

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Mesures d'efficience d'un réseau intégré de services
pour les personnes âgées

par

Suzanne Durand

Thèse présentée à la Faculté d'administration

comme exigence partielle
du doctorat en administration (DBA)
offert conjointement par l'Université de Sherbrooke
et l'Université du Québec à Trois-Rivières

Juin 2010

© Suzanne Durand 2010

VII 779



Library and Archives
Canada

Published Heritage
Branch

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Direction du
Patrimoine de l'édition

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file *Votre référence*
ISBN: 978-0-494-70612-1
Our file *Notre référence*
ISBN: 978-0-494-70612-1

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.


Canada

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'administration

Mesures d'efficience d'un réseau intégré de services
pour les personnes âgées

Suzanne Durand

Cette thèse a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Chantale Roy	Présidente du jury
Danièle Blanchette	Codirectrice de recherche
Martin Buteau	Codirecteur de recherche
Réjean Hébert	Codirecteur de recherche
Hélène Bergeron	Membre du jury
André Tourigny	Examineur externe
Lysette Trahan	Représentante du milieu

SOMMAIRE

Un réseau intégré de services convient bien aux besoins multiples et complexes des personnes âgées. Cette importante réorganisation de l'offre des services sociaux et de santé pourrait, logiquement, favoriser l'efficacité. Toutefois la littérature n'a pas encore fourni suffisamment d'évidences pour démontrer cette affirmation.

Nous avons exploré les besoins quant à l'évaluation des réseaux intégrés de services pour les personnes âgées (RISPA) de type coordination. La population, le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec et les acteurs du système de santé et de services sociaux (SSSS) s'intéressent grandement à l'évaluation de leur efficacité. Cependant, les informations nécessaires à la réalisation de cette évaluation ne sont pas disponibles dans les systèmes d'information actuels.

Notre recherche quasi-expérimentale, réalisée en collaboration avec le Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie (PRISMA), visant à vérifier si le RISPA de type coordination permet une utilisation plus efficace des ressources, se distingue des recherches antérieures, entre autres, par son approche populationnelle, la taille de son échantillon (1 500 personnes âgées) et sa durée, les quatre premières années d'un RISPA ayant atteint un degré moyen de mise en œuvre de 78 % à la fin de la troisième année.

Par ailleurs, plusieurs mesures témoignant de l'état des personnes âgées et de leurs aidants ont été recueillies lors de rencontres annuelles et un processus bimensuel d'auto-déclaration assistée a permis d'identifier la quantité et le type des services ayant été fournis aux personnes âgées. Nous avons retenu tous les services dont l'utilisation était susceptible d'être influencée par le RISPA. À notre connaissance, notre recherche est la première ayant adopté une approche sociétale pour évaluer un

si grand nombre de services fournis aux personnes âgées. La valorisation des services publics et privés a été réalisée à l'aide de coûts d'opportunité ou de coûts de remplacement. Dans la mesure du possible, nous avons établi des coûts normalisés complets. Les services fournis bénévolement par les proches ont été valorisés selon trois scénarios : valeur nulle, prix du marché privé, prix du marché privé avec ajustement pour la surveillance, évitant ainsi la double prise en compte de conséquences vécues par les conjoints aidants.

Les mesures proposées sont des mesures de l'efficacité de production qui mettent en relation les coûts différentiels et les effets différentiels produits par le RISPA pour les personnes âgées et leurs aidants. Les coûts différentiels combinent les coûts d'implantation et de fonctionnement du RISPA, pour la région expérimentale, à la comparaison des coûts des services fournis aux personnes âgées dans les régions expérimentale et de comparaison. Des analyses statistiques, basées sur les modèles de croissance, ont permis d'établir que le RISPA n'avait pas affecté les coûts annuels totaux par personne âgée.

Une fois l'équivalence dans les coûts démontrée, une plus grande efficacité peut être constatée si les effets associés au RISPA dans la région expérimentale sont supérieurs à ceux de la région de comparaison. Nous avons analysé, à l'aide des modèles de croissance, six effets sur l'état des personnes âgées et un sur l'état de leurs aidants. Ces analyses ont permis de démontrer que : considérant le déclin fonctionnel, la satisfaction, l'autonomisation et les besoins non comblés des personnes âgées, le RISPA de type coordination permet une utilisation plus efficace des ressources publiques, privées et bénévoles ; considérant le niveau d'autonomie fonctionnelle, ce RISPA permet une utilisation autant efficace des mêmes ressources ; considérant le fonctionnement social et le fardeau des aidants, ce RISPA peut entraîner une utilisation moins efficace des mêmes ressources.

En comparant les proportions des sources de financement (publiques, privées et bénévoles) des coûts annuels totaux, nous avons démontré que l'efficacité n'avait pas été réalisée au détriment d'une de ces sources de financement.

Les résultats de notre recherche fournissent des preuves pour étayer l'efficacité des RISPA de type coordination ainsi que l'efficacité de l'intégration des services actuellement peu appuyée empiriquement dans la littérature. Ces résultats seront très utiles pour tous les acteurs du SSSS.

Mots-clés : mesures d'efficacité, coût d'implantation de l'intégration des services de santé, coût des services sociaux et de santé, réseau intégré de services pour les personnes âgées, impact économique de l'intégration des services de santé.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	3
TABLE DES MATIÈRES	6
LISTE DES TABLEAUX	11
LISTE DES FIGURES	13
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	14
REMERCIEMENTS	17
INTRODUCTION	18
CHAPITRE PREMIER PROBLÉMATIQUE MANAGÉRIALE	27
1. L'ÉVALUATION PRÉVUE ET RÉALISÉE DANS LES MILIEUX CONCERNÉS	28
1.1 Le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec.....	28
1.2 Les Agences de la santé et des services sociaux	32
2. LA CONSULTATION AUPRÈS DES PRINCIPAUX ACTEURS DES RISPA	35
3. LE CADRE DE RÉFÉRENCE DÉVELOPPÉ	37
4. LES PRINCIPAUX RÉSULTATS DE LA CONSULTATION.....	40
4.1 Les participants	40
4.2 Les définitions, objets d'évaluation et informations utiles	41
4.3 Les objectifs de l'évaluation des RISPA.....	45
5. LES BESOINS EN ÉVALUATION DES RISPA	46
5.1 Le niveau stratégique des grandes orientations.....	47
5.2 Les niveaux stratégique, tactique et clinique	48
5.3 Les bénéficiaires potentiels	50
5.4 La synthèse des besoins en évaluation des RISPA	50
6. LA QUESTION DE RECHERCHE.....	51
7. LA PERTINENCE DE LA RECHERCHE	53

CHAPITRE DEUXIÈME CONTEXTE THÉORIQUE	55
1. LES RÉSEAUX INTÉGRÉS DE SERVICES	55
1.1 Les éléments de définition	56
1.2 Les types de RIS	64
1.3 Les composantes d'un RIS de type coordination.....	67
2. L'ÉVALUATION	72
2.1 Les typologies de l'évaluation	74
2.2 L'utilité de l'évaluation.....	76
3. L'EFFICIENCE.....	79
3.1 Les définitions.....	79
3.2 Les concepts liés à l'efficience	81
3.3 La typologie de l'efficience	89
4. LA MESURE DE L'EFFICIENCE	95
4.1 La mesure de l'efficience d'un RISPA	97
5. LES ÉVALUATIONS DE RISPA DÉJÀ RÉALISÉES	103
5.1 Les RISPA de type intégration complète.....	104
5.2 Le RISPA de type coordination	117
5.3 La synthèse des principaux résultats.....	120
6. LES HYPOTHÈSES DE RECHERCHE.....	129
CHAPITRE TROISIÈME CADRE OPÉRATOIRE	132
1. LES FONDEMENTS ÉPISTÉMOLOGIQUES ET MÉTHODOLOGIQUES	132
2. LE MILIEU DE LA RECHERCHE.....	134
3. L'ÉCHANTILLON.....	139
3.1 Les critères d'échantillonnage	140
4. LA COLLECTE DES DONNÉES.....	141
4.1 Les modes de collecte des données.....	141
4.2 Les coûts	144
4.3 L'autonomie fonctionnelle.....	173
4.4 Le déclin fonctionnel	174

4.5	Le fonctionnement social	174
4.6	La satisfaction des personnes âgées	175
4.7	L'autonomisation des personnes âgées	176
4.8	Les besoins non comblés.....	177
4.9	Le fardeau des aidants.....	178
5.	LE TRAITEMENT DES DONNÉES	179
5.1	L'hypothèse 1.....	181
5.2	L'hypothèse 2.....	185
5.3	Les hypothèses 3 et 4	186
6.	LA RIGUEUR SCIENTIFIQUE.....	186
6.1	La validité et la fiabilité des mesures.....	187
6.2	La validité interne	188
6.3	La fiabilité globale de la recherche	190
6.4	La validité externe.....	191
7.	LES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	194
	CHAPITRE QUATRIÈME RÉSULTATS.....	196
1.	LES PARTICIPANTS ET LES AIDANTS.....	196
1.1	Les participants	196
1.2	Les aidants.....	206
2.	LES COÛTS ANNUELS TOTAUX	208
3.	LES EFFETS POUR LES PERSONNES ÂGÉES ET LES AIDANTS	217
3.1	L'autonomie fonctionnelle.....	217
3.2	La satisfaction des personnes âgées	218
3.3	L'autonomisation des personnes âgées	218
3.4	Le fardeau des aidants.....	219
3.5	Le déclin fonctionnel	219
3.6	Les besoins non comblés.....	220
3.7	Le fonctionnement social	223
4.	LA COMPOSITION DES COÛTS TOTAUX.....	224

5.	LES COÛTS DES SERVICES PUBLICS INSTITUTIONNELS	230
6.	LES COÛTS DES SERVICES PUBLICS DE PROXIMITÉ	232
	CHAPITRE CINQUIÈME DISCUSSION	236
1.	LA VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES	236
1.1	L'efficience du RISPA	236
1.2	La substitution parmi les sources de financement	254
1.3	La variation dans les services publics institutionnels	258
1.4	La variation dans les services publics de proximité.....	260
2.	LA CONTRIBUTION ET LES DÉVELOPPEMENTS FUTURS.....	261
2.1	La contribution de la recherche.....	261
2.2	Les développements futurs dans le cadre du PRISMA-Estrie	263
2.3	Les autres développements futurs	265
3.	LES FORCES ET LES FAIBLESSES DE NOTRE RECHERCHE.....	265
3.1	Les forces	266
3.2	Les faiblesses	267
	CONCLUSION.....	271
	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	274
	ANNEXE A LE DOCUMENT POUR LA CONSULTATION SUR LES BESOINS EN ÉVALUATION (INCLUANT GRILLE D'ENTREVUE)	304
	ANNEXE B LE RÉSUMÉ DES MODÈLES D'INTÉGRATION.....	306
	ANNEXE C LE RÉSUMÉ DES DIMENSIONS DE PERFORMANCE.....	310
	ANNEXE D LE RÉSUMÉ DES DIMENSIONS DE PERFORMANCE, SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX.....	314
	ANNEXE E LES GRILLES POUR LES SUIVIS TÉLÉPHONIQUES.....	318
	ANNEXE F LA COMPILATION DÉTAILLÉE DES COÛTS D'IMPLANTATION ET DE FONCTIONNEMENT DU RISPA.....	323

ANNEXE G LES SOURCES DES UTILISATIONS ET DES COÛTS UNITAIRES DES SERVICES.....	331
ANNEXE H LE SMAF INCAPACITÉ ET HANDICAP.....	341
ANNEXE I LES COÛTS UNITAIRES.....	344
ANNEXE J LETTRES DE CONSENTEMENT DES PARTICIPANTS.....	350
ANNEXE K LES ANALYSES DE CROISSANCE RÉALISÉES PAR HÉBERT ET AL. (2009)	367
ANNEXE L LES ANALYSES DE CROISSANCE ILLUSTRÉES PAR HÉBERT ET AL. (2007).....	369
ANNEXE M LA PRÉVALENCE DU DÉCLIN FONCTIONNEL.....	372

