisation des services institutionnels vers les services de proximité³⁶⁻³⁸. Paradoxalement, peu de projets de démonstration ont utilisé un devis expérimental ou quasi-expérimental pour leur évaluation.

Solidage, le Groupe de recherche Université de Montréal/Université McGill sur les services intégrés aux personnes âgées, en collaboration avec un groupe de gestionnaires, de praticiens et d'universitaires, a conçu un modèle de Services intégrés pour les

personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA)³⁹. Le groupe, multidisciplinaire dans sa composition, a procédé à des consultations avec tous les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux du Québec à chacune des étapes du développement du modèle. Des experts internationaux ont aussi participé aux travaux. Solidage, en collaboration avec la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre (RRSSSM-C), a proposé un projet de démonstration avec devis expérimental⁴⁰, a participé à son implantation et a été responsable de son évaluation.

SIPA s'appuie sur l'analyse des expériences menées au Québec et ailleurs dans le monde, et réunit les caractéristiques suivantes :

- un système fondé sur les services de proximité de première ligne responsable de la prestation de l'ensemble des services : services sociaux et de santé, aigus et de longue durée, de proximité et institutionnels, y compris les hôpitaux et les établissements d'hébergement sociaux et médicalisés, de même que les médicaments ;
- une organisation locale responsable de la santé et de l'utilisation des services par une population âgée fragile d'un territoire donné ;
- l'intégration des services sociaux et de santé par :
 - la gestion de cas,
 - l'équipe multidisciplinaire,
 - l'application de protocoles de soins et de services fondés sur les connaissances de pointe et adaptés aux populations locales ;
- une organisation qui mobilise des ressources flexibles et rapides en fonction des besoins par :
 - la disponibilité de services de proximité intensifs,
 - la capacité d'identifier et d'intervenir dans plusieurs champs : médical, social et de réadaptation ;
- un système d'appréciation continue de la qualité des services et de la gestion ;
- des services adaptés aux circonstances des personnes par :
 - la communication et une réponse rapide suite à l'expression de besoins,
 - des services de garde,
 - des liens et coordination entre les prestataires ;
- le financement des budgets des SIPA locaux par capitation et l'exercice de la responsabilité financière conséquente ;
- la compatibilité au système universel et public d'assurance-maladie du Québec.

Le modèle SIPA s'inscrit en continuité avec les propositions de réforme de la Commission Clair⁴¹ au Québec, de la Commission Romanow au Canada⁴² et s'apparente à certains des éléments proposés par d'autres groupes⁴³⁻⁴⁵. Les composantes des réformes retenues par SIPA sont le rôle pivot des services de première ligne, l'intégration nécessaire des diverses composantes des services de santé et la notion de responsabilité des établissements d'un territoire de la santé de la population et de sa prestation des services. Le modèle SIPA, en accord avec ces orientations, implique des modifications importantes dans la façon de financer, d'organiser et de dispenser les services sociaux et de santé.

Les transformations prometteuses des pratiques cliniques, organisationnelles et de gestion suggérées par le modèle SIPA, les relations étroites du modèle avec les propositions de réforme les plus importantes au Canada et l'engagement des gouvernements fédéral et du Québec de financer et appuyer les innovations dans le système de santé ouvraient la voie à la mise sur pied d'un projet de démonstration du SIPA. C'est dans cet environnement que la RRSSSM-C, maintenant l'Agence de développement de réseaux locaux de Services sociaux et de santé de Montréal, s'engageait dans un projet de démonstration du SIPA sur son territoire avec la perspective de généraliser le SIPA ou d'en retenir les éléments positifs. Il s'agissait d'évaluer les modifications dans les configurations d'utilisation et de coûts des services aux personnes âgées fragiles attribuables au SIPA.

La population visée par le projet de démonstration, les modalités d'implantation du projet de démonstration, les ressources financières et humaines investies, le choix des sites d'implantation, le devis d'évaluation et le calendrier de travail ont été élaborés et choisis en collaboration étroite par le groupe Solidage et la RRSSSM-C.

La population visée était composée de personnes âgées vulnérables, c'est-à-dire atteintes de l'un ou de plusieurs problèmes de santé dans les domaines suivants: les activités de la vie quotidienne (AVQ), les activités de la vie domestique (AVD), l'incontinence, la mobilité physique, les communications et les fonctions mentales. La désignation de deux sites pilotes en juin 1998, par le conseil d'administration de la RRSSSM-C, est un point marquant du démarrage et de l'implantation du projet SIPA. Le CLSC St-Laurent se joignait en cours d'expérience aux établissements

réunit autour des CLSC Côte-des-Neiges (CdN) et Bordeaux-Cartierville (BC). Un comité régional de suivi a été formé de représentants des trois CLSC et d'établissements hospitaliers, de centres d'hébergement et de réadaptation utilisés par les personnes âgées des territoires des CLSC. Nommément, il s'agissait du centre hospitalier Sacré-Cœur, de l'Hôpital général juif de Montréal, des Centres hospitaliers gériatriques Maïmonides et Notre-Dame de la Merci et de Hôpital juif de réadaptation. Ces organisations ont participé au développement du modèle d'évaluation du SIPA et à son implantation. Le comité régional de suivi est devenu un lieu d'échange important entre les responsables administratifs locaux et régionaux du SIPA et avec les responsables de l'évaluation.

LES OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

L'objectif principal du projet de démonstration du SIPA était d'examiner les différences dans l'utilisation et les coûts des services sociaux et de santé entre le groupe de personnes admises aux SIPA locaux et le groupe de personnes qui recevaient les services habituellement disponibles aux personnes âgées fragiles dans le système de santé et de services sociaux du Québec. Les hypothèses prévoyaient que l'implantation d'un modèle d'intégration des services et l'augmentation de la disponibilité des services infirmiers, d'auxiliaires familiales, de réadaptation et de travail social diminueraient l'utilisation et les coûts des services institutionnels. Le modèle intégré se manifeste par un ensemble de services coordonnés offerts aux personnes admises aux SIPA locaux sous la responsabilité d'un gestionnaire de cas et d'une équipe multidisciplinaire, tels les services sociaux et de santé à domicile, le service de garde 24 heures/7 jours, l'application de protocoles de soins, etc.

Les résultats principaux attendus prévoyaient que les services institutionnels devaient voir leur utilisation et leurs coûts diminués. Les services institutionnels étaient : l'hospitalisation de courte durée, les services d'urgence hospitaliers, les attentes d'hébergement en hôpitaux de courte durée et les hébergements. L'effet du SIPA se refléterait aussi sur une utilisation plus importante d'autres services de proximité, comme ceux des médecins de famille. Une évolution équivalente de l'état de santé dans les deux groupes, une satisfaction supérieure des participants, des coûts privés et un fardeau égaux pour les personnes de soutien constituaient l'essentiel des résultats secondaires attendus.

UNE ÉTUDE EXPÉRIMENTALE

LE DEVIS ET LE RECRUTEMENT

La population visée était composée de personnes âgées atteintes d'incapacités fonctionnelles. Le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF⁴⁶), a été utilisé pour identifier des personnes âgées admissibles au SIPA. Le pointage sur le SMAF varie de 0 à -80, soit de l'indépendance à la dépendance. Pour s'assurer de recruter des personnes âgées avec un ensemble complexe de besoins de services requérant de la coordination, le seuil d'admission au SIPA a été fixé à -10 et moins. Les personnes admissibles devaient aussi satisfaire aux critères suivants : être âgée de 65 ans ou plus, ne pas être hébergée de façon permanente, consentir à l'étude et au protocole d'assignation aléatoire dans les groupes expérimental ou témoin, obtenir le consentement de la personne de soutien à sa participation au projet et comprendre le français ou l'anglais, ou avoir un proche connaissant une de ces deux langues.

Les dossiers des personnes âgées de 65 ans et plus qui recevaient des services à domicile des CLSC ont été passés en revue. Pour compléter les échantillons, quelques personnes âgées ont été recrutées directement à leur domicile. Celles rencontrant les critères de sélection ont été invitées à participer à l'étude et leur consentement a été sollicité. Le consentement incluait la participation à des entrevues, l'accord pour la consultation des dossiers sociaux, médicaux et hospitaliers ainsi que l'identification du numéro d'assurance maladie du Québec. Le recrutement s'est fait de janvier à août 1999. Une procédure de consentement éclairé spécifique a été développée pour les personnes avec un diagnostic de démence ou avec des indications de problèmes cognitifs sur le SMAF.

La taille de l'échantillon a été obtenue pour un $\alpha = 0,05$ et un $\beta = 0,90$ en se basant sur l'utilisation et les coûts des services sociaux et de santé d'un échantillon de personnes âgées vivant dans un quartier de Montréal en 1995⁴⁷. Les hypothèses utilisées prévoient une réduction chez les participants du SIPA comparés à ceux du groupe témoin de 50 % en hébergement et en attente d'hébergement en hôpitaux, de 25 % des durées de séjour pour hospitalisation et des visites en urgence. La taille maximale obtenue fut de 1 270 personnes au total.

Le projet de démonstration SIPA a utilisé un devis expérimental avec assignation aléatoire des participants soit au programme SIPA (groupe expérimental), soit au programme habituel de soins offert par les CLSC locaux (groupe témoin). Les personnes recrutées (voir Appendice 1) ont été assignées selon une séquence aléatoire générée par ordinateur et administré par le coordinateur de la recherche SIPA. Le statut de la personne a finalement été transmis aux CLSC. Les personnes âgées admissibles avaient une probabilité égale d'être allouées à l'un ou l'autre des deux groupes. Au total, 1 309 personnes ont été approchées lors du recrutement. Parmi ces personnes, 1 230 ont participé à l'expérience SIPA (voir Appendice 1). Les caractéristiques socio-économiques des participants sont décrites au Tableau 1.

Tableau 1
Titre des postes, nombre de personnes par poste
et nombre de personnes âgées par poste dans l'équipe SIPA

Postes	Nombre d'équivalent temps plein	Nombre moyen de personnes âgées
Responsable régional	1	640
Chef du SIPA	1 par site SIPA	320
Chefs de programme	2	160
Gestionnaires de cas	8	40
Infirmières	5	64
Ergothérapeute	1	160
Physiothérapeute	1	160
Nutritionniste	0,5	320
Travailleur social	1	160
Organisateur communautaire	0,5	320
Pharmacien	1	160
Auxiliaires familiales	15	21
Médecin de l'équipe SIPA	0,5	320
Médecins de famille	160	2

Les mesures de l'utilisation et des coûts sont basées sur les fichiers administratifs du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), de la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ) et de la RRSSM-C. Certaines informations proviennent des dossiers en établissement des personnes recrutées. Les coûts des hospitalisations et des hébergement en établissement public ont été obtenus par des procédures d'estimation spécialement

créées par l'équipe de recherche. Les analyses statistiques visaient à comparer l'utilisation et les coûts du groupe SIPA et du groupe témoin. L'estimation des différences entre ces deux groupes a pris en compte les pertes de l'échantillon et le fait que l'utilisation et les coûts de différents services soient fortement associés chez la même personne.

Le principe de l'intention de traiter, a été utilisé dans l'analyse des données. Les données des personnes qui se sont volontairement retirées de l'étude n'ont plus été collectées à la date de leur retrait. Les comités d'éthique de l'Hôpital général juif et des CLSC ont approuvé le protocole d'évaluation. Le projet s'est étendu du premier juin 1999 au 31 mars 2001, soit une période de 22 mois.

LES MESURES

Les mesures de l'utilisation et des coûts des services ont porté sur le nombre et la durée des hospitalisations, la fréquence des hébergements institutionnels, le recours aux résidences et aux familles d'accueil, l'importance de l'utilisation des soins et des services à domicile offert par le SIPA, soit les services d'infirmiers, d'auxiliaires familiales, de travailleurs sociaux et d'autres professionnels. L'utilisation des soins et des services a été recueillie auprès des dossiers des patients des établissements et de leurs systèmes d'information (SICC, MEDÉCHO locaux) et des fichiers administratifs (RRSSM-C, RAMQ, MEDÉCHO-MSSS, Urgence-santé).

Les coûts sont obtenus par le produit du volume d'utilisation et du prix de revient ou coût unitaire des services. Le volume de certains des services est observé à l'unité, tels le nombre et le type des services médicaux, les tests de laboratoire, les examens de radiologie, les suppléments alimentaires, les procédures médicales, les services paramédicaux et le nombre et type d'interventions chirurgicales.

Dans une deuxième étape, un prix de revient a été établi pour tous les services utilisés. Les prix de revient des services médicaux, de médicaments et des aides techniques de proximité ont été mesurés par les tarifs de la RAMQ. Pour le transport ambulancier, les tarifs d'Urgence-santé ont été utilisés.

Pour augmenter la précision du calcul du prix de revient, des estimations des coûts directs et des frais généraux ont été obtenues. Une procédure de répartition en cascade⁴⁸ des frais généraux

attribuables à chacun des centres d'activité d'un établissement, selon la distribution du nombre d'heures travaillées, a été appliquée. Cette procédure offre des estimations de précision supérieure comparée à l'utilisation d'une moyenne générale des frais généraux.

Les établissements n'ont pas une performance uniforme. Il fallait s'assurer que le hasard de l'utilisation d'établissements différents par les personnes des deux groupes n'influence pas les coûts. En conséquence, les prix de revient utilisés dans l'étude représentent la moyenne des prix des établissements.

LES ANALYSES STATISTIQUES

Les analyses statistiques doivent permettre d'obtenir une estimation des différences d'accès, d'intensité d'utilisation et de coûts des services sociaux et de santé entre groupe expérimental (participants assignés au SIPA) et groupe témoin (participants assignés aux services habituellement disponibles aux personnes âgées fragiles à Montréal). L'hypothèse nulle de la non-différence entre groupes expérimental et témoin est soumise à l'examen⁴⁹.

Le but de l'analyse est d'obtenir une estimation de l'effet expérimental. Cet effet dépend d'un ensemble de facteurs :

- l'utilisation et les coûts ne peuvent être mesurés que sur les personnes qui utilisent effectivement les services. Une comparaison des coûts sur ces personnes introduit dans l'estimation des différences entre SIPA et le groupe témoin, un biais de sélection⁵⁰ qui a été considéré dans les analyses ;
- l'hospitalisation, par exemple, n'arrive pas seule, les personnes hospitalisées ont une forte probabilité d'avoir une forte densité d'utilisation d'autres services sociaux et de santé. Les personnes âgées fragiles, en général, ont une utilisation dense et variée de services. Les associations entre l'accès, l'utilisation et les coûts de ces services doivent être incluses dans les modèles statistiques ;
- quoiqu'un devis expérimental ait été utilisé, les groupes SIPA et témoin peuvent ne pas être tout à fait identiques sur un ensemble de caractéristiques socio-économiques et sur la santé. Les analyses comparatives ont donc inclus des indicateurs de ses variables ;
- les effets du SIPA peuvent se concentrer sur des sous-groupes de personnes âgées fragiles aux caractéristiques particulières. Les personnes les plus fragiles ont pu être plus sensibles aux inter-

ventions du gestionnaire de cas et à la disponibilité de services à domicile intensif. Des analyses supplémentaires qui examinent les effets spécifiques possibles du SIPA selon les caractéristiques socio-économiques des personnes et leur état de santé ont été menées.

L'analyse multiniveaux⁵¹ permet d'obtenir des estimations de l'effet expérimental tout en considérant chacun des facteurs, soit en modélisant la matrice de variance-covariance des erreurs de prédiction, soit en incluant des indicateurs des caractéristiques socio-économique et de la santé dans les équations ou en introduisant leurs interactions avec l'effet expérimental.

LE MODÈLE TEL QU'IMPLANTÉ

Les SIPA locaux du projet de démonstration étaient des programmes de services intégrés autonomes dans leur gestion clinique et budgétaire, mais situé à l'intérieur de deux des trois CLSC d'accueil, soit les CLSC CdN et BC. Chaque SIPA local a participé à l'élaboration de son budget, de son plan d'implantation et de déploiement des ressources humaines. Dans chacun des deux sites, le SIPA était sous la responsabilité d'un directeur de programme. Il disposait d'un personnel de soutien administratif. Le personnel clinique (gestionnaires de cas, infirmières, travailleurs sociaux, spécialistes de la réadaptation, auxiliaires familiales, etc.) était sous sa responsabilité administrative⁵². Des médecins ont également fait partie des équipes SIPA pendant des périodes plus ou moins longues selon les sites.

Les SIPA locaux géraient les plans d'intervention auprès des personnes admises, suivaient l'évolution de leur état de santé et leurs besoins de services, les adaptaient à leurs besoins, s'occupaient de la prestation d'un ensemble de services sociaux et de santé de proximité et partageait la responsabilité clinique avec d'autres établissements et professionnels lorsque leurs services étaient utilisés par des personnes admises au SIPA. Les dossiers des personnes admises étaient administrés depuis les SIPA locaux.

L'IMPLANTATION DU PROGRAMME

Les activités de démarrage de l'implantation du projet de démonstration ont débuté au printemps 1998 et se sont intensifiées à l'automne 1998, pour se poursuivre jusqu'en juin 1999⁵². Les principales activités ont été :

-
- la planification des besoins en ressources humaines, financières, matérielles, informationnelles et les ressources de substitution à l'hébergement institutionnel ;
 - l'installation des sites (locaux, équipements, etc.) ;
 - le recrutement des responsables de la gestion et du personnel clinique et administratif (près de 80 intervenants de diverses disciplines) et des médecins omnipraticiens et gériatres ;
 - le recrutement de 1 230 personnes âgées fragiles et de leur personne de soutien ;
 - l'élaboration de protocoles d'intervention interdisciplinaire et de processus de prestation de services ;
 - la formation du personnel au modèle SIPA et la mise en place de processus d'amélioration continue de la qualité des services ;
 - l'identification préliminaire des dispositifs de pilotage des activités des sites locaux, tel le tableau de bord pour un suivi clinique et administratif ;
 - la mise sur pied d'un comité régional et de comités locaux de suivi, du comité de concertation inter-sites et de groupes ponctuels de travail, tels un comité sur les résidences protégées, sur les incidents critiques, etc. ;
 - la négociation d'ententes entre établissements associés au projet et d'autres partenaires, tels les médecins de famille des personnes admises au SIPA, les centres hospitaliers, les centres de jour, le service de la police, les organismes communautaires, les milieux d'hébergement, etc. ;
 - la mise en place d'un mécanisme d'intervention rapide 24 h sur 24, 7 jours sur 7, avec un numéro de téléphone dédié SIPA, une garde infirmière et médicale ainsi qu'un accès à des services d'aide ;
 - la prise en charge graduelle des personnes âgées assignées au SIPA et la mise en place des services selon le modèle SIPA ;
 - l'identification graduelle des médecins traitants et les démarches pour établir des ententes formelles de collaboration.

LE RECRUTEMENT ET LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ADMISES AU SIPA

Près de 10 000 heures ont été requises pour recruter 1 230 personnes âgées fragiles et leur personne de soutien. La lourdeur du recrutement est attribuable aux contraintes inhérentes à un projet expérimental. Le recrutement a demandé la collaboration du personnel des services de soutien à domicile des CLSC, déjà surchargé par sa tâche habituelle.

La majorité des personnes assignées au groupe expérimental était connue du programme de soutien à domicile des CLSC. La période de transfert des personnes admises au SIPA depuis les services à domicile des CLSC s'est allongée au-delà de la date prévue du début de l'expérimentation, avec un empiètement de près de trois mois sur la période de fonctionnement. La prise en charge des personnes admises s'est effectuée par lot, plutôt qu'en flux continu. L'intégration des éléments du modèle SIPA dans la pratique clinique des intervenants en a été plus difficile.

LE RECRUTEMENT DU PERSONNEL

Chaque site comptait de deux à trois cadres, autant d'aides administratives, environ 15 professionnels équivalents temps complet (gestionnaires de cas, infirmières, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, physiothérapeutes, nutritionnistes) et entre 14 et 35 auxiliaires familiales.

Ces effectifs ont été recrutés à même le personnel des deux CLSC ou de leur liste de rappel. La pénurie de certaines catégories de professionnels a eu des répercussions sur les effectifs et la stabilité des équipes. Des postes d'infirmière, de physiothérapeute et d'auxiliaire familiale sont restés inoccupés pendant des périodes variables, l'embauche a été continue et le recours à la sous-traitance a été important. La grève des infirmières, à l'été 1999, a perturbé les activités du SIPA, surtout sur l'un des sites.