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Les groupes intéressés aux RISPA	36
Tableau 2	Les fréquences des propositions pour les questions 1, 2 et 4	42
Tableau 3	Les fréquences des propositions pour la question 3	46
Tableau 4	Les types d'analyses économiques	100
Tableau 5	La synthèse des types de dépenses de proximité et des sources de financement.....	122
Tableau 6	La synthèse des résultats relatifs au coût et à l'utilisation des services	125
Tableau 7	La synthèse des effets pour les clients	127
Tableau 8	Les caractéristiques des MRC expérimentales	136
Tableau 9	Le coût quotidien de la concertation et de la porte d'entrée unique en 2005	149
Tableau 10	Le coût quotidien de la gestion de cas et du DCI en 2005	150
Tableau 11	La description des milieux de vie	154
Tableau 12	La liste des services évalués (de proximité / institutionnels)	155
Tableau 13	Les coûts unitaires pour différents services hospitaliers	167
Tableau 14	Le recrutement des participants	197
Tableau 15	Les statistiques descriptives des participants.....	199
Tableau 16	Le suivi du nombre de participants.....	203
Tableau 17	La composition annuelle des échantillons régionaux	204
Tableau 18	Les statistiques descriptives des aidants	207
Tableau 19	Les coûts annuels moyens par catégorie – scénario A	210
Tableau 20	Les coûts annuels moyens par catégorie – scénario B.....	211
Tableau 21	Les coûts annuels moyens par catégorie – scénario C.....	212
Tableau 22	Les analyses de croissance des coûts annuels totaux.....	215
Tableau 23	Les analyses de croissance des besoins non comblés	221
Tableau 24	Les analyses de croissance du fonctionnement social	223
Tableau 25	Les analyses de croissance des proportions de coûts publics	226
Tableau 26	Les analyses de croissance des proportions de coûts privés.....	228

Tableau 27	Les analyses de croissance des coûts totaux des services publics de proximité.....	233
Tableau 28	La synthèse des sept mesures d'efficience d'un RISPA.....	253

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Le cadre de référence de l'évaluation des RISPA.....	39
Figure 2	Le réseau intégré de services aux personnes âgées, modèle PRISMA	68
Figure 3	L'illustration de productivité, efficacité et efficience d'un système de santé.....	86
Figure 4	L'illustration des types d'efficience.....	91
Figure 5	Le cadre d'analyse de l'efficience d'un RISPA.....	99
Figure 6	L'évolution dans les milieux de vie	202
Figure 7	Les courbes de survie	206
Figure 8	Les coûts annuels totaux moyens.....	214
Figure 9	L'évolution des coûts annuels totaux (modélisation du ln)	216
Figure 10	Les scores handicap moyens et l'évolution des besoins non comblés (modélisation du ln)	222
Figure 11	L'évolution du score incapacité du fonctionnement social.....	224
Figure 12	Les répartitions des proportions moyennes par type de financement	225
Figure 13	L'évolution des proportions de coûts publics	227
Figure 14	L'évolution des proportions de coûts privés	229
Figure 15	Les pourcentages d'utilisateurs des services publics institutionnels	231
Figure 16	Les coûts annuels totaux moyens des services publics institutionnels ..	232
Figure 17	Les coûts annuels totaux moyens et l'évolution des coûts des services publics de proximité (modélisation du ln)	234

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

ACA	Analyse coût-avantage, aussi analyse coût-bénéfice (<i>cost-benefit analysis</i>)
ACC	Analyse coût-conséquence
ACE	Analyse coût-efficacité
ACU	Analyse coût-utilité
Agence	Agence de la santé et des services sociaux
AMC	Analyse de minimisation des coûts
AVD	Activités de la vie domestique
AVQ	Activités de la vie quotidienne
CH	Centre hospitalier
CHSG	Centre hospitalier de soins généraux
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHOICE	Comprehensive home option of integrated care for the elderly (programme)
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CR	Centre de réadaptation
CRV	Centre de recherche sur le vieillissement de l'IUGS
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DAP	Disposition à payer (méthode)
DCI	Dossier clinique informatisé
DEA	Méthode <i>data envelopment analysis</i> (enveloppement des données)

GC	Programme avec gestionnaires de cas sans rôle de contrôle financier
GCF	Programme avec gestionnaires de cas avec rôle de contrôle financier
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
I-CLSC	Base de données Intégration-CLSC
IUGS	Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
MDS-HC	Minimum data set for home care (système de mesure)
MMSE	<i>Mini Mental State Examination</i>
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux du Québec
OBNL	Organisation à but non lucratif
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OÉMC	Outil d'évaluation multiclientèle
OMS	Organisation mondiale de la santé
OSIRSIPA	Outil de suivi de l'implantation des RSIPA
PACE	Program of all-inclusive care for the elderly
PALV	Programme - perte d'autonomie liée au vieillissement
PRISMA	Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie
PSI	Plan de services individualisé
QALY	Quality-adjusted life-years (mesure d'utilité)
RAMQ	Régie de l'assurance-maladie du Québec
RIS	Réseau intégré de services
RISPA	Réseau intégré de services pour les personnes âgées
ROI	Ratio de retour sur l'investissement (<i>return on investment</i>)
RSIPA	Réseau de services intégrés pour les personnes âgées

SHMO	Social health maintenance organization
SIGG	Système d'information géronto-gériatrique
SIPA	Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
SMP	Système de mesure de la performance
SNHC	Silver network home care project
SNI	Ensemble de dispensateurs de services non intégrés
SSSS	Système de santé et des services sociaux
UCDG	Unité de courte durée gériatrique
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
ZBI	<i>Zarit burden interview</i> , questionnaire de Zarit sur le fardeau des aidants

REMERCIEMENTS

Les soins aux personnes âgées, tout comme la réalisation d'une thèse de doctorat, sont une affaire de famille. J'ai eu la chance de bénéficier de l'appui de plusieurs familles et je tiens à les remercier pour le bonheur d'avoir mené à terme cette recherche avec leur aide et leurs encouragements.

La grande équipe du PRISMA sans qui rien n'aurait été possible ; son coordonnateur, Michel Raïche, et ses statisticiennes Marie-France Dubois et N'Deye Rokhaya Gueye, m'ont beaucoup aidée. Ma directrice de recherche Dr Danièle Blanchette et mes co-directeurs Dr Réjean Hébert et Dr Martin Buteau ont réalisé un très bon travail d'équipe, ils ont su m'orienter et me soutenir dans mes nombreux questionnements.

Mes parents, Florent et Jacqueline, qui m'ont appris l'importance de la persévérance et du travail bien fait. Mon conjoint Denis et mes filles Pascali et Mariève qui ont fait preuve de beaucoup de compréhension et m'ont toujours appuyée dans les hauts comme dans les bas.

Finalement, ma nouvelle famille de travail, mes collègues du département des sciences de la gestion de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue qui ont pris garde de ne pas me surcharger de travail pour me permettre de compléter la rédaction de ma thèse et qui, par l'exemple ou les conseils judicieux, m'ont bien encouragée.

INTRODUCTION

Le vieillissement démographique de la population, l'augmentation de l'espérance de vie et l'accroissement de l'incidence des handicaps, expliquent la croissance des besoins de services de santé et de services sociaux pour les personnes âgées (Hébert, 2001). De plus, le modèle familial ayant subi des transformations profondes, la famille n'est plus en mesure de prendre en charge ses parents en perte d'autonomie comme elle le faisait par le passé (Laville et Nyssens, 2001).

Ainsi, les besoins des personnes âgées en termes de soins de santé et de services sociaux croissent rapidement, mais le financement de ces services n'augmente pas tout aussi rapidement (Larivière, 2001; MSSS, 2001). Dans un contexte où les ressources sont limitées, l'efficience, est au premier plan des préoccupations des gouvernements et de la population (Blank, 2000; Contandriopoulos, Denis et Touati, 2002; Fouilleul et Matheron, 1992; Hurst et Jee-Hugues, 2000; Ittner et Larcker, 1998; Lynch et Cross, 1991; MacAdam, 2008; Martin et Kettner, 1996; Sicotte, Champagne, Contandriopoulos, Barnsley, Béland, Leggat, Denis, Bilodeau, Langley, Brémond et Baker, 1998; Voyer, 1999).

L'intégration des services est pressentie comme un moyen pour améliorer l'efficience des SSSS (Ackerman, 1992; Béland, Bergman et Lebel, 2001; Bourgueil, Brémond, Develay, Grignon, Midy, Naiditch et Polton, 2001; Corson, Grannemann, Holden et Thornton, 1986; Frossard, Boitard et Jasso Mosqueda, 2001; Hollander et Chappel, 2002; Johri, Béland et Bergman, 2003; Kane, 2002; Kane, Illston et Miller, 1992; Kodner, 2002; Leatt, 2002; Monette, Béland, Bergman, LeCruguel et Benyhamadi, 2001; Wieland, Lamb, Sutton, Boland, Clark, Friedman, Brummet-Smith et Eleazer, 2000). La complexité croissante de ces systèmes et des besoins des personnes âgées (Hébert, Durand, Dubuc, Tourigny et le groupe PRISMA, 2003a), appuie l'importance de l'intégration des services. Par ailleurs, cette intégration ne

serait pas une mode passagère, selon Leatt, Aird et Lemieux-Charles (1996) et O'Toole (1997). Pour l'avenir, les canadiens ont besoin d'un système de santé plus intégré (Romanow, 2002). Pour Ackerman (1992), le système de santé intégré régionalement est le modèle du futur tandis que Kodner (2002) considère que l'intégration est la pierre d'assise des réformes des soins aux personnes âgées.

À travers le monde, différentes formes d'intégration ont récemment été développées (Fleury, 2005; Nies, 2004a; Ortiz, Fottler et Hofler, 2005; Pointer, Alexander et Zuckerman, 1995). Selon Kodner et Spreeuwenberg (2002), tant aux États-Unis qu'en Europe et ailleurs, l'intégration des services retient l'attention en tant que cadre prometteur pour développer un SSSS plus efficace et plus efficient. Leutz (1999) propose un continuum d'intensité d'intégration, dont le niveau inférieur consiste en une *liaison* qui peut se concrétiser dans un protocole facilitant la référence et la collaboration nécessaires pour répondre aux besoins des patients. Le niveau supérieur, *l'intégration complète*, décrit un établissement qui se rend responsable de tous les services répondant aux besoins des patients. Ces services sont dispensés par les employés de l'établissement ou des employés (ou organisations) engagés à contrat par l'établissement intégré. Ce dernier est donc niché dans un espace particulier et il fonctionne parallèlement au SSSS (Hébert *et al.*, 2003a). Ce modèle (niveau) d'intégration s'est développé progressivement au cours des vingt dernières années aux États-Unis, sous la dénomination de *Program of All-inclusive Care for the Elderly* (PACE), et en Europe. Leutz (1999) décrit aussi un niveau d'intensité intermédiaire nommé *coordination* qui consiste en des mécanismes et des structures servant à gérer les services répondant aux besoins complexes et évolutifs des patients d'une façon coordonnée. Ce modèle est imbriqué à l'intérieur du SSSS (Hébert *et al.*, 2003a).

Le modèle de coordination correspond aux orientations proposées par le ministère de la santé et des services sociaux du Québec (MSSS) quant aux services pour les personnes âgées (MSSS, 2001, 2005). Ainsi, les initiatives d'intégration des

services aux personnes âgées, qui ont progressivement été développées au Québec depuis 2001, s'apparentent principalement à ce modèle. Elles se concrétisent par la constitution de RISPA dont les assises sont locales, un territoire de municipalité régionale de comté (MRC), et dont les ramifications s'étendent à toute la région administrative. Dans ce réseau, tous les établissements du SSSS public d'une région qui desservent des clientèles variées, incluant les personnes âgées, et qui poursuivent différentes missions, centre hospitalier (CH), centre local de services communautaires (CLSC), centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et centre de réadaptation (CR), s'allient entre eux et, avec les organisations des secteurs privé et communautaire concernées, pour offrir une gamme complète de services, de façon coordonnée, à l'ensemble des personnes âgées du territoire.

L'évaluation préconisée pour le SSSS (Commission Clair, 2000 ; MSSS, 2001, 2005) est une fonction essentielle à la gestion (Atkinson et Epstein, 2000). Toutefois, dans le cas des RISPA, elle joue un rôle critique (Provan et Milward, 2001). Le RISPA est une nouvelle forme d'organisation (Ortiz *et al.*, 2005 ; Pointer *et al.*, 1995), son corpus de connaissances en est à ses débuts (Nies et Berman, 2004). Aussi, le RISPA provoque des changements profonds, Lamothe (2002) parle de changement de paradigme, l'adoption d'une logique de services plutôt qu'une logique d'établissement. En tant que modèle d'organisation prometteur (Kodner, 2002 ; Kodner *et al.*, 2002 ; Vondeling, 2004), d'intérêt public (Provan et Milward, 1995), il est important d'évaluer les RISPA (Larivière, 2001).

Il est essentiel que l'évaluation porte sur le réseau dans son ensemble (Leatt, Pink et Guerriere, 2000; O'Toole, 1997 ; Provan *et al.*, 1995, 2001; Shortell, Gillies, Anderson, Erickson et Mitchell, 2000). L'efficacité et l'efficacités ne dépendent pas seulement de l'efficacité et de l'efficacités des composantes du réseau, mais aussi de la façon dont le réseau de prestation est structuré (Hollander *et al.*, 2002). Selon Nerenz et Zajac (1991) : « a system is more than the sum of its parts, measuring system performance is more than measuring the performance of the system's

individual components.¹ » (p. 11). Le système étant responsable de l'ensemble des soins de santé, la combinaison de services dispensés, leurs interactions et la relation dans le temps sont fondamentales (*ibid*, p. 11). De plus, cette responsabilité de répondre aux besoins des patients demeure même si les besoins excèdent ses capacités (*ibid*, p. 11). Par ailleurs, Shortell *et al.* (2000) soulignent qu'une évaluation de la performance globale du RISPA a l'avantage de renforcer la vision d'ensemble du réseau qui elle-même favorise l'efficacité.

Pour être en mesure d'évaluer les RISPA, les théories et modèles conventionnels doivent être adaptés à leur contexte spécifique (O'Toole, 1997) qui se caractérise par un changement de responsabilités (Pointer *et al.*, 1995) dorénavant partagées par des organisations aux vocations différentes et appartenant à des secteurs variés. Certains auteurs soulignent la complexité (Provan *et al.*, 2001) et la difficulté (Leatt, 2002 ; Moscovice, Christianson et Wellever, 1995; Provan *et al.*, 1995) de réaliser une évaluation appropriée de la performance des réseaux intégrés de services (RIS), particulièrement en ce qui a trait aux avantages économiques (Reuben, 2006) ou à l'efficacité (Frossard, 1996 ; Landi, Lattanzio, Gambassi, Zuccala, Sgadari, Panfilo, Ruffilli et Bernabei, 1999b). Par ailleurs, quelques auteurs soulignent le manque d'accord sur la façon d'évaluer les RIS (Provan *et al.*, 2001), le manque d'études à ce sujet (Leatt *et al.*, 1996, 2000; Leggat et Leatt, 1996 ; Ortiz *et al.*, 2005 ; Provan *et al.*, 2001 ; Reed, Cook, Childs et McCormack, 2005) ou la faiblesse méthodologique du peu d'études réalisées à ce jour (Béland, Bergman, Dallaire, Fletcher, Lebel, Monette, Denis, Contandriopoulos, Cimon, Bureau, Bouvier et Dubois, 2004 ; Moscovice *et al.*, 1995; Provan *et al.*, 1995).

La performance est un concept multidimensionnel (Balkcom, Ittner et Larcker, 1997) qui, selon les auteurs, compte l'efficacité parmi ses dimensions ou critères (Morin, Savoie et Beaudin, 1994 ; Voyer, 1999), ou est synonyme

¹ Traduction libre : un système est plus que la somme de ses parties, mesurer la performance d'un système demande plus que de mesurer la performance de chacune de ses composantes.

d'efficience ou d'efficacité (Boisvert, 1999 ; Cameron et Whetten, 1983 ; Morin *et al.*, 1994 ; Voyer, 1999). Sur le plan de l'évaluation des RIS, plusieurs soulignent l'importance de l'efficience (Bourgueil *et al.*, 2001; Contandriopoulos *et al.*, 2002 ; Nies, 2004a ; Pointer, *et al.*, 1995) ou de l'évaluation économique qui la sous-tend (Durand, Lemay, Tourigny, Bonin, Paradis, 2001a ; Marriott et Mable, 1998; Vondeling, 2004). L'efficience constitue une mesure de la performance globale digne d'intérêt. Elle illustre la relation entre les intrants (ressources financières, humaines et matérielles) et les extrants (Boisvert, 1999; Gianfaldoni, 1992; Ménard, Arsenault, Joly et Sylvain, 1994 ; Morin, Guindon et Boulianne, 1996) qui sont la concrétisation de l'efficacité.

Dans le domaine des services, on ne peut déterminer un ratio extrant/intrant optimal, d'où l'impossibilité de déterminer une mesure d'efficience absolue (Sherman, 1988). Pour mesurer l'efficience d'un RISPA, il est essentiel d'identifier ses effets différentiels par rapport à une offre de services non intégrés, tant sur le plan des intrants que sur le plan des extrants (Bourgueil *et al.*, 2001; Drummond, O'Brien, Stoddart et Torrance, 1998). La mesure de l'efficience d'un RISPA présente alors de nombreux défis, soulignons les trois principaux : l'identification et la mesure du coût des ressources (intrants) pertinentes, l'identification et la mesure des résultats (extrants) pertinents et l'existence d'un groupe de comparaison servant à l'analyse différentielle (Moscovice *et al.*, 1995).

Sur le plan des coûts, toutes les ressources impliquées dans l'intégration des services doivent être évaluées, notamment les ressources nécessaires à l'implantation et au fonctionnement du RISPA. De plus, le RISPA exerce une influence sur les types, les quantités ou les sources des services dispensés aux personnes âgées, provoquant certaines variations dans l'utilisation des ressources. Il peut affecter les dépenses d'hébergement de la personne âgée, car il vise, entre autres, à éviter ou retarder l'institutionnalisation de la personne âgée, son admission en CHSLD, par une offre de services appropriés à domicile ou à proximité du domicile (Béland, *et al.*,

2001 ; Corson *et al.*, 1986 ; Hébert, 2001 ; Kane *et al.*, 1992). L'ensemble des coûts d'hébergement, de soins et de services reçus par les personnes âgées domiciliées sur le territoire du RISPA doit donc être considéré afin de pouvoir identifier les différences de coûts qu'il occasionne. Une partie importante des soins et des services est dispensée par d'autres sources que le secteur public, notamment des agences privées, des organisations bénévoles et l'entourage des personnes âgées (Béland *et al.*, 2004 ; The Canadian study of health and aging working group, 2001 ; Carrière et Martel, 2004 ; Petite et Weber, 2006 ; Thornton, Miller Dunstan et Kemper, 1988 ; Vaillancourt et Jetté, 2001). Puisqu'ils font partie des ressources normalement mobilisées par le RISPA, tous ces soins et services influent sur ses résultats. Ainsi, pour l'évaluation des coûts, il est essentiel de considérer la variation dans l'utilisation de toutes ces ressources publiques, privées et bénévoles.

Dans le secteur de la santé et des services sociaux, il est difficile d'établir le lien de causalité entre les interventions et les effets qu'elles produisent pour les bénéficiaires (Fottler, 1987 ; Friedman et Goes, 2001, dans Leatt, 2002). Cette difficulté est exacerbée par l'ampleur de l'unité d'analyse (nombreux établissements et intervenants) lorsqu'il s'agit d'un RISPA. Deux moyens peuvent être envisagés afin de contrer cette difficulté majeure. D'abord, l'utilisation de plusieurs types de mesures de résultats afin d'obtenir un portrait assez global des effets du RISPA sur la population visée. Deuxièmement, le recours à un dispositif d'étude expérimental ou quasi-expérimental avec groupe de comparaison (Béland *et al.*, 2004 ; Vondeling, 2004) basé sur un échantillon assez important pour neutraliser l'influence des facteurs autres que la présence du RISPA et couvrant une période assez longue pour que les effets de ce dernier puissent s'être concrétisés (Moscovice *et al.*, 1995 ; Wan, Ma et Lin, 2001). Ces deux solutions prennent donc en compte l'importance de la mesure des résultats pertinents ainsi que l'existence d'un groupe de comparaison.

Dans les écrits, l'évaluation de l'efficacité des expériences d'intégration des services, tout comme l'évaluation des aspects économiques de ces expériences, sont

peu abondantes (Bernabei, Landi, Gambassi, Sgadari, Zuccala, Mor, Rubenstein et Carbonin, 1998 ; Frossard et Boitard, 1997 ; Landi, Gambassi, Pola, Tabaccanti, Cavinato, Carbonin et Bernabei, 1999a ; Vondeling, 2004). À notre connaissance, aucune étude portant sur les expériences d'intégration des services de type coordination comme les RISPA ne visait la mesure de son efficacité. Il en est de même pour les études portant sur des modèles d'intégration complète. Bien que les auteurs de certaines études (Béland *et al.*, 2001 ; Bergman, 2002 ; Challis, Darton, Johnson, Stone et Traske, 1991b ; Landi *et al.*, 1999b) aient conclu à l'efficacité du modèle étudié, elles présentent quelques faiblesses méthodologiques en lien avec les exigences discutées dans les paragraphes précédents.

La plupart des études consultées négligent les dépenses nécessaires pour mettre en œuvre l'intégration que nous qualifions de coût d'implantation. Les budgets d'implantation de l'expérimentation Système de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA) ne sont pas rapportés dans les résultats de Béland *et al.* (2001, 2004). Seuls Bernabei *et al.* (1998) ont considéré les coûts en capital. Plusieurs études se limitent aux coûts assumés par le secteur public (Bernabei *et al.*, 1998 ; Landi *et al.*, 1999a ; Pinnel Beaulne Associates Ltd, 1998). Béland *et al.* (2001), Challis *et al.* (1991b) et Thornton *et al.* (1988) ont considéré les frais assumés par les personnes âgées et leurs familles. Cependant, toutes les études consultées ont négligé l'évaluation des coûts des soins dispensés par le secteur bénévole ou l'entourage des personnes âgées. Par ailleurs, il n'y aurait pas de méthode consensuelle pour le faire, selon Thornton *et al.* (1988).

Nous avons aussi relevé des faiblesses quant aux échantillons, un nombre de participants inférieur à 250 personnes âgées (Bernabei *et al.*, 1998 ; Challis *et al.*, 1991b ; Landi *et al.*, 1999a ; Pinnel Beaulne Associates Ltd, 1998), l'absence de groupe de comparaison (Pinnel, Beaulne Associates Ltd, 1998 ; Landi *et al.*, 1999a) et, de façon généralisée, le recrutement de participants n'est pas fait à partir de l'ensemble de la population âgée, seules les personnes inscrites à un programme

particulier pouvant faire partie de l'échantillon (Béland *et al.*, 2001 ; Bernabei *et al.*, 1998 ; Branch, Coulam et Zimmerman, 1995 ; Challis, Darton, Johnson, Stone et Traske, 1991a ; Corson *et al.*, 1986 ; Durand *et al.*, 2001a ; Landi, Onder, Russo, Tabaccanti, Rollo, Federici, Tua, Casari et Bernabei, 2001 ; Landi *et al.*, 1999a,b ; Manton, Newcomer, Lowrimore, Vertrees et Harrington, 1993 ; Newcomer, Manton, Harrington, Yordi et Vertrees, 1995 ; Pinnel Beaulne Associates Ltd, 1998).

Deux autres faiblesses méthodologiques sont fréquentes. Aucune évaluation préalable de la conformité de l'implantation du modèle, ou d'un degré de mise en œuvre atteint, n'est mentionnée (Béland *et al.*, 2001, 2004 ; Bergman, 2002 ; Branch *et al.*, 1995 ; Bernabei *et al.*, 1998 ; Bodenheimer, 1999 ; Challis *et al.*, 1991a,b ; Corson *et al.*, 1986 ; Dowd, Hillson, VonSternberg et Fischer, 1999 ; Eng, Pedulla, Eleazer, McCann et Fox, 1997 ; Kane *et al.*, 1992 ; Kemper, 1990 ; Landi *et al.*, 1999a,b, 2001 ; Leutz, Greenlick et Capitman, 1994 ; Manton *et al.*, 1993 ; Newcomer *et al.*, 1995 ; Pinnel Beaulne Associates Ltd, 1998 ; Thornton *et al.*, 1988). Deuxièmement, considérant que l'intégration des services est un processus complexe et long (Contandriopoulos *et al.*, 2002 ; Demers, Dupuis et Poirier, 2002), les résultats ne sont pas perceptibles à court terme, mais on peut anticiper des effets substantiels à plus long terme (Desbiens et Dagenais, 2001). Une étude longitudinale est essentielle pour saisir ces effets. Toutefois, certaines études portent sur moins d'un an (Challis *et al.*, 1991b ; Landi *et al.*, 1999a,b ; Pinnel Beaulne Associates Ltd, 1998) et d'autres moins de deux ans (Béland *et al.*, 2001, 2004 ; Bergman, 2002 ; Bernabei *et al.*, 1998 ; Corson *et al.*, 1986 ; Kemper, Brown, Carcagno, Applebaum, Christianson, Corson, Miller Dunstan, Grannemann, Harrigan, Holden, Philips, Schore, Thornton, Wooldridge et Skidmore, 1986).