L'INTENSIFICATION DES SERVICES À DOMICILE

L'intensification des services à domicile a été moindre que prévu. Au moment de l'élaboration du plan d'implantation du projet de démonstration, la moyenne annuelle des dépenses pour les services à domicile pour personnes âgées a été fixée à environ 1 800 \$. Le budget du SIPA prévoyait disposer d'un montant de cinq fois supérieur. En cours de période, les budgets récurrents de services à domicile ont augmenté de façon substantielle; une injection ponctuelle de fonds a été faite à l'hiver 2000 pour faire face à la crise saisonnière des urgences hospitalières. Certains éléments du modèle SIPA ont été mis en œuvre par la RRSSM-C dans l'ensemble du réseau montréalais, comme la présence soutenue d'un représentant du CLSC aux urgences des hôpitaux pour accélérer la prise en charge des personnes âgées et l'intensification des services à domicile.

Somme toute, le budget du SIPA n'a été supérieur à celui des services de soutien à domicile habituels des CLSC que de 1,5 fois.

LA RESPONSABILITÉ CLINIQUE

Le SIPA est responsable des services peu importe où se trouve la personne sous sa responsabilité : à domicile, dans une résidence protégée, à l'hôpital ou au centre d'hébergement, qu'elle utilise les services d'un centre de jour ou d'un hôpital de jour. Le suivi par le médecin de famille ou le spécialiste est aussi une responsabilité du SIPA, de même que la consommation de médicaments. Cette responsabilité et ce suivi sont assurés par le gestionnaire de cas et l'équipe multidisciplinaire par l'intermédiaire du plan de services et par l'intervention du gestionnaire de cas dans les établissements de soins et de services.

LA COORDINATION INTER-ÉTABLISSEMENTS

L'action du gestionnaire de cas a exigé la négociation de protocoles de services et d'interventions inter-établissements. Les relations entre les établissements hospitaliers, les centres d'hébergement et de réadaptation de Montréal, les CLSC et le programme SIPA ont été assurées de plusieurs façons :

- les projets locaux du SIPA ont été développés dès le départ par des consortiums d'établissements qui comprenaient au moins un CLSC, un centre hospitalier de courte durée et un centre d'hébergement public ;
- un comité de suivi constitué de tous les partenaires institutionnels, y compris la RRSSM-C, a été mis sur pied au début de l'expérience et s'est réuni régulièrement pour en assurer la bonne marche ;
- des ententes inter-établissements particulières ont été négociées qui prévoyaient les modalités de collaboration avec les SIPA locaux et l'intervention des gestionnaires de cas aux différentes étapes de la prestation des services aux personnes du SIPA ;
- la description des tâches des gestionnaires de cas et leur formation, incluaient explicitement l'intervention dans des établissements autres que les CLSC.

Les ententes entre établissements définissaient et précisaient le droit du gestionnaire de cas d'intervenir dans des prises de décision qui relevaient jusqu'alors de la compétence de l'établissement partenaire. Des progrès indéniables sur la coordination entre établissements ont été accomplis grâce, notamment, à des ententes sur la gestion des incidents critiques et la garde 24/7.

La coordination avec les services d'urgence s'est améliorée durant l'expérimentation. Mais, sur les unités de soins des hôpitaux, les gestionnaires de cas ont éprouvé des difficultés. Elles sont attribuables au roulement du personnel hospitalier, à l'absence d'un responsable hospitalier des dossiers SIPA, à la transmission difficile de l'information à l'intérieur des établissements et à des problèmes de coordination avec les médecins hospitaliers.

La coordination avec les médecins de famille s'est avérée difficile, notamment à cause de l'absence de médecins sur un des sites SIPA pendant une partie de l'expérimentation et de la difficulté d'établir des relations cliniques stables avec un nombre trop élevé de médecins de famille.

LES INSTRUMENTS DE SUIVI CLINIQUE ET ADMINISTRATIF

Certains formulaires cliniques étaient déjà en usage dans le réseau montréalais des programmes de services à domicile, tels le formulaire d'évaluation de base et celui du plan d'intervention interdisciplinaire (PII). Un tableau de bord de suivi des processus administratifs et des services reçus par les personnes admises au SIPA a été implanté. Celui-ci met en relief la responsabilité du SIPA envers sa clientèle, quel que soit le lieu où elle se trouve et permet de suivre finement l'implantation du modèle clinique. Des outils cliniques ont été créés spécifiquement pour le SIPA, par exemple : des protocoles cliniques d'intervention interdisciplinaire pour plusieurs syndromes gériatriques ; un guide de contact avec les médecins en cabinet privé ; une grille d'appréciation des plans d'interventions interdisciplinaires (PII) et des plans de services intégrés (PSI) ; un outil de suivi des discussions de cas et des processus de gestion des services critiques (p. ex. visite à l'urgence, hospitalisation, hébergement). D'autres formulaires en élaboration ont été utilisés comme un instrument de triage des appels de garde et une liste des coûts approximatifs de certains services⁵³. Une application informatique expérimentale de coordination de services géronto-gériatriques⁵⁴ a été mise à l'essai vers le milieu de l'expérimentation.

LA GESTION DE CAS

Des infirmières, des travailleuses sociales et, dans un des sites, une ergothérapeute, ont assumé le rôle de gestionnaire de cas. Elles avaient la responsabilité de 35 à 45 cas. L'organisation du travail des gestionnaires a varié selon les sites. Dans un site, les gestion-

naires de cas travailleuses sociales ont été jumelées à une co-gestionnaire infirmière et vice-versa. Les infirmières gestionnaires de cas ont voulu assumer la presque totalité des soins cliniques infirmiers dans un des sites. Dans l'autre, les tâches cliniques des infirmières gestionnaires de cas ont été réduites.

Les gestionnaires de cas ont joué un rôle essentiel dans l'expérience du SIPA. Ils assuraient chacun la gestion clinique et administrative d'une des équipes multidisciplinaires en collaboration avec les chefs d'équipe des SIPA locaux. En cela, ils veillaient au respect des paramètres du modèle SIPA par les membres de l'équipe, assuraient la supervision du personnel, animaient les rencontres cliniques et administratives de leur équipe. Du point de vue clinique, leur tâche consistait à évaluer les besoins des personnes âgées et de ses proches, établir un plan de services, s'assurer de son application, suivre l'évolution de la situation, mobiliser rapidement les ressources selon les nécessités, voir à adapter le plan de services et, finalement, s'assurer que les informations cliniques et administratives sur l'évolution de la situation du patient seraient entrées dans les dossiers et systèmes d'information. Les gestionnaires de cas devaient aussi assurer la collaboration de tous les intervenants et, en particulier, maintenir un contact étroit avec le médecin de famille traitant, suivre la personne âgée au cours de ses séjours dans différents établissements et services, tels les hôpitaux, les services d'urgence, les hôpitaux de jour et les centres de jour.

L'ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE

Les équipes multidisciplinaires des SIPA locaux comptaient des gestionnaires de cas, des infirmières, travailleurs sociaux, ergothérapeutes et physiothérapeutes, nutritionnistes, auxiliaires familiales et organisateurs communautaires. Des médecins ont été membres des équipes SIPA, tandis que la plupart des participants SIPA ont conservé leur médecin de famille. Des liens formels ont été établis entre les équipes multidisciplinaires et ces médecins, quoique leur participation n'ait pas toujours été celle planifiée. Le site du CLSC Bordeaux-Cartierville disposait d'un pharmacien (Tableau 2).

...

...

Tableau 2
Caractéristiques socio-économiques et état de santé
Les groupes SIPA et témoin à l'admission

	Fourchettes de variation	SIPA		Témoin		Totaux	
		Moy. ou %	écart-type	Moy. ou %	écart-type	Moy. ou %	écart-type
Caractéristiques socio-économique							
Âge (années)	64-104 ans	82.02	(7.36)	82.28	(7.18)	82.15	(7.25)
Sexe	% d'hommes	29.4%	(0.46)	28.0%	(0.45)	28.7%	(0.45)
Éducation	1 (aucune) à 6 (université)	3.91	(1.40)	3.96	(1.34)	3.93	(1.37)
Revenu suffisant	1 (suffisant) à 5 (pas du tout)	2.43	(1.01)	2.38	(1.00)	2.41	(1.00)
Vit seul	% seul	43.8%	(0.50)	40.0%	(0.49)	58.1%	(0.49)
État de santé							
Nb de maladies chroniques	de 0 à 16	4.90	(2.33)	4.99	(2.32)	4.94	(2.32)
Limitations fonctionnelles	de 0 à 21	9.84	(5.18)	9.61	(5.19)	9.72	(5.18)
Incapacités dans les AVD	de 0 à 16	6.95	(4.53)	7.01	(4.58)	6.97	(4.56)
Incapacités dans les AVQ	de 0 à 26	4.34	(5.54)	4.35	(5.71)	4.35	(5.62)
Incontinence	% avec incontinence	41.0%	(0.44)	46.3%	(0.50)	44.1%	(0.50)
Problèmes cognitifs	% avec des problèmes	30.6%	(0.46)	32.1%	(0.47)	31.4%	(0.46)
Dépression	0 (aucune) à 15 (élevée)	5.03	(3.40)	4.90	(3.55)	4.97	(3.47)
Santé perçue	1 (excellente) à 5 (mauvaise)	3.47	(1.07)	3.41	(1.03)	3.44	(1.05)

LES SERVICES MÉDICAUX DES MÉDECINS SIPA ET DES CABINETS PRIVÉS

Les quelques 650 personnes âgées admises au SIPA sur les deux sites étaient desservies par 250 médecins de famille. En conséquence, les personnes âgées du SIPA constituaient une fraction minime de leur pratique. Plus de 85 % d'entre eux travaillaient en cabinet privé et plus de 95 % étaient des omnipraticiens. Les sites SIPA ont disposé des services de médecins de famille et de gériatres à temps variable. Un site a réussi à recruter un médecin coordonnateur et un gériatre pour chacun deux jours par semaine. Pendant certaines périodes, les équipes SIPA ne disposaient pas de médecin, en d'autres périodes, les équipes disposaient d'un médecin équivalent temps complet pendant quatre jours semaine.

RÔLE DES PERSONNES ADMISES ET DES PERSONNES DE SOUTIEN

Les personnes âgées admises au SIPA ont participé aux décisions relatives aux services qui leurs étaient livrés. Par exemple, la référence à des services d'aide à domicile privé et le recours à l'hébergement en résidence privée ont été faits dans le respect des désirs et des moyens des personnes âgées. Ce fut le cas en particulier vis-à-vis les conditions de paiement de ces services privés. Les personnes de soutien ont été consultées dans la mise en place des services aux personnes âgées admises.