Notre objectif est de développer des mesures d'efficience des RISPA de type coordination en se conformant aux exigences méthodologiques imposées par le type de mesures recherchées, le secteur d'activités et le contexte organisationnel concernés.

Le développement de mesures d'efficacité des RISPA constitue un premier effort de mesure de leur performance globale. Ces mesures permettront de vérifier la présomption quant à l'effet positif de l'intégration des services sur l'efficacité, dans un contexte d'intégration de type coordination, imbriquée dans le SSSS public. De plus, une mesure de performance globale est essentielle comme fondement de l'étude des déterminants de la performance. Elle permet d'identifier les RISPA ayant atteint un certain niveau de performance qui peuvent servir de base pour l'étalonnage différentiel.

Dans un premier temps, nous approfondissons la problématique de l'évaluation adaptée aux RISPA. Cet examen confirme l'importance des mesures d'efficacité. Le chapitre suivant nous permet d'explorer le contexte théorique ayant inspiré l'élaboration des hypothèses de recherche. Les choix méthodologiques pertinents sont décrits dans le troisième chapitre. Les résultats mis en lumière par l'analyse des données collectées sont ensuite présentés. Au cinquième chapitre, une discussion tisse des liens entre le contexte théorique et les résultats de la recherche, fait ressortir la contribution de cette dernière sans négliger ses qualités et ses limites. La conclusion qui s'ensuit est l'occasion d'étayer l'atteinte des objectifs de la recherche.

CHAPITRE PREMIER

PROBLÉMATIQUE MANAGÉRIALE

L'intégration des services est un processus laborieux (Contandriopoulos *et al.*, 2002), tributaire de la collaboration de nombreux acteurs dont les fonctions et les appartenances professionnelles sont très variées (Demers *et al.*, 2002). L'évaluation du RISPA peut favoriser l'adhésion des acteurs à une vision réseau (Shortell *et al.*, 2000) importante pour assurer la cohérence.

Le RISPA présente un contexte organisationnel novateur, il dépasse le niveau organisationnel qui est limité à une organisation, un établissement ou une institution (Luft et Shields, 2003; Morin *et al.*, 1996), tout en étant moins vaste que le niveau du système de santé dont la responsabilité s'étend à la santé de toute une population (Hurst *et al.*, 2000; Zajac et Nerenz, 1994). Comme le mentionnent Leatt *et al.* (2000), peu d'écrits portent sur l'évaluation des RIS. Ces auteurs soulignent l'intérêt de développer un cadre de référence pour l'évaluation d'un RIS dans son ensemble, afin de fournir des informations essentielles aux parties intéressées (*stakeholders*). Une exploration des milieux concernés peut servir de base pour la construction d'un tel cadre de référence. Dans la première section, nous étudions l'évaluation sous l'angle des milieux concernés.

Dans les démarches d'évaluation, il est important d'impliquer les acteurs, notamment les intervenants directs (Atkinson *et al.*, 2000). Leur collaboration est bénéfique dès la phase de planification de l'évaluation (Patton, 2002). Ils connaissent bien le contexte des opérations, leur participation favorise l'adhésion aux objectifs, la collaboration quant à la collecte des données requises (Fitzgerald et Moon, 1996) et l'utilisation des résultats de l'évaluation (Patton, 1997). À ce jour, la littérature n'ayant pas couvert les besoins en évaluation spécifiques aux différents acteurs des

RISPA, nous avons réalisé une consultation afin de tenter de les circonscrire. La deuxième section présente le contexte et les aspects méthodologiques de cette consultation. En troisième lieu, nous décrivons le cadre de référence développé afin de compiler les données ayant émergé de la consultation. Suivent les résultats de la consultation. Une cinquième section fait ressortir les besoins en évaluation de la performance des RISPA. L'étude de ces besoins a inspiré notre question de recherche décrite à la sixième section. Finalement, une dernière section sert à étayer la pertinence de cette recherche.

1. L'ÉVALUATION PRÉVUE ET RÉALISÉE DANS LES MILIEUX CONCERNÉS

Au Québec, plusieurs instances s'intéressent à l'évaluation des RISPA. Le MSSS, est le premier concerné, car il est à l'origine du développement des RISPA par le biais de ses orientations de 2001. Ces orientations impliquent une seconde instance dans l'évaluation des RISPA, il s'agit des Agences de la santé et des services sociaux (Agences) de chacune des 18 régions administratives du Québec, qui sont responsables du développement et de l'évaluation des RISPA sur leur territoire. Nous étudions ces deux instances à tour de rôle dans les sections qui suivent.

1.1 Le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec

Le MSSS s'implique à différents niveaux de l'évaluation. Une politique d'évaluation s'applique aux différents programmes et politiques. Les ententes de gestion et d'imputabilité fixent les objectifs que les Agences doivent atteindre. L'évaluation des orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie font aussi l'objet d'un plan d'évaluation. Nous étudions successivement chacun de ces niveaux.

1.1.1 *La politique d'évaluation*

Le MSSS s'est doté d'une politique d'évaluation, adoptée par son Comité de direction le 17 mars 2003 (MSSS, 2003). Cette politique découle de la Loi sur l'administration publique qui instaure un cadre de gestion axé sur les résultats, confirmant la priorité accordée aux services aux citoyens. Elle se veut pluraliste en tenant compte d'un large éventail de points de vue : clientèles, intervenants, gestionnaires, dirigeants, associations professionnelles, groupes communautaires et population. La définition de l'évaluation considérée dans cette politique met l'accent sur l'aide à la prise de décision par le biais de l'appréciation de la pertinence de l'intervention, de son efficacité, de son efficience ainsi que de ses retombées.

Pour se conformer à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (articles 385.1 à 385.6), le MSSS a produit un cahier des charges (MSSS, 2004a) servant à déterminer, dans le cadre des ententes de gestion et d'imputabilité, les objectifs que les Agences doivent atteindre. Ces ententes jouent un rôle majeur pour l'évaluation, elles sont en quelque sorte une voie reliant les deux instances.

1.1.2 *Les ententes de gestion et d'imputabilité*

Les objectifs prévus dans les ententes de gestion portent sur les neuf programmes-services, notamment celui de la perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) qui remplace l'appellation précédente PAPA (personnes âgées en perte d'autonomie).

L'atteinte des objectifs ministériels est fondée sur une démarche d'offre de services qui vise l'efficacité et l'efficience administrative, budgétaire et sociale de l'ensemble des actions entreprises. Plus spécifiquement, un cahier des charges présente les cibles nationales qui devront faire l'objet d'interventions par les Agences.

Le contexte décrit dans ce cahier des charges réaffirme les priorités des orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie. Il réfère à un processus de modernisation qui doit mener à une plus grande cohésion, une meilleure cohérence et une souplesse accrue de son fonctionnement. Dans une perspective d'amélioration continue des services de santé et des services sociaux, il propose des objectifs spécifiques en vue d'offrir, aux citoyens, des services en amont des problèmes de santé et de bien-être (prévention), des services mieux intégrés, mieux coordonnés et sans rupture, un meilleur soutien aux personnes plus vulnérables et une meilleure prise en charge des personnes en difficulté. Sur le plan organisationnel, les objectifs portent sur le rapprochement de la prise de décision de ceux qui offrent les services ou qui les utilisent, sur une ouverture au partenariat avec les municipalités, les cliniques privées, les organismes communautaires, les entreprises privées et les coopératives, sur un assouplissement des systèmes de gestion et sur l'encouragement de la motivation et de la responsabilité de chacun.

En 2004-2005, les résultats attendus quant au PALV se répartissaient en deux axes, les services dans le milieu de vie et les services offerts aux personnes hébergées en milieu de vie substitut. Les indicateurs nationaux relatifs au premier axe sont le nombre de personnes desservies et le nombre moyen d'interventions à domicile par année (le tout soumis à une analyse différenciée selon les sexes). Quand au deuxième axe, les indicateurs nationaux sont le nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance et le nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels. En 2008-2009, plusieurs indicateurs ont été ajoutés aux quatre premiers. Une dizaine d'indicateurs mesurent l'accessibilité à l'aide de délais moyens et de nombres d'utilisateurs ayant reçu un service particulier. Deux types d'indicateurs concernent l'hébergement, des indicateurs de conformité quant aux profils des personnes admises dans trois différents types d'hébergement et des taux d'hébergement.

Les orientations ministérielles de 2001, qui fournissent les principes et les composantes à la base des RISPA, font aussi l'objet d'une attention particulière.

1.1.3 *L'évaluation des orientations ministérielles*

Sur le plan de l'évaluation des orientations ministérielles sur les services aux personnes âgées en perte d'autonomie, deux éléments ont été retenus, le suivi de l'implantation, centré sur la mise en application des moyens privilégiés, et l'évaluation des résultats. Pour l'évaluation de l'implantation, il est question de recueillir des données majoritairement qualitatives (Murray, 2003), auprès des Régies régionales (remplacées par les Agences en décembre 2003 (Bégin, Murray, Théorêt et Rheault, 2004)), à propos des activités prévues pour la mise en œuvre des orientations. Quant aux résultats, ceux qui concernent les systèmes de soins seraient basés sur les systèmes d'information existants et ceux qui concernent les personnes seraient tirés d'études antérieures ou en cours. Il est aussi prévu d'élaborer une méthodologie pour une démarche répondant adéquatement aux besoins d'évaluation des différents acteurs impliqués dans la mise en œuvre, notamment les Agences et les gestionnaires des organisations partenaires du réseau. Pour ce faire, un outil de suivi de l'implantation des RSIPA (OSIRSIPA) et un guide d'accompagnement ont été publiés en 2007 (Murray, 2007). Il appartient maintenant à chaque Agence de compléter cet outil pour chacun de ses territoires de CSSS.

En résumé, le MSSS a produit un plan d'évaluation des orientations ministérielles qui propose l'évaluation de l'implantation et des résultats des RISPA, à l'aide de différentes collectes de données primaires et secondaires, qualitatives et quantitatives, et d'indicateurs sélectionnés à même les systèmes d'information existants. Cette évaluation devrait intéresser et impliquer les directions générales du MSSS, les Agences et les instances régionales, ainsi que les différentes instances locales. Dans sa politique d'évaluation, il met l'accent sur l'évaluation des résultats

en focalisant sur l'efficacité et l'efficience. Dans les ententes de gestion et d'imputabilité, les mesures proposées à ce jour, les indicateurs nationaux, sont des mesures d'accessibilité et d'intensité et des mesures relatives à l'hébergement.

1.2 Les Agences de la santé et des services sociaux

Les Agences sont tout d'abord responsables de la mise en œuvre de RISPA, tel que prévu dans les orientations ministérielles (MSSS, 2001). Pour plusieurs régions, l'intégration s'est d'abord concrétisée dans des fusions d'établissements. Ainsi la mise en place des composantes des RISPA telles que le guichet unique, l'utilisation d'un système d'évaluation des besoins uniforme, le système de communication entre les professionnels du RISPA, la gestion de cas, les équipes locales, les mécanismes de concertation et le budget *personne âgée* (*ibid* p. 23), prennent beaucoup de temps à être mises en place et le sont souvent de façon partielle.

Toutefois, deux régions avaient débuté des initiatives d'intégration avant même la publication des orientations ministérielles, la Mauricie et Centre-du-Québec et l'Estrie. Un projet pilote a été expérimenté dans la région des Bois-Francs en Mauricie et Centre-du-Québec à partir de février 1997. Une étude, basée sur un devis quasi-expérimental avec mesures *pre* et *post* sur trois ans dans la région expérimentale et une région de comparaison dans la MRC de Drummondville, a été réalisée par l'équipe du PRISMA, (Durand *et al.*, 2001a; Durand, Tourigny, Bonin, Paradis, Lemay et Bergeron, 2001b).