LES SERVICES AU GROUPE TÉMOIN

Les personnes assignées au groupe témoin recevaient les services habituellement disponibles aux personnes âgées fragiles du Québec, tels qu'organisés et livrés par les CLSC participants. Les CLSC étaient, au Québec, les responsables principaux de la prestation des services à domicile à ces personnes selon la politique des services à domicile du MSSS en force à l'époque^{55,56}. Le modèle SIPA et cette politique sont semblables sur certains éléments, mais différents de façon fondamentale sur plusieurs. Les services à domicile du Québec offrent des services infirmiers, des services limités d'aide aux activités de la vie quotidienne. Le nombre d'heures disponibles par personne est restreint et les services ne sont pas disponibles la fin de semaine. La gestion de cas n'est pas mise en pratique, quoique des intervenants en santé ou en services sociaux exercent une certaine responsabilité de coordination. Cette responsabilité de coordination ne dépasse pas les frontières des services des CLSC.

Les services à domicile des personnes âgées fragiles du groupe témoin étaient financés à même le budget général du CLSC. Ce budget n'offre pas de souplesse aux personnels des services à domicile, en ce sens qu'ils ne peuvent assigner des sommes qu'à l'intérieur des activités acceptées par le programme des services à domicile du MSSS et par les normes locales de pratique.

RÉSULTATS

L'évaluation du SIPA portait sur sa capacité, comparée au système de santé et de services sociaux du Québec, à :

- substituer les services sociaux et de santé institutionnels par des services de proximité, substitution qui postule des coûts totaux équivalents, dans les deux systèmes, pour tous les services sociaux et de santé ;
- augmenter l'utilisation et les dépenses pour les services de soutien et les soins de santé à domicile dans le groupe SIPA. Des accroissements de l'utilisation et les coûts d'autres services de proximité, tels les visites aux médecins, sont aussi attendus ;
- diminuer l'utilisation et les coûts des attentes d'hébergement en hôpitaux de courte durée.

SUBSTITUER LES SERVICES INSTITUTIONNELS PAR DES SERVICES DE PROXIMITÉ

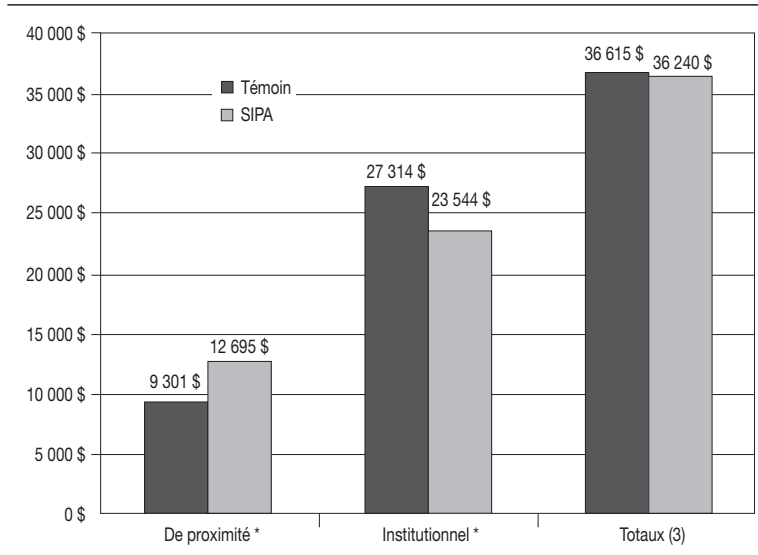
Les services sociaux et de santé sous la responsabilité des SIPA locaux étaient composés d'un ensemble exhaustif de services offerts par plusieurs types d'établissements du réseau public de services sociaux et de santé du Québec. Les services institutionnels incluaient les visites aux urgences hospitalières, les séjours de courte et de longue durée en hôpitaux, les hospitalisations d'un jour, les hospitalisations en établissement de réadaptation, l'hébergement en établissement et les soins palliatifs. Les services de proximité incluent les médicaments prescrits achetés en pharmacie, les visites médicales aux généralistes et spécialistes, les services sociaux et de santé à domicile, la résidence en habitation protégée, les aides techniques à domicile, et la fréquentation des hôpitaux et centres de jours.

Tous les participants au SIPA ou au groupe témoin ont utilisé au moins un service de proximité, tandis que 80 % ont utilisé un service institutionnel. La figure 1 compare les coûts moyens par participants des services institutionnels aux coûts des services de proximité. Les coûts moyens des services de proximité du SIPA (12 695 \$) sont de 3 394 \$ supérieurs aux coûts moyens du groupe témoin (9 301 \$). Cette somme est compensée par des coûts moyens supérieurs de 3 770 \$ en services institutionnels dans le groupe témoin (27 314 \$) par rapport aux coûts moyens des participants au SIPA (23 544 \$). Finalement, les coûts totaux des services sont comparables dans les deux groupes, soit autour de 36 000 \$ sur 22 mois.

Comment s'explique la réussite du SIPA à substituer des services institutionnels par des services de proximité ? L'augmentation des coûts des services de proximité dans le groupe SIPA est-elle attri-

Figure 1

Coûts totaux et coûts des services institutionnels et de proximité



1. De proximité : médicaments, visites médicales, services à domicile, résidence protégée, aides techniques, hôpitaux de jour et centres de jours.

2. En institution : Hospitalisations de courte durée, hospitalisations d'un jour, urgence, hébergement institutionnel, réadaptation, soins palliatifs.

3. Totaux : Tous les services proximité et en institution.

* Statistiquement significatif à $p \leq 0,05$.

Permission de reproduire accordée par *Journal of Gerontology : Medical Sciences*.

buable à des services spécifiques ? À tous les types de services ? La différence est-elle due à une diminution de l'accès aux services ? Ou à une diminution de l'intensité de leur utilisation ? Les coûts unitaires de production des services ne sauraient être en cause ici puisqu'ils sont équivalents dans les deux groupes par définition. Les mêmes questions se posent, à l'inverse, à propos des services institutionnels.

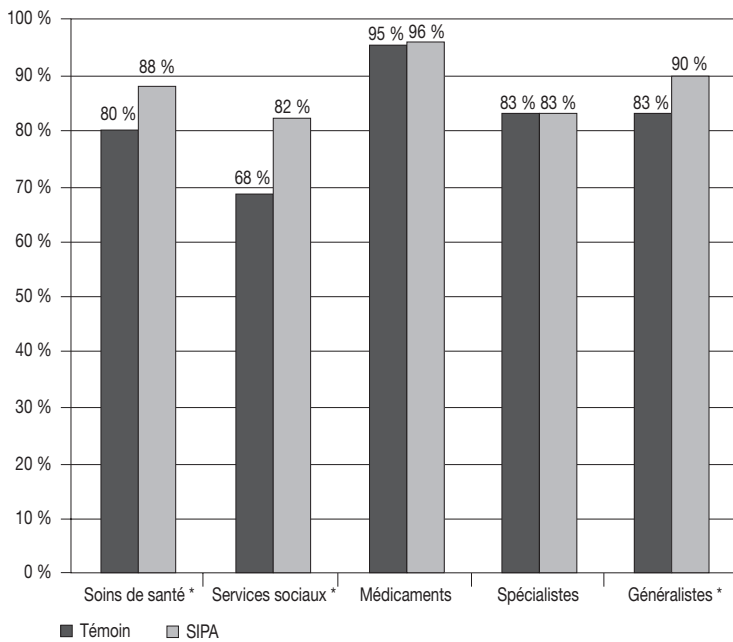
AUGMENTATION DE L'UTILISATION ET DES DÉPENSES EN SERVICES DE PROXIMITÉ

Seuls les services de proximité les plus utilisés par les participants à l'expérience SIPA sont comparés dans notre étude, soit les services à domicile, les services des médecins de famille et des spécialistes, et les services pharmaceutiques assurés par le régime public du Québec.

Les services à domicile comprennent des services de santé et des services sociaux. Les services de santé sont offerts par des infirmières, des nutritionnistes, des ergothérapeutes et des physiothérapeutes. Les services sociaux sont donnés par des travailleurs sociaux et des aides familiales. À la figure 2, l'accès aux services de

proximité des groupes SIPA et témoin est comparé. Les taux d'accès sont généralement élevés, ils dépassent les 80 % dans tous les cas, sauf pour l'accès aux services sociaux à domicile dans le groupe témoin où il atteint 68 % seulement. Le groupe SIPA a un accès supérieur au groupe témoin aux services sociaux et de santé à domicile et aux services d'un médecin généraliste. L'accès aux médecins spécialistes et aux médicaments est équivalent dans les deux groupes.

Figure 2
Accès aux services de proximité

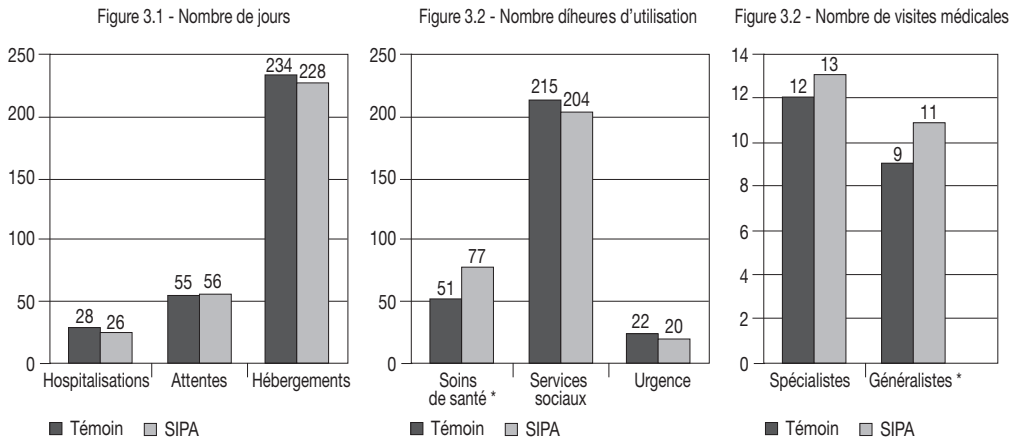


* Statistiquement significatif
à $p \leq 0,05$.

L'intensité de l'utilisation se mesure différemment selon le type de services. Pour les services sociaux et de santé à domicile, le nombre d'heures a été calculé et le nombre de visites aux spécialistes et aux généralistes a été comparé dans les groupes SIPA et témoin. Le nombre de services pharmaceutiques n'a pas été considéré ici, puisqu'il dépend des habitudes de prescriptions et, surtout, du rythme de leur renouvellement et autres artéfacts dus aux modalités de co-paiements du régime d'assurance médicaments du Québec. Les figures 3.1 à 3.3 comparent les résultats des groupes SIPA et témoin pour les participants qui ont utilisé les services seulement.

Figure 3

Intensité de l'utilisation des services sociaux et de santé pour les participants qui ont accédé aux services

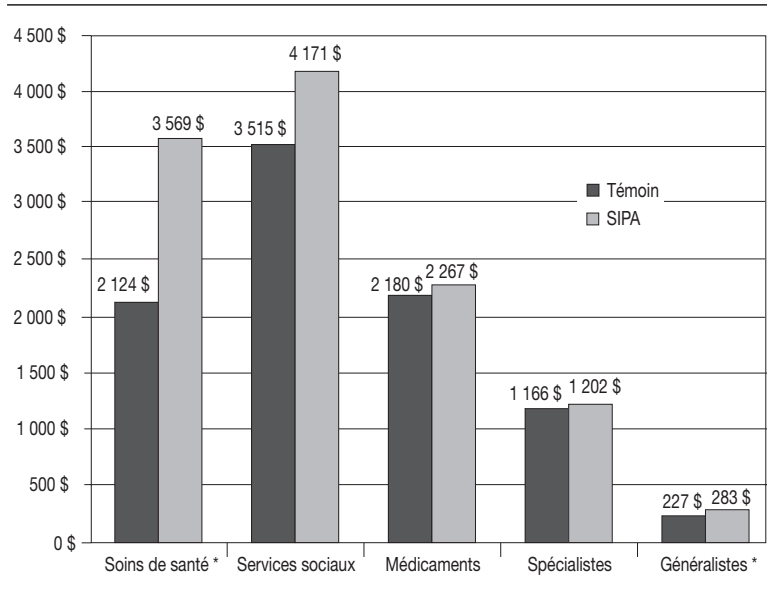


* Statistiquement significatif à $p \leq 0,05$.

D'un point de vue statistique, le nombre d'heures de services de santé à domicile et le nombre de visites aux médecins généralistes sont significativement plus élevés dans le groupe SIPA que dans le groupe témoin sur la période expérimentale de 22 mois (voir figures 3.2 et 3.3). Le nombre d'heures de services sociaux à domicile est tout de même plus élevé dans le groupe SIPA. Il faut remarquer que l'intensité moyenne des services sociaux et de santé auprès de tous les participants est faible, puisqu'elle n'atteint pas l'heure par semaine pour les services de santé, contre à peine deux heures par semaine pour les services sociaux.

Les coûts des services de proximité dans les groupes SIPA et témoin sont le résultat de l'accès aux services, de l'intensité de leur utilisation et de leurs coûts unitaires. Pour fin d'illustration, les coûts moyens utilisés sont obtenus sur tous les participants et non sur les utilisateurs seulement. De façon générale, les coûts du groupe SIPA sont supérieurs aux coûts du groupe témoin, quoique la signification statistique ne soit atteinte que dans le cas des services de santé à domicile et des visites aux médecins généralistes (Figure 4). Les coûts des services de santé à domicile sont inférieurs aux coûts des services sociaux, ce qui peut correspondre aux besoins des participants affectés de nombreuses limitations fonctionnelles et incapacités.

Figure 4
Coûts des services de proximité



* Statistiquement significatif à $p \leq 0,05$.

Le coût supérieur total des services de proximité du SIPA est le résultat de l'addition des différences de coûts de chacun des types de services entre les deux groupes. Certaines différences non-significatives d'un point de vue statistique sont, en dollars, plus importantes que la différence significative pour les visites aux médecins généralistes.

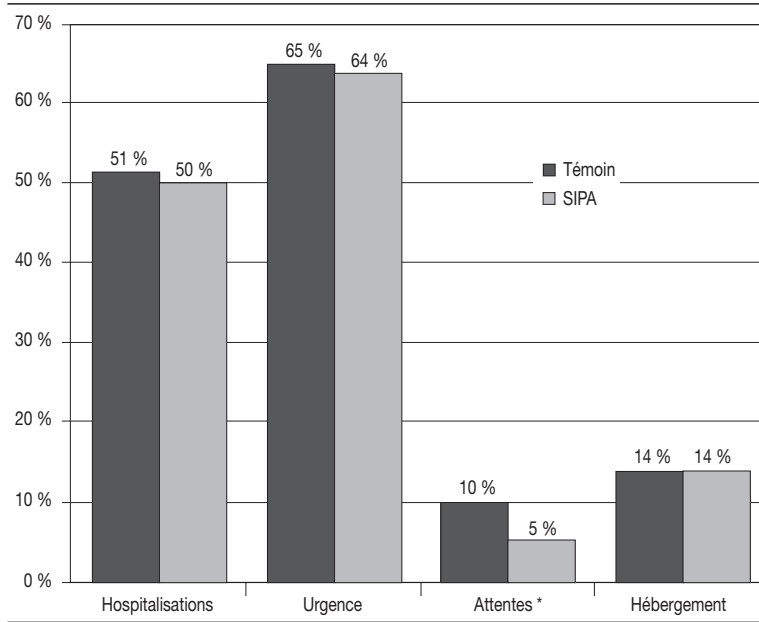
L'UTILISATION ET LES COÛTS DES SERVICES INSTITUTIONNELS

L'accès, l'intensité de l'utilisation et les coûts des hospitalisations de courte durée, des attentes d'hébergement dans les hôpitaux, des visites à l'urgence et de l'hébergement institutionnel des groupes SIPA et témoin sont comparés aux figures 3.1, 3.5 et 3.6. La moitié des participants ont été hospitalisés au cours des vingt-deux mois de l'expérience SIPA, plus de 60 % ont visité l'urgence au moins une fois et 14 % ont été hébergés en institution (Figure 5). SIPA a réussi à diminuer de moitié les attentes d'hébergement en hôpitaux (5 % comparé à 10 %).

...
...

Figure 5

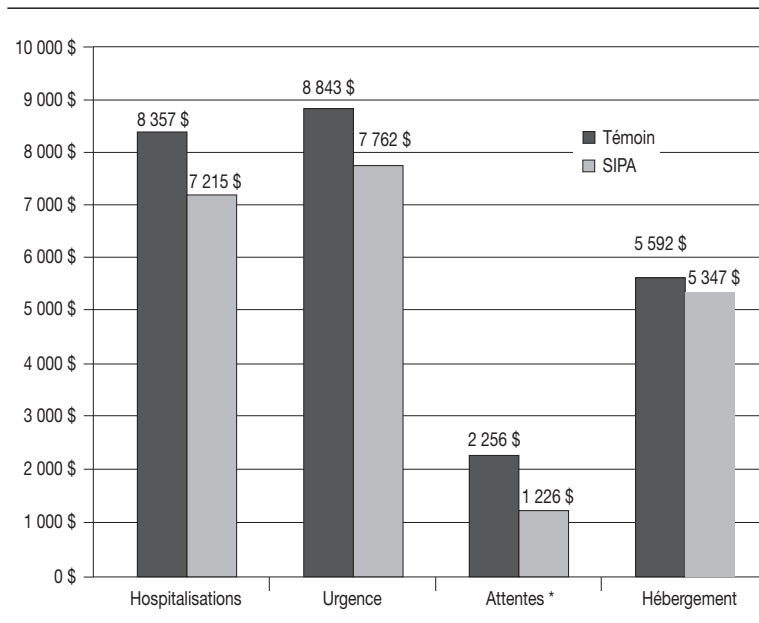
Accès aux services institutionnels



* Statistiquement significatif à $p \leq 0,05$.

Figure 6

Coûts des services institutionnels



* Statistiquement significatif à $p \leq 0,05$.

La durée de séjour en nombre de jours s'applique aux hospitalisations de courte durée, aux attentes d'hébergement en hôpitaux de courte durée et aux hébergements institutionnels (Figure 3.1). Le nombre d'heures a été calculé pour les visites aux urgences hospitalières et aucune différence significative n'a été identifiée. Les séjours sont cependant généralement plus longs dans le groupe témoin que dans le groupe SIPA.

Les coûts moyens comparés des services institutionnels sont projetés à la figure 6. Les moyennes sont obtenues sur tous les participants. Les coûts de l'urgence, de 7 700 \$ à 8 800 \$, sont à peu de choses près équivalents aux coûts des hospitalisations (7 200 \$ à 8 400 \$). Ces coûts sont aussi très proches du coût total des services sociaux et de santé à domicile (de 5 600 \$ pour le groupe témoin à 7 700 \$ pour le groupe SIPA). En somme, la configuration des coûts des services sociaux et de santé des personnes âgées fragiles est très différente de celles des personnes âgées sans fragilité et des adultes d'âge moyen.

Les coûts des attentes d'hébergement en hôpitaux de courte durée sont deux fois plus élevés dans le groupe témoin que dans le groupe SIPA. Cette différence est attribuable à des admissions moindres de la moitié dans le groupe SIPA par rapport au groupe témoin. Les différences de coûts des autres services institutionnels ne sont pas statistiquement significatives. Cependant, les coûts moyens des participants au SIPA pour les urgences et les hospitalisations de courte durée sont moindres d'environ 10 % à ceux du groupe témoin.

La capacité du SIPA de réduire d'environ 4 000 \$, soit de près de 20 %, les coûts des services institutionnels est le résultat d'une diminution significative des coûts des attentes en hébergement et du cumul des réductions des coûts des services d'urgence, de l'hospitalisation et de l'hébergement permanent.

EFFETS DU SIPA SUR DES GROUPES SPÉCIFIQUES DE PARTICIPANTS

Les participants à l'expérimentation SIPA sont des personnes âgées fragiles avec plusieurs limites fonctionnelles, des incapacités dans les tâches de la vie quotidienne et domestique et des problèmes de santé de plusieurs ordres. Elles cumulent de nombreuses maladies chroniques, plusieurs ont des problèmes d'ordre cognitif et

souffrent de dépression. Malgré cet état de fait, une grande variation des états de santé peut être observée chez les participants. Certaines personnes cumulent des maladies chroniques et de nombreuses incapacités fonctionnelles, d'autres personnes ont des incapacités fonctionnelles mais peu de maladies chroniques, chez d'autres, s'ajoutent des problèmes cognitifs. Les conditions socio-économiques des personnes de l'expérimentation SIPA varient tout aussi bien. Certaines ont des revenus qu'elles décrivent comme suffisants, d'autres peinent avec des revenus faibles. Certaines personnes n'ont pas complétées le cycle primaire des études, tandis d'autres ont fréquenté l'université. Enfin, des hommes et femmes vivent seuls, d'autres sont accompagnés.