Quant à l'Estrie, la préparation à l'implantation du RISPA a débuté en 1998 (Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, 1998, dans Veil, Hébert et équipe PRISMA-Estrie, 2002) et il a progressivement été implanté, tant au niveau régional que local, à partir de 2001. Une étude de l'implantation du RISPA dans trois des sept MRC de la région (Sherbrooke, Coaticook et Granit), réalisée par

l'équipe du PRISMA, met en évidence un degré moyen de mise en œuvre du RISPA de 77 % après trois ans (Veil et Hébert, 2005). Cette équipe, à laquelle a participé activement l'Agence de l'Estrie, réalisait concurremment des études d'impact et d'efficacité de ce RISPA (Hébert, 2001; Raïche, Hébert et l'équipe PRISMA, 2003). Considérant que l'Estrie a implanté son RISPA dans l'ensemble de ses MRC, que ce dernier a atteint un degré de mise en œuvre acceptable et que des études d'implantation, d'impact et d'efficacité étaient en cours, l'Agence de l'Estrie s'est révélée un lieu pertinent pour la réalisation d'une résidence visant à approfondir la problématique de l'évaluation des RISPA.

1.2.1 *L'Agence de l'Estrie*

L'Agence, tout comme le MSSS, traite l'évaluation à différents niveaux. Nous étudions d'abord la politique d'évaluation de l'Agence, puis les travaux en rapport avec l'évaluation du RISPA.

1.2.1.1 *La politique d'évaluation et de suivi de gestion*

Cette politique a été adoptée par le conseil d'administration de la Régie régionale de l'Estrie le 20 juin 2000 (Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, 2000). Cette politique définit l'évaluation comme un outil d'aide à la prise de décision qui permet de poser un jugement structuré sur les plans des services ou programmes afin de répondre à la reddition de comptes dont les régies sont imputables.

Un cadre général d'évaluation tient lieu de cadre de référence à cette politique d'évaluation. Dans ce cadre, quatre niveaux sont définis : a) l'appréciation de l'implantation du programme, b) l'appréciation de la gestion du programme, c) l'évaluation de la performance du programme : les services, d) l'évaluation de la performance du programme : la santé et le bien-être. Pour chacun de ces niveaux, on

prévoit définir la finalité, la question et l'objet d'évaluation, la responsabilité, la stratégie et l'échéancier.

1.2.1.2 *L'évaluation des RISPA*

Un plan de suivi de gestion en regard des orientations concernant les services aux personnes âgées, prévoyant l'intégration des services, a été produit en janvier 1999 (Carbonneau et Lépine, 1999a). Le suivi proposé poursuivait deux objectifs : aider l'Agence dans la prise de décision quant à l'implantation et au déroulement des activités prévues au plan d'actualisation; permettre à l'Agence de rendre des comptes à son conseil d'administration, au MSSS et à la Commission parlementaire des affaires sociales.

Il est question de deux niveaux (objets) d'évaluation, la pré-implantation des RISPA et leur implantation. L'évaluation de la pré-implantation était basée sur le monitoring par le biais d'un suivi administratif, appuyée par des listes d'indicateurs, majoritairement qualitatifs (Carbonneau et Lépine, 1999b). Quant au deuxième, l'appréciation de l'implantation (structure et processus) et de certains effets attendus des RISPA, le moyen choisi est un suivi administratif portant, entre autres, sur l'atteinte de la clientèle-cible, l'accessibilité, la coordination des services, la qualité des soins et services et les coûts. L'outil OSIRSIPA, disponible depuis juillet 2007, permet à l'Agence de faire le suivi prévu dans ce deuxième volet.

Dans ce plan de suivi de gestion, il est aussi question d'une collaboration avec le milieu universitaire pour l'actualisation de l'évaluation des effets des RISPA. Cette collaboration s'est concrétisée en 2000-2001 avec l'équipe du PRISMA.

Ce tour d'horizon fait état de l'intérêt porté à l'évaluation des RISPA, intérêt qui a surtout été concentré sur l'évaluation de leur implantation et de leurs impacts. Mais l'intérêt pour l'évaluation de leur performance, pouvant prendre la forme de

rapports annuels statutaires ou de tableaux de bord, a émergé en 2004 au sein du Partenariat SIGG.

1.2.2 *Le Partenariat SIGG*

Le Partenariat SIGG est un regroupement de quatre Agences (Estrie, Mauricie et Centre-du Québec, Montérégie, Outaouais) dans le but de développer et de suivre l'implantation du système d'information géronto-gériatrique (SIGG) qui sert au partage des informations cliniques et administratives entre les membres des RISPA de chaque région. Le SIGG propose le premier dossier clinique informatisé (DCI) partageable au Québec. Ce partage d'informations est une composante importante des RISPA (Hébert, 2001 ; Hébert *et al.*, 2003a ; MSSS, 2001, 2005). En 2004, à l'étape de la conception de l'extracteur de données, le Partenariat était soucieux de connaître les besoins des utilisateurs du SIGG en termes de rapports statutaires et désirait un cadre d'évaluation pour structurer l'ensemble des démarches d'évaluation. Un sous-comité fut créé à cet effet et, puisque leurs objectifs rejoignaient les nôtres, nous avons convenu de réaliser, avec leur collaboration, une consultation auprès des principaux acteurs des RISPA.

2. LA CONSULTATION AUPRÈS DES PRINCIPAUX ACTEURS DES RISPA

Dans un premier temps, nous avons tenté d'identifier tous les groupes intéressés aux RISPA selon différents niveaux hiérarchiques, voir le tableau 1. Nous retrouvons, parmi les bénéficiaires potentiels, la population en général et la clientèle ciblée composée des personnes âgées et de leurs aidants. Puis, nous considérons les niveaux hiérarchiques stratégique, tactique (gestion) et clinique (opérationnel) (Hébert et le groupe PRISMA, 2003b).

Les groupes identifiés au tableau 1 ne pouvaient pas tous faire partie de l'échantillon. Ainsi, nous avons d'emblée exclu le MSSS, qui a ses propres

ressources en évaluation et dont les priorités sont exprimées dans diverses publications, et la population ou la clientèle visée, car des données secondaires sont disponibles quant à leurs attentes.

Nous avons donc constitué un échantillon de convenance, visant une cinquantaine de participants et une représentation des fonctions de direction, gestion et intervention (impliquées aux niveaux stratégique, tactique ou clinique), la plus diversifiée possible quant au type d'institution d'appartenance.

Tableau 1
Les groupes intéressés aux RISPA

Niveau hiérarchique	Groupes intéressés
Bénéficiaires potentiels	<ul style="list-style-type: none"> • Population • Clientèle ciblée <ul style="list-style-type: none"> - Personnes âgées - Aidants
Stratégique	<ul style="list-style-type: none"> • MSSS • Agences, coordination régionale • Direction générale des collaborateurs des instances locales et régionales • Tables de concertation
Stratégique et tactique	<ul style="list-style-type: none"> • Agences, responsables de programme • Comités de suivi
Tactique et clinique	<ul style="list-style-type: none"> • Cadres ou représentants des instances locales et des collaborateurs • Cadres des collaborateurs régionaux
Clinique	<ul style="list-style-type: none"> • Professionnels : gestionnaires de cas, agents de relation humaine, infirmières, médecins de famille, gériatres, ergothérapeutes, physiothérapeutes, archivistes...

Nous avons conçu une grille d'entrevue. Cette grille, intégrée au document pour la consultation sur les besoins en évaluation, de l'annexe A, compte quatre questions :

1. Selon vous, un RISPA « performant » c'est un RISPA qui :
2. Si le RISPA faisait l'objet d'une évaluation, quels aspects de la performance du RISPA seraient les plus utiles pour vous?
3. En quoi ces aspects pourraient-ils vous être profitables?
4. Quelles informations vous seraient les plus utiles?

Nous avons utilisé quelques modes de collecte des données afin de favoriser une plus grande participation dans un délai assez court. Ainsi, au cours des mois de novembre et décembre 2004, nous avons mené des entrevues individuelles en personne ou au téléphone et des rencontres de groupe.

L'écoute des enregistrements sonores de toutes les entrevues et rencontres a fourni un nombre impressionnant de propositions. Nous avons choisi de développer une base de données avec le logiciel Access. Pour ce faire, nous avons dû développer un système de classification qui nous a menés à développer un cadre de référence de l'évaluation des RISPA. Ce dernier est inspiré de quelques modèles tirés de la littérature en évaluation, en services de santé et en intégration des services. Il est décrit dans la section suivante.

3. LE CADRE DE RÉFÉRENCE DÉVELOPPÉ

Le cadre de référence développé dans le but de classer les propositions des participants à la consultation, est présenté très brièvement afin de favoriser la compréhension des résultats présentés dans la section suivante. La plupart des dimensions et sous-dimensions seront approfondies dans le chapitre du contexte théorique.

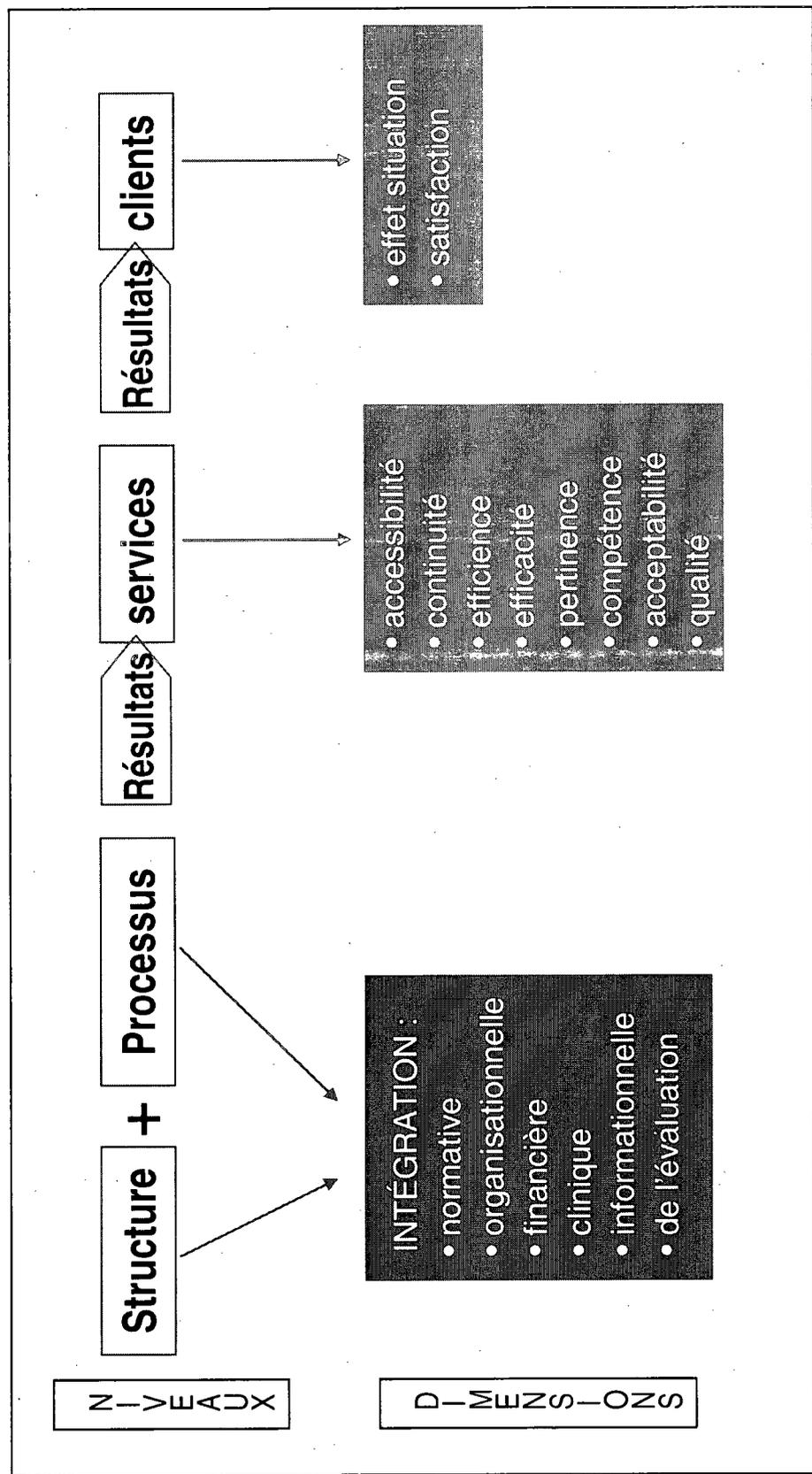
Le cadre de référence de l'évaluation des RISPA est illustré à la figure 1. Pour évaluer la performance du RISPA nous pouvons, de prime abord, considérer quatre

grands éléments, les niveaux d'évaluation. Ces niveaux sont reliés entre eux : les structures (incluant les ressources) qui, de concert avec des processus (des activités), produisent des résultats en termes de services et ces services produisent des résultats pour les clients. Ces quatre niveaux d'évaluation, sont des composantes d'un système organisé d'action selon Champagne, Contandriopoulos, Picot-Touché, Béland, Lamarche et Nguyen (2005). Ils sont aussi à la base de l'évaluation de la qualité des soins dispensés selon Donabedian (1966, 1980) qui ne fait pas de distinction entre les résultats (services ou clients). Flood, Shortell et Scott (1994) désignent ces trois éléments (structure, processus, résultats) comme des catégories de mesures de performance.

Ces quatre niveaux se décomposent en dimensions. Pour les niveaux structure et processus, il s'agit de six dimensions distinctes d'intégration. Les cinq premières sont inspirées de l'Agence de la Maurice et Centre-du-Québec (2004) et de Demers, Saint-Pierre, Tourigny, Bonin, Bergeron, Rancourt, Dieleman, Trahan, Caris, Barrette, Hébert et Lavoie (2005) et elles se situent sur les plans des normes, de l'organisation, des finances, des aspects cliniques et informationnels. La dernière dimension, celle de l'évaluation, porte sur les démarches d'évaluation d'activités spécifiques à l'intégration des services tels que le guichet unique, la gestion de cas et les outils communs (Agence de la Mauricie et Centre-du-Québec, 2004).

Les dimensions de résultats en termes de services font appel à de nombreux concepts, basés sur le cadre conceptuel des indicateurs de la santé de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (Institut canadien d'information sur la santé, 1999). Nous retenons sept des huit indicateurs proposés par l'ICIS, l'accessibilité, la continuité, l'efficience, l'efficacité, la pertinence, les compétences et l'acceptabilité, car la notion de sécurité n'a pas ressorti dans les réponses des participants. Bien que ces indicateurs puissent être considérés comme parties intégrantes de la qualité, nous retenons cette dernière comme huitième dimension afin de regrouper les propositions énoncées de façon générale par rapport à ce concept.

Figure 1
Le cadre de référence de l'évaluation des RISPA



Quant aux résultats pour les clients, ce sont des mesures qui s'intéressent aux effets sur l'état des clients qu'on peut attribuer au travail réalisé (Flood *et al.*, 1994). Pour ce faire, nous devons identifier des changements dans l'état de santé des clients ou dans leur niveau de satisfaction.

Suite à ces quelques précisions relatives au cadre de référence, nous rapportons les principaux résultats de la consultation.

4. LES PRINCIPAUX RÉSULTATS DE LA CONSULTATION

Nous présentons d'abord les participants à la consultation. Le système de classification structuré en fonction du cadre de référence a permis d'étudier trois des quatre questions : la définition de la performance (question 1), les objets d'évaluation (question 2) et les informations utiles (question 4). Nous présentons les résultats relatifs à ces trois questions dans la même sous-section, puis nous terminons avec l'étude des objectifs d'évaluation.

4.1 Les participants

Dans l'ensemble, la consultation comptait 91 personnes ayant participé par le biais des différents modes de collecte des données. Les participants occupaient principalement des postes de direction (14 %), de gestion (41 %) et d'intervention (34 %). Parmi les fonctions d'intervention nous retrouvons des gestionnaires de cas, des médecins de famille, des infirmières, des ergothérapeutes, des agents de relations humaines, des responsables du SIGG et des archivistes. L'ensemble des participants provenait d'une grande variété d'établissements, notamment les CLSC (37 %), les organismes communautaires (14 %), les Agences (12 %), les hôpitaux et centres de jour (12 %), les CHSLD (7 %) et les CH (5 %), majoritairement (85 %) de la région

de l'Estrie. Tous les types de zones sont représentés, 37 % de l'instance régionale, 29 % de milieux urbains, 19 % de milieux ruraux et 15 % de milieux mixtes.

4.2 Les définitions, objets d'évaluation et informations utiles

Soulignons que les participants ont fourni de nombreuses propositions pour chacune des questions de l'entrevue. Les questions étudiées dans cette section concernent la définition de la performance d'un RISPA, les objets de l'évaluation souhaités et les informations jugées utiles à l'évaluation du RISPA. Les fréquences des propositions, classées selon le cadre de référence décrit à la section précédente, sont présentées au tableau 2.

Nous analysons distinctement les réponses à chacune de ces questions dans les sous-sections qui suivent.

4.2.1 *Les définitions de la performance des RISPA*

Les participants, dans leurs 365 propositions, ont fourni 162 éléments différents pour définir la performance d'un RISPA. L'analyse des fréquences (tableau 2) met en lumière l'importance de facteurs déterminants dans les processus (49 % de toutes les propositions) et des résultats en termes de services (30 %).

Parmi les processus, l'intégration clinique (30 %) semble prioritaire. Les éléments les plus fréquents sont la collaboration généralisée, la coordination clinique, l'importance du repérage pour prévenir la détérioration, la réalisation de bonnes évaluations des besoins des clients, ainsi que la réalisation de plans de soin. L'intégration informationnelle retient aussi l'attention avec 6 % de toutes les propositions, les participants privilégient la qualité des informations, complètes et en temps réel, ainsi que leur bonne circulation.

Tableau 2
Les fréquences des propositions pour les questions 1, 2 et 4

Niveau/dimension	Définition		Objets		Informations	
	n	%	n	%	n	%
Structure :	59	16	24	12	59	14
Intégration normative	6	2	3	2	7	2
Intégration organisationnelle	13	4	10	5	14	3
Intégration financière	27	6	7	3	9	2
Intégration clinique	7	2	1	0	20	5
Intégration informationnelle	3	1	3	2	5	1
Intégration de l'évaluation	3	1	0	0	4	1
Processus :	178	49	93	47	132	33
Intégration normative	16	4	2	1	0	0
Intégration organisationnelle	15	4	4	2	2	0
Intégration financière	12	4	2	1	8	2
Intégration clinique	108	30	58	30	88	22
Intégration informationnelle	25	6	26	13	34	9
Intégration de l'évaluation	2	1	1	0	0	0
Résultats en termes de services :	110	30	68	35	163	40
Accessibilité	32	9	16	8	72	18
Continuité	29	8	9	5	9	2
Efficience	31	8	18	9	27	7
Efficacité	2	1	10	5	43	11
Pertinence	14	4	4	2	10	2
Compétence	0	0	4	2	1	0
Acceptabilité	1	0	2	1	1	0
Qualité	1	0	5	3	0	0
Résultats pour les clients	18	5	11	6	51	13
Effet sur leur situation	13	4	10	5	17	4
Satisfaction	5	1	1	1	34	9
Total des propositions	365	100	196	100	405	100
Total des propositions différentes	162		108		251	

Les propositions relatives aux résultats en termes de services sont réparties majoritairement entre trois dimensions : l'efficience (réduire les duplications et la consommation inappropriée de services coûteux), l'accessibilité et la continuité.

Certains auteurs (Atkinson, Waterhouse et Wells, 1997; Gervais, 1998 ; Zajac *et al.*, 1994) soulignent le fait que les objectifs des nombreux groupes intéressés d'une organisation peuvent être différents. Les objectifs poursuivis influent sur la

conception de la performance. C'est pourquoi nous avons réalisé des tests du Chi-carré afin de vérifier s'il existe une différence entre les définitions des trois groupes ayant participé à la consultation. Pour ce faire, nous avons utilisé l'occurrence des propositions à l'intérieur de chaque dimension et de chaque niveau. Ces tests n'ont fait ressortir aucune différence statistiquement significative (au seuil de signification de 5 %) quant aux propositions des directeurs, des gestionnaires et des intervenants.

4.2.2 *Les objets d'évaluation des RISPA*

Interrogés sur les aspects de la performance des RISPA qui leur seraient les plus utiles, les participants ont priorisé sensiblement les mêmes dimensions que lorsqu'ils nous ont fait part de leurs définitions de la performance. Ces résultats, 196 propositions dont 108 différentes, sont donc congruents.

Pour les processus (47 %), l'attention est toujours concentrée sur l'intégration clinique (30 %); cette fois il s'agit surtout de la collaboration généralisée et de la réalisation de bonnes évaluations des besoins des clients. Quant à l'intégration informationnelle (13 %), les participants réfèrent surtout à la pertinence des informations et des procédures, aux impacts de la circulation des informations ainsi qu'à l'utilisation du SIGG.

Les tests du Chi-carré ont été réalisés à partir du regroupement des propositions sur les objets d'évaluation et de celles sur les informations jugées utiles. Ils sont commentés à la sous-section 4.2.4.

4.2.3 *Les informations jugées utiles pour l'évaluation des RISPA*

Les informations jugées les plus utiles pour les participants sont au nombre de 405, dont 251 différentes, et elles mettent en lumière les quatre dimensions

prioritaires pour les questions précédentes ainsi que deux autres, l'efficacité et la satisfaction.

Le niveau des processus (33 %) est surpassé par celui des résultats de services (40 %). La dimension d'intégration clinique présente encore la plus haute fréquence (22 %), principalement dû aux propositions portant sur les mesures de coordination clinique et celles de l'évaluation des besoins des clients. Quant à l'intégration informationnelle (9 %), elle comporte surtout des propositions reliées à la constatation de l'utilisation du SIGG, tant pour ouvrir des dossiers et compléter des formulaires, que pour les consulter.

Le niveau des résultats de services (40 %) qui domine se partage majoritairement entre trois dimensions, l'accessibilité (18 %), l'efficacité des composantes cliniques (11 %) et l'efficience (7 %). L'efficience est surtout basée sur l'utilisation de l'hospitalisation et de l'urgence, ainsi que sur les coûts des différents programmes ou services.

Le niveau des résultats pour les clients prend plus d'importance relative (13 %), principalement dû à la dimension de satisfaction (9 %). Plusieurs propositions consistent simplement en la satisfaction des personnes âgées ou de leurs aidants, d'autres concernent la satisfaction quant à différentes caractéristiques des services, quant à leurs effets sur l'état de la personne âgée ou quant à quelques caractéristiques de la relation établie entre les clients et les intervenants du RISPA.

4.2.4 *Le regroupement des objets d'évaluation et des informations utiles*

Les tests du Chi-carré sur l'occurrence de chaque dimension ont été réalisés sur l'ensemble des propositions relatives aux objets d'évaluation et aux informations utiles, car les participants n'avaient pas le loisir de hiérarchiser leurs réponses en

faisant l'association des informations aux objets d'évaluation. Ces tests révèlent quelques différences notables.

Pour la dimension intégration clinique du niveau processus ainsi que pour l'accessibilité, il y a une différence au seuil de signification de 5 % : les dirigeants se distinguent des deux autres groupes par un intérêt moins marqué pour ces dimensions. Nous comprenons que les dirigeants sont moins près des aspects cliniques. Pour le niveau résultats en termes de services, les gestionnaires montrent un intérêt significativement plus marqué que les intervenants, sans doute parce qu'ils sont plus préoccupés par les suivis de gestion. Finalement, concernant les dimensions efficience et continuité, les gestionnaires ont tendance à montrer plus d'intérêt que les deux autres groupes. Nous l'expliquons par le fait que ce sont les gestionnaires qui doivent répondre de l'utilisation des ressources et que les manques de continuité sont plus évidents à leur niveau hiérarchique.

4.3 Les objectifs de l'évaluation des RISPA

La classification des propositions relatives aux objectifs de l'évaluation est inspirée des nombreuses utilités associées à l'évaluation dans la littérature (voir le prochain chapitre). Les résultats présentés au tableau 3 illustrent les 7 types d'objectifs à la base de la classification des 100 propositions qui se résument à 66 propositions différentes.

Le concept de contrôle (couramment nommé monitoring par les gestionnaires et les professionnels des services de santé et des services sociaux), qui est le plus fréquent (40 %), est relativement vaste. Dans la littérature comptable, il est très lié à la mesure de la performance. Certains participants ont parlé spécifiquement de contrôle des ressources, d'autres de vérifier des processus ou l'atteinte de résultats. L'amélioration continue (28 %) porte sur différents aspects d'intégration et

d'intervention. Pour les objectifs reliés à la planification (15 %), il est question de planification stratégique, organisationnelle, opérationnelle et financière.

Tableau 3
Les fréquences des propositions pour la question 3

Objectif	N	%
Contrôle	40	40
Amélioration continue de la performance	28	28
Planification	15	15
Légitimation	6	6
Aide à la communication et la coordination	5	5
Motivation et sensibilisation	4	4
Reddition de compte	2	2
Total des propositions	100	100
Total des propositions différentes	66	

Les résultats de la consultation, appuyés par la littérature, nous informent quant aux besoins en évaluation de la performance des RISPA.