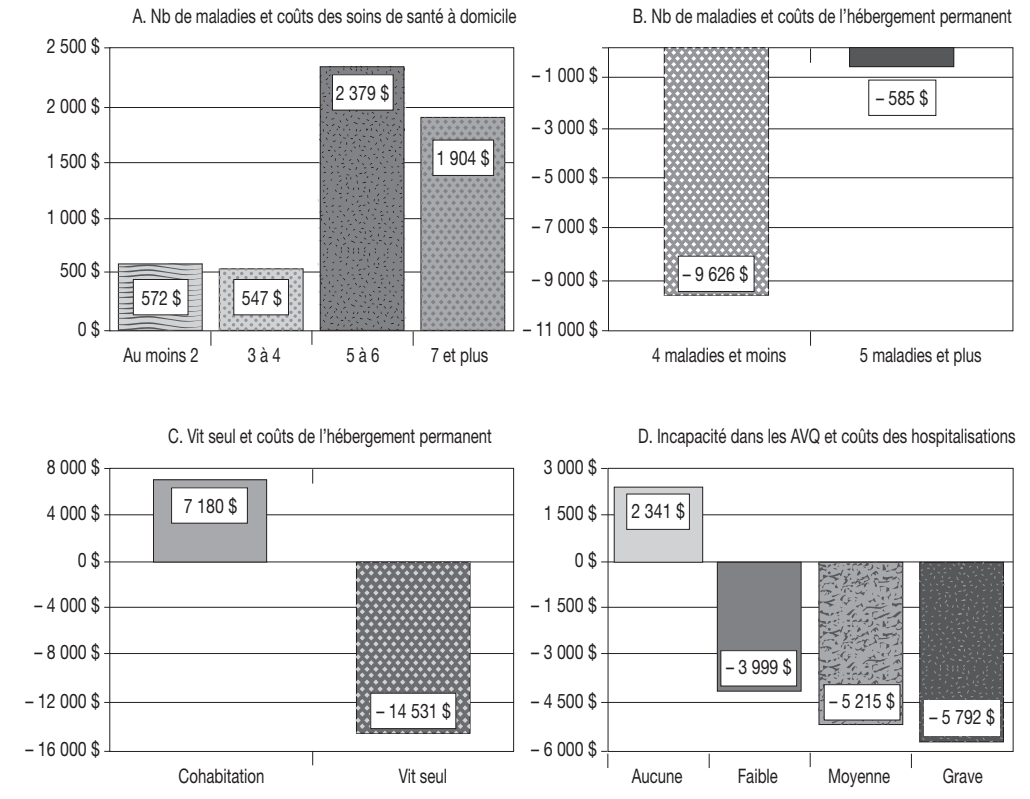
Il est possible que la grande diversité des conditions socio-économiques et des états de santé se reflète sur les coûts des services sociaux et de santé et dans la capacité du SIPA de transférer les coûts des services institutionnels aux services de proximité.

Des différences importantes dans les coûts de différents services sont observées, selon le nombre de maladies chroniques, le nombre d'incapacités dans les AVQ et le fait de vivre seul, entre SIPA et le groupe témoin (Figure 7). Premièrement, la disponibilité des services de santé à domicile est supérieure dans le groupe SIPA par rapport au groupe témoin pour les personnes avec un plus grand nombre de maladies chroniques comme en fait foi les coûts supérieurs de près 2 400 \$ dans le groupe SIPA pour les personnes ayant cinq maladies chroniques et plus. Cette différence n'est que de 550 \$ pour celles avec quatre maladies chroniques et moins.

Par ailleurs, les coûts de l'hébergement sont inférieurs de 9 600 \$ dans le groupe SIPA pour les personnes avec quatre maladies chroniques et moins, contre 600 \$ pour celles avec cinq maladies chroniques et plus. Par ailleurs, SIPA réussit à diminuer les coûts de l'hébergement permanent de 14 500 \$ chez les personnes qui vivent seules. Ces résultats semblent indiquer que SIPA a réussi à diminuer l'hébergement chez les personnes les moins affectées de maladies chroniques, donc celles qui, pour des raisons de santé, le nécessitent moins, et chez les personnes qui y accèdent pour des raisons sociales (soit l'isolement). Enfin, les coûts des hospitalisations de courte durée ont été réduits de 4 000 \$ à 5 800 \$ chez les personnes du groupe SIPA, comparativement au groupe témoin, pour celles qui ont des incapacités dans les AVQ.

Figure 7

Différence des coûts entre groupes SIPA et témoin pour certaines caractéristiques



Les effets du SIPA sur les coûts de l'hébergement et de l'hospitalisation de courte durée sont sélectifs. Des raisons de santé (tel le nombre de maladies chroniques), des raisons sociales (tel le fait de vivre seul) et une raison qui tient à la fois des conditions de santé et de l'appui que les personnes reçoivent de leurs proches et des services formels (soit les incapacités dans les AVQ), jouent un rôle intermédiaire certain dans la capacité du SIPA d'affecter les coûts de services sociaux et de santé.

Le projet de démonstration SIPA est la première évaluation expérimentale d'un système de services intégrés pour personnes âgées fragiles en Amérique du Nord. Il s'est déroulé sur une période de 22 mois auprès d'un groupe de 1 230 personnes âgées fragiles. Le devis respecte les exigences du protocole d'étude expérimentale développé par le groupe CONSORT⁵⁷.

Le premier objectif du SIPA a été atteint. Un transfert moyen de 4 000 \$ par personne des services institutionnels aux services de proximité en faveur du SIPA a été observé. Ce résultat a été atteint sans financement par capitation et sans la pression exercée sur le SIPA par une responsabilité de population. Ces deux éléments n'ont pu être implantés dans le cadre de l'expérimentation. Ils sont à la fois des moyens et des incitations puissants à la disposition de systèmes intégrés de services aux personnes âgées fragiles pour rationaliser leurs pratiques, orientés leurs actions et mobiliser leurs ressources. Des projets de démonstration de services intégrés pour personnes âgées fragiles devraient les soumettre à examen.

Le SIPA disposait de ressources supplémentaires pour implanter son modèle et ce financement a été intégré dans l'évaluation des coûts du SIPA. Cependant, le supplément des ressources à la disposition du SIPA fut moins important que prévu. Les programmes de services à domicile courants du Québec reçurent un financement supplémentaire imprévu en cours d'expérimentation. Ainsi, l'addition de ressources en services sociaux à domicile dans le groupe SIPA fut inférieure à celui attendu. SIPA a concentré ces ressources dans les services de santé à domicile et auprès du groupe de personnes avec de nombreuses maladies chroniques.

SIPA a réussi à diminuer l'accès, l'utilisation et les coûts de plusieurs services institutionnels. Ces diminutions n'ont atteint le seuil de signification statistique que dans le cas des attentes d'hébergement en hôpitaux de courte durée, quoique les coûts des hospitalisations de courte durée, de l'urgence et de l'hébergement permanent furent de 10 % inférieurs dans le groupe SIPA en comparaison du groupe témoin. L'effet de transfert des coûts des services institutionnels vers les services de proximité est le résultat d'un cumul de réduction de taille moyenne, mais non statistiquement significatif, sur un ensemble de services.

Les effets du SIPA sur les coûts des services des personnes avec plusieurs maladies chroniques, plusieurs incapacités dans les AVQ et

celles vivant seules ont été particulièrement marqués. Ces résultats indiquent que les effets du SIPA ne sont pas les mêmes sur divers groupes de personnes. En particulier, SIPA a concentré ses effets sur les groupes de personnes les plus appropriés. Par exemple, les coûts de l'hébergement ont été réduits pour les personnes avec moins de maladies chroniques, tandis que la durée totale des séjours en hôpitaux a été réduite pour celles avec le plus grand nombre d'incapacités fonctionnelles. Les services intégrés pour personnes âgées ne sont donc pas destinés uniquement aux personnes âgées les plus fragiles. Les personnes « à risque » d'utilisation élevée n'ont pas un profil de risque unique. Ces profils varient probablement selon les sociétés et les systèmes de santé où elles vivent. La formule de Weissert et Hedrick⁵⁸, qui recommande de bien viser la population cible des services à domicile pour maximiser leurs effets, doit s'appliquer avec précaution.

Les résultats indiquent des pistes intéressantes pour comprendre le fonctionnement du SIPA. Premièrement, la réduction des attentes en hôpitaux de courte durée pour l'hébergement et la réduction des coûts de l'hospitalisation des personnes avec incapacités dans les AVQ indiquent que le SIPA a exercé ses effets principaux sur l'hôpital comme « sauf-conduit » vers l'hébergement. Deuxièmement, la planification du congé hospitalier était l'une des responsabilités importantes du gestionnaire de cas. Il a été appelé à intervenir à l'hôpital dès l'admission, il discutait avec médecins, infirmières et travailleurs sociaux du séjour et du congé et pouvait inscrire des notes au dossier hospitalier du patient. Le gestionnaire de cas pouvait mobiliser les ressources de proximité nécessaires à la personne hospitalisée après son séjour et pouvait suggérer l'admission dans une résidence de transition. Les services offerts par le SIPA donnaient confiance au personnel hospitalier en la capacité du SIPA d'offrir des services appropriés, de qualité.

Plusieurs facteurs peuvent être invoqués pour expliquer l'absence de diminution significative de l'utilisation et des coûts de l'hospitalisation, des services d'urgence et de l'hébergement sur tout le groupe SIPA. Premièrement, les médecins de famille ont répondu très partiellement aux sollicitations des gestionnaires de cas, ceux-ci n'ont pas toujours su développer les habiletés de communication nécessaires, les incitations offertes aux médecins pour encourager leur participation étaient déficientes, tout comme dans le système de soins médicaux canadiens en général⁵⁹. Deuxièmement, SIPA représente un changement de paradigme de presta-

tion des soins. Malgré une formation préalable à l'implantation du projet de démonstration, le personnel n'a pu profiter d'une période d'adaptation pratique au modèle. Des incertitudes sur le financement de la suite de l'expérimentation dix mois après son début ont mené à la démission d'une partie du personnel de direction du projet. Troisièmement, les sites SIPA étaient localisés dans les mêmes établissements qui avaient charge des services des personnes du groupe témoin. Une certaine contamination des pratiques était donc possible, de même qu'une émulation entre les responsables des services à domicile régulier des CLSC et ceux du SIPA. Enfin, la puissance des tests ne permettait d'identifier que des différences de 25 % à 50 % entre les groupes expérimental et témoin. Une différence de 10 % aurait pu être significative du point de vue des politiques de santé, en particulier envers les hospitalisations et les hébergements. Un échantillon du double de celle à la disposition de l'expérience SIPA aurait été requis pour examiner une différence de cet ordre entre les deux groupes.