5. LES BESOINS EN ÉVALUATION DES RISPA

La littérature décrit abondamment les besoins que l'évaluation arrive à combler, tel qu'illustré par les nombreux objectifs relevés à la sous-section 4.3. De plus, en introduction, nous avons discuté de l'importance de l'évaluation adaptée au contexte des RISPA. Afin d'orienter notre question de recherche, nous analysons les besoins de l'ensemble des parties intéressées aux RISPA en trois sous-sections : le niveau stratégique des grandes orientations; les niveaux stratégique, tactique et clinique; les bénéficiaires potentiels. Puis, nous terminons cette section par une synthèse de ces besoins.

5.1 Le niveau stratégique des grandes orientations

Au Québec, le développement des RISPA a été inspiré, en grande partie, des orientations ministérielles à cet effet (MSSS, 2001). L'évaluation des orientations constitue un des quatre grands domaines d'évaluation reconnus dans la politique d'évaluation du MSSS. De plus, les travaux amorcés dans le cadre de l'évaluation des orientations ministérielles touchant les services aux personnes âgées (Murray, 2003) témoignent de l'intérêt du MSSS pour l'évaluation des RISPA.

Dans ces travaux, deux objets d'évaluation avaient été prévus, l'implantation et les résultats. Les résultats, principalement en termes d'efficacité et d'efficience, sont prioritaires selon le cadre de la gestion axée sur les résultats institué par la Loi sur l'administration publique (MSSS, 2003). Dans les démarches prévues pour l'évaluation des orientations (Murray, 2003), celles de l'implantation devaient être basées sur des informations, de nature qualitative, en provenance des Agences et celles des résultats sur les données tirées des systèmes d'information existants.

Les systèmes d'information actuellement déployés dans le SSSS public présentent des limites importantes quant à l'évaluation des résultats des RISPA. Ils ne fournissent pas de données financières spécifiques aux composantes du RISPA ni à l'ensemble des soins et services dispensés à une personne âgée en particulier par l'ensemble des établissements du réseau. Les résultats en termes de services qui sont disponibles dans la base de données Intégration CLSC (I-CLSC) sont incomplets et difficiles à extraire (MSSS, 2004b) et leur utilisation n'est pas uniforme (Tousignant et Benoît, 2003). Demers *et al.* (2005) soulignent le faible développement des systèmes d'information et l'existence parallèle de plusieurs dossiers pour le même usager. Aussi, les résultats en termes d'effet sur les clients n'y sont pas disponibles.

Le MSSS a récemment mis en branle l'informatisation de l'outil d'évaluation multi-clientèle (OÉMC) (Bonin, Allard, Amyot, Benoît, Corriveau, Dallaire,

Dieleman, Landry, Lafontaine, Laramée, Petit, Roy, 2006; MSSS, 2004b) et un plan d'informatisation qui devrait permettre le partage des informations entre les établissements du SSSS (MSSS, 2006). Pour l'heure, il est impossible de savoir si ces nouveaux systèmes d'information fourniront les données nécessaires à l'évaluation des RISPA. Le MSSS s'est donc tourné vers les études en cours, notamment celles du PRISMA à laquelle un de ses représentants a collaboré.

En résumé, nous constatons qu'il existe des besoins en évaluation de la performance (en termes de résultats) des RISPA au niveau stratégique des grandes orientations, mais que ces besoins ne sont pas comblés à ce jour.

5.2 Les niveaux stratégique, tactique et clinique

Nous considérons globalement les besoins des niveaux stratégique, tactique et clinique, car les résultats de la consultation font ressortir peu de différences significatives entre les propositions de ces trois groupes. De plus, selon Mariott *et al.* (1998), les parties intéressées ont sensiblement les mêmes préoccupations, soient l'efficacité et l'efficience, mais à des degrés variables.

Les Agences étant responsables de l'évaluation des RISPA (MSSS, 2001), leurs dirigeants et leurs gestionnaires sont directement impliqués. À ce jour, les ententes de gestion et d'imputabilité les liant au MSSS exigent seulement l'atteinte de quelques indicateurs d'accessibilité (voir sous-section 1.1.2). Mais, les Agences s'intéressent à une évaluation plus complète tel qu'en font foi les travaux du Partenariat SIGG.

Selon Patton (1997), l'utilisation de l'évaluation est favorisée par la présence d'individus personnellement intéressés à ses résultats. Dans le cas des RISPA, cet intérêt a été manifesté par des dirigeants, des gestionnaires et des intervenants lorsque nous les avons consultés. Le premier indice d'un intérêt marqué pour l'évaluation des

RISPA est le taux de participation à la consultation. Dans un court laps de temps, le recrutement et les entrevues devant se limiter aux mois de novembre et décembre 2004, les gens se sont rapidement mobilisés afin de pouvoir participer à la consultation, malgré un emploi du temps très chargé en cette période critique de l'année. Visant la participation d'une cinquantaine de personnes, nous avons presque rejoint le double. Plusieurs participants, et non participants, ont exprimé leur intérêt pour les résultats de la consultation et ont demandé d'être tenus au courant de la suite de nos travaux. En entrevue, ils ont fourni une profusion de réponses, une moyenne de presque trois propositions par question par personne.

Les besoins ainsi exprimés sont très variés. Ils portent autant sur les facteurs déterminants de la performance (les niveaux structure et processus) que sur les résultats, tel qu'illustré au tableau 2 pour les questions relatives aux objets d'évaluation et aux informations jugées utiles.

Concernant les déterminants, la préoccupation majeure porte sur l'intégration clinique et informationnelle. Quant aux résultats, ce sont principalement les résultats en termes de services qui retiennent l'attention, et l'intérêt des participants est généralement concentré sur l'accessibilité, l'efficience et l'efficacité. L'intérêt moins marqué pour les résultats en termes d'effet pour les clients nous a d'abord étonnés, car ce sont eux qui peuvent témoigner de la finalité du RISPA. Après discussions et réflexions, nous avons identifié deux explications plausibles. L'implantation des RISPA était très récente lors de la consultation, les acteurs étaient encore captivés par les nouvelles façons de faire et l'arrimage entre les partenaires. Aussi, la mesure des effets pour les clients pouvait leur sembler trop complexe, puisqu'ils connaissent les limites des systèmes d'information déployés dans l'ensemble du SSSS public et que le SIGG n'était pas encore programmé pour fournir des rapports.

En résumé, les dirigeants, gestionnaires et intervenants sont très intéressés par l'évaluation des RISPA, mais ils ne disposent pas actuellement des systèmes leur permettant d'aller de l'avant dans ce domaine.

5.3 Les bénéficiaires potentiels

Le Forum national sur la santé a permis d'étudier les valeurs de la population quant au système de santé canadien. Kenny, Dickinson, Dion Stout, Lessard, Loughheed, Radcliffe, Sinclair et Dossetor (1997) rapportent que « [...] c'est à l'efficience, à la qualité des résultats et à l'égalité d'accès que les participants ont attribué la plus haute priorité. » (p. 6). La population attribue les coûts trop élevés à la mauvaise gestion et aux abus (*ibid*, p. 6). En appui à l'efficience et l'efficacité, il est question de réduction maximale du coût des services fournis et du choix de services présentant le plus d'avantages possible par rapport au coût. En conséquence, le gaspillage et le chevauchement des services doivent être éliminés (*ibid*, p. 5). Par ailleurs, la population veut avoir accès à de l'information pertinente sur l'efficacité réelle (*ibid*, p. 12).

5.4 La synthèse des besoins en évaluation des RISPA

Toutes les données primaires et secondaires que nous avons analysées confirment l'existence d'un besoin en évaluation des RISPA. Plusieurs auteurs, cités en introduction (Béland *et al.*, 2004 ; Leatt *et al.*, 1996, 2000 ; Leggat *et al.*, 1996 ; Moscovice *et al.*, 1995 ; Ortiz *et al.*, 2005 ; Provan *et al.*, 1995, 2001 ; Reed, *et al.*, 2005), soulignent la rareté des études à ce sujet ou les faiblesses méthodologiques du peu d'études réalisées à ce jour. Toutes les parties intéressées aux RISPA, des niveaux stratégique, tactique et clinique, ont exprimé leurs besoins par différents moyens et plusieurs ont déjà entrepris des démarches en ce sens. Quant aux bénéficiaires potentiels des RISPA, la population, ils ont eu la chance de s'exprimer lors du Forum national sur la santé de 1997. Bien que la performance des RISPA n'ait

pas été abordée comme telle, plusieurs éléments appuient sa pertinence pour la population, notamment la priorité accordée à l'efficacité, l'efficacités et la qualité des résultats, et la demande d'accès à des informations sur l'efficacité réelle.

Nous en concluons que le besoin en évaluation des RISPA existe pour toutes les parties intéressées aux RISPA. Le besoin en évaluation est fortement inspiré par des objectifs de contrôle des résultats. C'est aussi un moyen privilégié pour supporter l'amélioration continue.

Les niveaux stratégique, tactique et clinique priorisent autant les déterminants des résultats (structures et processus) que les résultats eux-mêmes. Alors que le niveau stratégique des grandes orientations et les bénéficiaires potentiels priorisent les résultats. Dans l'ensemble, les dimensions de résultats auxquelles le plus d'importance est accordé sont l'efficacité, l'efficacités, l'accessibilité et l'égalité d'accès.

Le MSSS et les Agences, malgré les démarches d'évaluation planifiées et réalisées à ce jour, disposent de peu de données relatives à la performance effective des RISPA. Ils ne sont pas encore en mesure d'étayer l'efficacité, l'efficacités, l'accessibilité et l'égalité d'accès de cette nouvelle forme d'offre des services.

6. LA QUESTION DE RECHERCHE

À l'origine de la résidence à l'Agence, nous étions intéressés à vérifier les besoins en évaluation adaptée aux RISPA dans le but de développer un tableau de bord équilibré (Kaplan et Norton 1992, 1996), comme le suggèrent Leatt *et al.* (2000), permettant de faire ressortir les éléments critiques de la performance des RISPA. Les données essentielles à ce tableau de bord devaient être tirées des systèmes d'information existants.

Une fois la présence d'un besoin constatée, ce projet semblait un défi intéressant vu l'importance du nombre de propositions différentes pour chaque question, 162 pour la définition de la performance d'un RISPA, 108 objets d'évaluation, 66 objectifs d'évaluation et 251 informations jugées utiles.

Cependant, deux éléments ont motivé une réorientation du projet de recherche : les limites des systèmes d'information existants et le stade de développement des RISPA au Québec.

Un tableau de bord est un canevas, les données à la base des indicateurs dépendent d'un système d'information. Nous avons exposé quelques déficiences au niveau des systèmes d'information actuellement disponibles à la sous-section 5.1. Les perspectives semblent aller dans le même sens :

Dans le domaine de la santé et des services sociaux, la régulation des systèmes d'information est proprement anarchique, c'est-à-dire que ni le Ministère ni aucun autre acteur ou groupe d'acteurs n'est en mesure de faire prévaloir sa conception des outils et des systèmes d'information à déployer. Si en 2001, le MSSS présente ses orientations en la matière², celles-ci demeurent en bonne partie inopérantes. D'une part, l'évolution rapide des technologies, dont la généralisation du recours à Internet, rend caducs certains choix arrêtés par le MSSS. D'autre part, le ministère ne dispose pas, et de loin, des moyens requis pour réaliser ses plans. Pour le MSSS, en effet, l'enjeu est d'instaurer des outils et des systèmes 1° hautement sécurisés, 2° suffisamment robustes pour être utilisés à l'échelle du Québec, par le plus grand nombre de groupes d'utilisateurs possible et 3° qui remplissent une double finalité : faciliter le travail de collaboration des cliniciens et fournir des données de gestion. (Demers *et al.*, 2005, p. 21-22)

Nous en concluons qu'il aurait été impossible de rendre un tableau de bord opérationnel à court terme. D'où le risque de démobiliser les acteurs du RISPA qui auraient participé à la définition des dimensions critiques sans pour autant pouvoir obtenir les indicateurs pertinents.

² MSSS (2001), *Orientations technologiques du réseau sociosanitaire*, document synthèse, Québec.