La signification des résultats de l'expérimentation SIPA dépasse les frontières des deux sites. Plusieurs provinces canadiennes affrontent les mêmes dilemmes que ceux des deux sites expérimentaux, de même que toute la région de Montréal où des lits d'hôpitaux sont « bloqués » par des personnes en attente d'hébergement⁶⁰. Les services hospitaliers sont plus chers dans ce cas⁶¹ que les services des maisons d'hébergement médicalisé. De façon générale, SIPA a eu un effet sur trois des fonctions principales des hôpitaux, soit les services d'urgence, les hospitalisations de courte durée et l'attente d'hébergement. Une application adaptée du modèle SIPA à d'autres contextes pourrait avoir des effets importants sur l'utilisation rationnelle des services hospitaliers.

Les résultats de l'expérimentation sont dans la même lignée que les résultats d'évaluation d'autres modèles de services intégrés pour personnes âgées. Si la formule des S/HMO n'eût pas le succès attendu⁶², les PACE sont maintenant intégrés à Medicare aux États-Unis. PACE n'apparaît pas avoir réduit l'hospitalisation et l'institutionnalisation, mais il semble que les coûts assumés par le programme d'assurance santé « Medicare » ont diminué pour les participants à PACE, en comparaison des coûts attribuables à la population âgée⁶³⁻⁶⁵. De même, deux études italiennes de dimension modeste ont réussi à diminuer les coûts des hospitalisations^{66, 67}.

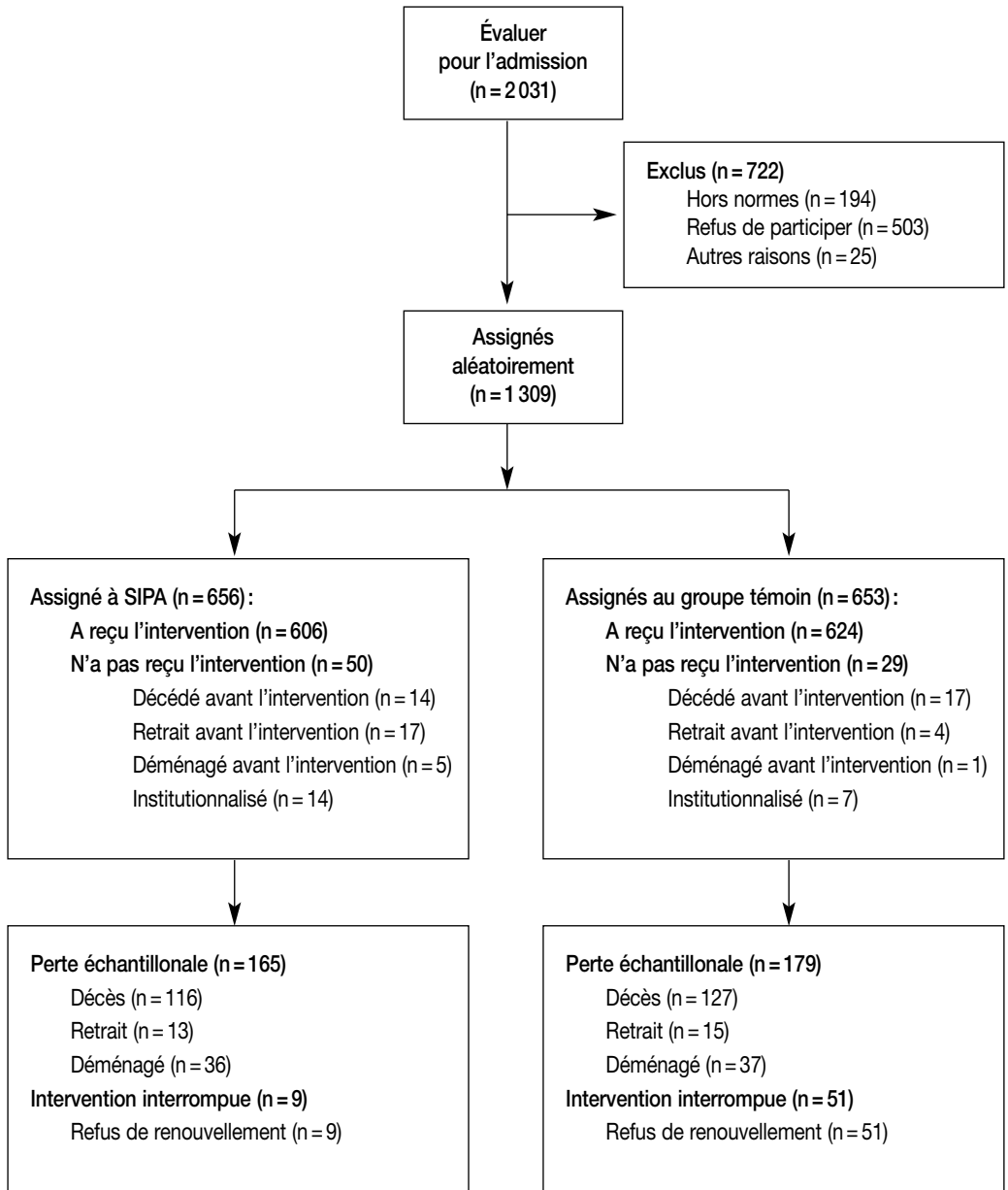
L'expérimentation SIPA démontre qu'il est possible de s'engager dans des projets de démonstration ambitieux et rigoureux au Canada. Toutes les conditions pour que des innovations systémiques et importantes fassent l'objet d'évaluation dans les règles de l'art ne sont pas toutes réunies au Canada actuellement. Le projet de démonstration. SIPA fut rendu possible par l'implantation du programme fédéral ad hoc du Fonds d'adaptation sur les services de santé, par l'appui du MSSS du Québec, l'engagement de la RRSSM-C et de nombreux établissements de Montréal, et par le travail assidu d'universitaires, de praticiens et de décideurs. Il faudrait pouvoir transformer cette conjonction spéciale de forces de changement en conditions pour l'introduction et l'évaluation systématique de changement en continue dans les systèmes de santé et de services sociaux des provinces.

En conclusion, malgré les limites de notre étude, les résultats démontrent qu'il est possible d'attendre des systèmes intégrés de services pour personnes âgées fragiles, une diminution de l'utilisation et des coûts des services hospitaliers et de l'hébergement, sans augmentation des coûts globaux des services de santé, sans diminution de la qualité des soins et sans augmentation du fardeau des personnes âgées et de leurs proches.

■

Appendice 1

Recrutement et assignation aléatoire des personnes recrutées



Permission de reproduire accordée par *Journal of Gerontology : Medical Sciences*⁶⁷.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. STATISTIQUE CANADA (2002). *Profil de la population canadienne selon l'âge et le sexe: le Canada vieillit*. Ottawa: Statistique Canada; (Catalogue N° 96F0030XIF2001002).
2. STATISTIQUE CANADA (2001). *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 2000-2026 [Cédérom]*. Ottawa: Statistique CanadaCanada.
3. GEE E.M. & GUTMAN G.M. (2000). *The overselling of population aging*. Don Mills: Oxford University Press.
4. BARER M.L., EVANS R.G. & HERTZMAN C. (1995). *Avalanche or Glacier? Health care and the demographic rhetoric*. *Can J Aging*; 14:193-224.
5. ROCHON M. (2002). *Vieillesse démographique et dépenses de santé et de prise en charge de la dépendance au Québec: 1981-2056*. *Santé, société et solidarité*; 2: xxx.
6. MAYHEW L. (2000). *Health and elderly care expenditure in an aging world*. Laxenburg: International Institute for Applied Systems Analysis. (RR-00-21).
7. MCGRAIL K., GREEN B., BARER M.L., EVANS R.G., HERTZMAN C. & NORMAND C. (2000). *Age, costs of acute and long-term care and proximity to death: evidence for 1987-88 and 1994-95 in British Columbia*. *Age Ageing*; 29: 249-253.
8. RUGGERI J. (sept. 2002). *Population aging, health care spending and sustainability: do we really have a crisis?* Ottawa: Calendon Institute of Social Policy.
9. MÉRETTE M. (2002). *The brightside. A positive view on the economics of aging*. *Choices IRPP*; 8 (1): 1-28.
10. LUBITZ J., CAI L., KRAMOROW E. & LEUTZNER H. (2003). *Health, life expectancy, and health care spending among the elderly*. *N Engl J Med*; 319: 1048-1055.
11. SPILLMAN B.C. & LUBITZ J. (2000). *The effect of longevity on spending for acute and long-term care*. *N Engl J Med*; 342: 1402-1415.
12. MANTON K.G., CORDER L. & STALLARD E. (1994). *Chronic disability trends in elderly in United States populations: 1982-1994*. *Proc Natl Acad Sci* 1997; 94: 2593-2598.
13. MANTON K.G. & GU X. (1999). *Changes in the prevalence of chronic disability in the United States black and nonblack population above age 65 from 1982 to 1999*. *Proc Natl Acad Sci*; 98: 6354-6359.
14. SINGER B.H. & MANTON K.G. (1998). *The effects of health changes on projections of health services needs for the elderly population of the United States*. *Proc Natl Acad Sci*; 95: 15618-15622.
15. STATISTIQUE CANADA (2001). *Enquête sur la participation et les limites d'activités [en ligne]*; [consulté 2003 le 20 juin]; disponible: URL: http://www.statcan.ca/francais/freepub/89-577-xif/charts/chart1_f.htm.
16. LAFORTUNE P. & CAMIRAND J. (2002). *Évolution et impact de l'incapacité chez les personnes âgées selon l'enquête québécoise sur les limitations d'activités*. *Santé, société et solidarité*; 2: 44.
17. THE CANADIAN STUDY OF HEALTH AND AGING WORKING GROUP (2001). *Disability and frailty among elderly Canadians: a comparison of six surveys*. *Int Psychogeriatr*; 13 Supp 1: 159-167.
18. WOLFF J.L., STARFIELD B. & ANDERSON G. (2002). *Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly*. *Arch Intern Med*; 162 (20): 2269-2276.
19. FRIED L.P. & WALSTON J. (2003). *Frailty and failure to thrive*. In: Hazzard WR, Blass JP, Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, editors. *Principles of geriatric medicine and gerontology*. New York: McGraw-Hill. p. 1487-1502.
20. FREEDMAN V.A., MARTIN L.G. & SCHOENI R.F. (2002). *Recent trends in disability and functioning among older adults in the United States: a systematic review*. *JAMA*; 288: 3137-3146.

21. **MURTAUGH C.M. & LITKE A. (2002).** *Transitions through postacute and long-term settings: patterns of use and outcomes for a national cohort of elders.* *Med Care*; 40: 227-236.
22. **CALLAHAN E.H., THOMAS D.C., GOLDHIRSCH S.L. & LEIPZIG R.M. (2002).** *Geriatric hospital medicine.* *Med Clin North Am*; 86 (4): 707-729.
23. **BLACK D. & BOWMAN C. (1997).** *Community institutional care for frail elderly people.* *Br Med J*; 315: 441-442.
24. **BERGMAN H., BÉLAND F., LEBEL P., CONTANDRIOPOULOS A.P., TOUSIGANT P., BRUNELLE Y. ET AL. (1997).** *Care for Canada's frail elderly population: fragmentation or integration?* *Can Med Assoc J*; 15: 1116-1121.
25. **COLEMAN E.A. (2002).** *Challenges of systems of care for frail older persons: the United States of America experience.* *Aging Clin Exp Res*; 14: 233-238.
26. **TOURIGNY A., DURAND P., BONIN L., HÉBERT R. & ROCHETTE L. (2004).** *Quasi-experimental study of the effectiveness of an integrated service delivery network for the frail elderly.* *Can J Aging*; 23: 231-246.
27. **HÉBERT R. & VEIL A. (2004).** *Monitoring the degree of implementation of an integrated delivery system.* *International Journal of Integrated Care [en ligne] [consulté 2006 le 18 janvier]*; 4 (July-September); disponible: URL: <http://www.ijic.org>.
28. **PINNELL BEAULNE ASSOCIATES LTD. (1998).** *Choice, evaluation project, final report.* Edmonton, AB: Pinnell Beaulne Associates.
29. **BODENHEIMER T. (1999).** *Long-term care for frail elderly people - the on lok model.* *N Engl J Med*; 34: 1324-1328.
30. **GROSS D.L., TEMKIN-GREENER H., KUNITZ S. & MUKAMEL D.B. (2004).** *The growing pains of integrated health care for the elderly: lessons from the expansion of PACE.* *Millbank Quarterly*; 82: 257-282.
31. **MUI A.C. (2001).** *The program of all-inclusive care for the elderly (PACE): an innovative long-term care model in the United States.* *J Aging Soc Policy*; 13: 153-167.
32. **ENG C., PELLUDA J., ELEAZER G.P., MCCANN R. & FOX N. (1997).** *Program for all-inclusive care for the elderly (PACE): an innovative model of integrated geriatric care and financing.* *J Am Geriatr Soc*; 45: 223-32.
33. **LEUTZ W. (1992).** *Recognizing the achievements of the Social Health Maintenance Organization (SHMO) demonstration sites.* *J Aging Soc Policy*; 4: 124-134.
34. **LEUTZ W., GREENLICK M., ERVIN S., FELDMAN E. & MALONE J. (1991).** *Adding long-term care to Medicare: the Social HMO experience.* *J Aging Soc Policy*; 3: 69-87.
35. **FISCHER L.R., LEUTZ W., MILLER A., VON STERNBERG T.L. & RIPLEY J.M. (1998).** *The closing of the social HMO: a case study.* *J Aging Soc Policy*; 10: 57-75.
36. **JOHRI M., BÉLAND F. & BERGMAN H. (2003).** *International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence.* *Int J Geriatr Psychiatry*; 18: 222-235.
37. **BOULT C. & PASCALA J.T. (1999).** *Integrating healthcare for older populations.* *American Journal of Managed Care*; 5 (1): 45-52.
38. **KANE R.L. (1998).** *Managed care as a vehicle for delivering more effective chronic care for older persons.* *J Am Geriatr Soc*; 46: 1034-939.
39. **BERGMAN H., BÉLAND F., LEBEL P., CONTANDRIOPOULOS A.P., BRUNELLE Y., KAUFMAN T ET AL. (1997).** *Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA). Rapport présenté à la Direction générale de la planification et de l'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.*
40. **BÉLAND F., BERGMAN H., LEBEL P., LESPÉRANCE K., DENIS J.-L., TOUSIGNANT P. ET AL. (2001).** *Évaluation d'un système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA).* Dans: Henrad, J.-C., Firbank O., Clément S., Frossard M., Lavoie J.-P., Vézina A. directeurs. *Personnes âgées dépendantes en France et au Québec. Qualité de vie, pratiques et politiques.* Paris: INSERM. p. 237-258.

41. **Commission sur les services de santé et les services sociaux (2000).** *Les solutions émergentes.* Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux.
42. **Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (2002).** *Guidé par nos valeurs.* Ottawa : Santé Canada.
43. **Premier's Advisory Council on Health for Alberta (2001).** *A Framework for Reform.* Calgary: Government of Alberta.
44. **Le comité sénatorial permanent des Affaires sociales, de la science et de la technologie (avril 2002).** *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral, Volume 5: Principes et recommandations en vue d'une réforme – Partie I, Ottawa.*
45. **Le comité sénatorial permanent des Affaires sociales, de la science et de la technologie (oct. 2002).** *La santé des Canadiens- Le rôle du gouvernement fédéral, Volume 6: Principes et recommandations en vue d'une réforme – Partie I. Ottawa : Gouvernement du Canada.*
46. **HÉBERT R., CARRIER R. & BILODEAU A. (1988).** *The functional autonomy measurement system (SMAF): description and validation of an instrument for the measurement of handicaps.* *Age Ageing*; 17 : 293-302.
47. **BÉLAND F., HALDEMANN V., MARTIN J.C., BOURQUE P. & OUELETTE P. (1998).** *Vieillir dans la communauté: santé et autonomie.* Montréal; 30 mai. (Rapport de recherche PNRDS # 6605-4570-602).
48. **DRUMMOND M.F., O'BRIEN B., STODDART G.L. & TORRANCE G.W. (1997).** *Methods for the economic evaluation of health care programmes.* London: Oxford University Press.
49. **ACHEN C.H. (1986).** *The statistical analysis of quasi-experiments.* Berkeley: University of California Press.
50. **GOLDSTEIN H. (1995).** *Multilevel statistical models.* 2nd ed. New York: Halstead Press.
51. **BÉLAND F., BERGMAN H. & LEBEL P. (MAI 2001).** *SIPA, un système de soins intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie. Évaluation de la phase 1, juin 1999 à mai 2000.* Montréal: Groupe de recherche Université de Montréal/McGill sur les services intégrés pour personnes âgées.
52. **Groupe de recherche Solidage.** *SIPA: Les protocoles interdisciplinaires [en ligne] [consulté 2004 le 15 novembre]; disponible: URL: http://www.solidage.ca/f/SIPA_f.htm.*
53. **Mécanisme de coordination des services géro-geriatriques des Bois-Francs. (1998).** *Application coordonnée des services géro-geriatriques. Trois-Rivières: Régie régionale de la Santé et des Services sociaux Mauricie-Centre du Québec.*
54. **TRAHAN L. & CARIS P. (2002).** *The system of care and services for frail older person in Canada and Quebec.* *Aging Clin Exp Res*; 4 : 226-232.
55. **Ministère de la Santé et des Services sociaux (1995).** *Les services à domicile de première. Cadre de référence.* Québec: Gouvernement du Québec.
56. **MOHER D., SCHULZ K.F. & ALTMAN D.G. (2001).** *The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomized trials.* *Lancet*; 357: 1191-1194.
57. **WEISSERT W.G. & HEDRICK S.C. (1994).** *Lessons learned from research on effects of community-based long-term care.* *J Am Geriatr Soc*; 42 : 348-353.
58. **Canadian Health Services Research Foundation (2003).** *The path for restructuring primary healthcare services in Canada.* Ottawa: CHSRF.
59. **Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (2003).** *Le plan montréalais d'amélioration de la santé et du bien-être 2003-2006, « la santé en actions ».* [en ligne]. Québec: Bibliothèque nationale du Québec; 134-135 [consulté 2006 le 19 janvier]; disponible: URL: http://www.santemontreal.qc.ca/fr/planstrategie/s_ss.htm.

-
60. FRIEDMAN R. & KALANT N. (1998). *Comparison of long-term care in an acute care institution and in a long-term care institution. Can Med Assoc J; 159: 1107-1113.*
61. KANE R.L., KANE R.A., FINCH M., HARRINGTON C., NEWCOMER R., MILLER N. ET AL. (1997). *SHMOs, the second generation: Building on the experience of the first social health maintenance organization demonstrations. J Am Geriatr Soc; 45: 101-107.*
62. CHATTERJI P., BURSTEIN N.R., KIDDER D. & WHITE A. (1998). *Evaluation of the program of all-inclusive care for the elderly (PACE) demonstration: the impact of PACE on participant outcomes. Cambridge, MA: Abt Associates.*
63. WHITE A.J., ABEL Y. & KIDDER D. (2000). *Evaluation of the program of all-inclusive care for the elderly demonstration. A comparison of the PACE capitation rates to projected costs in the first year of enrolment. Final report. Cambridge, MA: Abt Associates.*
64. WIELAND D., LAMB V.L., SUTTON S.R., BOLAND R., CLARK M., FRIEDMAN S. ET AL. *Hospitalization in the program of all-inclusive care for the elderly (PACE): rates, concomitants, and predictors. J Am Geriatr Soc; 48: 1373-1380.*
65. BERNABEI R., LANDI F., GAMBASSI G., SGADARI A., ZUCCALA G., MOR V. ET AL. (1998). *Randomized trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. Br Med J 1998; 316: 1348-1351.*
66. LANDI F., GAMBASSI G., POLA R., TABACCANTI S., CAVINATO T., CARBONIN P. ET AL. (1999). *Impact of integrated home care services on hospital use. J Am Geriatr Soc; 47: 1430-1434.*
67. BÉLAND F. BERGMAN H., LEBEL P., CLARFIELD A.M., TOUSIGNANT P., CONTANDRIOPOULOS A.P., DALLAIRE L. (2006). *A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: Results from a randomized controlled trial. Journals of Gerontology: Medical Sciences; 61: 367-373.*