Au Québec, le développement des RISPA est très récent, à ce jour, seule l'Estrie peut compter sur un RISPA couvrant toute sa région. Mais, l'implantation de ce RISPA était encore partielle en 2004 (degré de mise en œuvre moyen de 77 % selon Veil *et al.*, 2005). Même à la grandeur du Canada, Leatt *et al.* (2000) considèrent que l'intégration, à travers la coordination et la collaboration, n'a pas encore été réalisée.

Par ailleurs, lors des rencontres pour la consultation des acteurs des niveaux stratégique, tactique et clinique, nous avons fréquemment observé que plusieurs ont une vision fragmentée du RISPA. Il est normal que chacun soit plus à l'aise avec les dimensions qui touchent de près ses fonctions professionnelles. Toutefois, nous avons aussi pu constater leur intérêt de mieux connaître le RISPA dans son ensemble et surtout de savoir si ça marche.

À ce stade, une question nous semble fondamentale : le RISPA de type coordination permet-il une utilisation plus efficiente des ressources?

7. LA PERTINENCE DE LA RECHERCHE

Dans de nombreux écrits, cités en introduction (Ackerman, 1992; Béland *et al.*, 2001; Bourgueil *et al.*, 2001; Corson *et al.*, 1986; Frossard *et al.*, 2001; Hollander *et al.*, 2002; Johri *et al.*, 2003; Kane, 2002; Kane *et al.*, 1992; Kodner, 2002; Leatt, 2002; Monette *et al.*, 2001; Wieland *et al.*, 2000), il est présumé que l'intégration des services améliorera l'efficacité. Cependant, à notre connaissance, aucune amélioration de l'efficacité découlant de l'implantation d'un RISPA n'a encore été démontrée scientifiquement.

L'efficacité est le résultat de la comparaison des coûts différentiels d'un programme avec ses effets différentiels sur la situation de la clientèle (e.g., état de

santé, satisfaction). Les effets sur la situation de la clientèle constituent une mesure d'efficacité. Ainsi l'efficience englobe l'efficacité. Par ailleurs, dans plusieurs écrits (Boisvert, 1999 ; Morin *et al.*, 1996 ; Voyer, 1999) efficience, efficacité et performance sont synonymes. L'efficience pourrait fournir une mesure de la performance globale d'un RISPA. Ces concepts seront approfondis au chapitre suivant.

L'implantation d'un RISPA exige de nombreux changements au niveau des pratiques. Les acteurs sont préoccupés par les résultats de tous leurs efforts, il leur serait utile de savoir si ça valait le coût. Ainsi, des mesures de l'efficience du RISPA, en plus de fournir des renseignements importants pour les décideurs, peuvent favoriser la mobilisation des autres acteurs du RISPA.

CHAPITRE DEUXIÈME

CONTEXTE THÉORIQUE

Plusieurs concepts et construits doivent être approfondis afin de répondre à la question de recherche. Il convient d'abord de bien situer le contexte organisationnel que représente un RISPA en approfondissant le construit plus général des RIS. Ensuite, nous étudions deux concepts de base : l'évaluation et l'efficacité. Ce dernier est ensuite approfondi pour aborder la mesure de l'efficacité. L'étude des évaluations déjà réalisées sur les RISPA complète le contexte théorique menant à l'énoncé des hypothèses qui sous-tendent notre recherche.

1. LES RÉSEAUX INTÉGRÉS DE SERVICES

Aux États-Unis, depuis le début des années 1980, des changements majeurs sont survenus dans les organisations du SSSS (Shortell et Hull, 1996); des hôpitaux, des médecins et des CHSLD (*nursing home*) s'associent ou réalisent des fusions (Friedman *et al.*, 2001). Puis, selon Marriott *et al.* (1998), tous les pays ont développé quelques formes d'intégration verticale desservant une clientèle inscrite à un programme particulier. Pour ces auteurs, l'intégration serait la plus importante tendance des récentes réformes dans les SSSS.

Leatt *et al.* (2000) affirment qu'au Canada, les démarches visant l'offre d'un continuum de soins coordonnés ne font que commencer et qu'en pratique, l'intégration qui implique la coordination des services de santé et la collaboration parmi les organisations qui dispensent les soins à l'intérieur d'un réseau n'a pas encore été réalisée.

Quant au Québec, quelques projets d'intégration ont débuté vers la fin des années 1990, avant la publication des orientations ministérielles portant sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie (MSSS, 2001). En 2004, l'intégration est demeurée une priorité à travers l'exigence de la création de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (MSSS, 2004c). La fusion d'établissements sous une entité nommée Centre de santé et de services sociaux (CSSS) a été le principal moyen privilégié pour réaliser l'intégration.

Les RIS ont différentes appellations et presque autant de définitions, nous proposons l'étude de quelques éléments de définition afin de mieux connaître ces nouvelles formes d'organisation. Pour compléter ces éléments de définition, nous décrivons une typologie des RIS et terminons en présentant les composantes d'un RIS de type coordination.

1.1 Les éléments de définition

Selon Leatt (2002), le concept d'intégration des services défie toute définition précise. Conséquemment, c'est un concept mal défini (Provan *et al.*, 1995) qui possède plusieurs significations (Kodner *et al.*, 2002) et dont les frontières ne sont pas claires (Contandriopoulos, Denis, Touati et Rodriguez, 2003). Ce concept est associé à de nombreuses expressions françaises ou anglaises, notamment : réseau intégré de services, réseau de services intégrés, système de santé intégré, *integrated care*, *integrated healthcare*, *integrated health delivery system*, *integrated healthcare delivery system*, *integrated healthcare network*, *integrated healthcare system*, *organized delivery system*.

Avant de fournir une définition très générale des RIS, nous examinons les différents types d'intégration, puis les fonctions ou niveaux d'intégration.

1.1.1 *Les types d'intégration*

Les différents types d'intégration sont étudiés selon les entités impliquées dans l'intégration intra-organisationnelle, l'intégration horizontale et l'intégration verticale. Une forme complémentaire est ensuite proposée, l'intégration virtuelle.

L'intégration intra-organisationnelle, présentée par Contandriopoulos et Denis (2001), s'opère dans une institution à l'aide de mécanismes tels que la gestion par programme qui vise une organisation des soins et services centrée sur les patients. Ces auteurs précisent que l'intégration intra-organisationnelle a pour effet de modifier les frontières structurelles internes ainsi que l'organisation clinique informelle.

Dans le domaine économique, l'intégration horizontale constitue un regroupement d'organisations similaires visant, notamment, à réaliser des économies d'échelle (Contandriopoulos *et al.*, 2002; Royer, 2000). Selon Royer (2000), l'intégration horizontale amène une dimension d'apprentissage, elle permet de partager des valeurs, des pratiques et des processus qui permettent au système d'œuvrer dans une même direction pour améliorer la santé de la communauté.

Toujours dans le domaine économique, l'intégration verticale est un regroupement d'organisations responsables de différentes étapes de production (Contandriopoulos *et al.*, 2002). Pour Royer (2000), il s'agit d'une dimension de croissance. Par ailleurs, dans le secteur de la santé, Leatt (2002) considère l'implication d'organisations qui dispensent différentes étapes du continuum de soins afin de fournir des services coordonnés.

Quant à l'intégration virtuelle, proposée par Conrad et Shortell (1996), elle porte sur les mécanismes par lesquels l'intégration est réalisée. De façon générale, l'intégration horizontale ou verticale implique, en quelque sorte, une fusion d'organisations ou, au moins, une gouverne commune. L'intégration virtuelle ne

nécessite pas une régie, ni une propriété unique (Leatt, 2002). Pour Conrad *et al.* (1996), elle relie différentes étapes de la chaîne de valeur par le biais de contrats d'exclusivité, d'ententes d'exploitation, d'associations formelles ou du franchisage. Alors que Leatt (2002) parle d'alliances stratégiques telles que des coentreprises, des contrats, des réseaux ou d'autres ententes multi-institutionnelles.

Bien que Lin et Wan (1999) considèrent qu'un RIS peut être fondé sur une intégration horizontale ou verticale, pour le RISPA à l'étude, nous retenons principalement l'intégration verticale. L'intérêt de l'intégration virtuelle est de suggérer qu'il est possible de réaliser l'intégration par d'autres moyens que la fusion. Force est de constater que l'intégration plus virtuelle du début a progressivement fait place à l'intégration structurelle par de nombreuses fusions.

Nous poursuivons avec les niveaux d'intégration. Ils fournissent un éclairage sur toutes les dimensions impliquées dans l'implantation et le fonctionnement d'un RIS.

1.1.2 *Les niveaux ou fonctions d'intégration*

La littérature fournit cinq niveaux ou dimensions du processus d'intégration (Contandriopoulos *et al.*, 2002, 2003), cinq dimensions d'intégration (Demers *et al.*, 2005), cinq domaines d'intégration (Kodner *et al.*, 2002), trois grandes composantes des RIS (MSSS, 2001) et trois capacités d'intégration (Shortell *et al.*, 2000), qui convergent vers les mêmes éléments. Ces modèles sont résumés à l'annexe B. Toutefois, la classification de ces éléments varie d'un modèle à l'autre. Sans insister sur ces nuances, nous proposons d'étudier les différents éléments en s'inspirant de la classification proposée par l'Agence de services de santé et de services sociaux Mauricie et Centre-du-Québec (2004) et Demers *et al.*, (2005). Cette classification avait été retenue dans le développement du cadre de référence présenté à la section 3 du chapitre précédent.

1.1.2.1 *L'intégration normative*

L'intégration normative est basée sur la compréhension et l'adhésion au RIS par les acteurs touchés (Demers *et al.*, 2005). Par une vision partagée sur l'intégration des services au niveau régional et territorial (Agence de services de santé et de services sociaux Mauricie et Centre-du-Québec, 2004), elle assure la cohérence des valeurs des parties intéressées ainsi que la cohérence avec l'ensemble du SSSS (intégration systémique, Contandriopoulos *et al.*, 2002, 2003). Elle nécessite aussi la mise en priorité de l'intégration par les dirigeants (Demers *et al.*, 2005).

1.1.2.2 *L'intégration organisationnelle*

L'intégration organisationnelle est inspirée d'une composante administrative (MSSS, 2001) englobant des mécanismes de concertation, visant à assurer la cohésion des impératifs cliniques et administratifs ainsi qu'une autorité unique, le responsable local, qui gère le fonctionnement territorial des soins et des services offerts. L'intégration organisationnelle implique la création d'une gouverne commune, explicite, qui permette de prendre des décisions cohérentes avec les projets cliniques et assure la cohérence avec les systèmes de financement, d'information et de gestion (intégration fonctionnelle, Contandriopoulos *et al.*, 2002, 2003). Pour Kodner *et al.* (2002), il est question de moyens formels et informels qui favorisent la collaboration parmi les organisations du RIS, alors que Shortell *et al.* (2000) y voient des fonctions qui visent à soutenir la coordination des activités de gestion et impliquent le partage de politiques et de pratiques communes (intégration fonctionnelle).

1.1.2.3 *L'intégration financière*

L'intégration financière se retrouve aussi à l'intérieur d'une composante administrative (MSSS, 2001), par le biais d'un budget personnes âgées en perte d'autonomie. Il est question de modes de financement et d'allocation favorisant la prise en charge d'une clientèle donnée (Demers *et al.*, 2005), de regroupement de fonds ou de financement par capitation (Kodner *et al.*, 2002), de budgétisation et d'allocation du capital en fonction des besoins du système dans son ensemble (intégration fonctionnelle, Shortell *et al.*, 2000) et d'un système de financement incluant l'obtention et la distribution des ressources financières (intégration fonctionnelle, Contandriopoulos *et al.*, 2002). Demers *et al.* (2005) ajoutent la nécessité de budgets pour la coordination.

1.1.2.4 *L'intégration clinique*

L'intégration clinique est la raison d'être des autres dimensions d'intégration (Demers *et al.*, 2005), elle est présente dans tous les modèles étudiés. La composante clinique décrite par le MSSS (MSSS, 2001) est axée sur des équipes, notamment l'équipe locale de maintien à domicile, les médecins de famille et une équipe gériatrique. Shortell *et al.* (2000) proposent une capacité d'intégration des médecins qui suggère une liaison économique des médecins au système, leur adhésion aux objectifs du système ainsi que leur participation active à la planification, la gestion et la gouvernance. Contandriopoulos *et al.* (2002) parlent d'intégration de l'équipe clinique et soulignent la constitution et le maintien d'équipes professionnelles multidisciplinaires. Les équipes multidisciplinaires font aussi partie des modèles proposés par Demers *et al.* (2005) et Kodner *et al.* (2002) (intégration de la prestation des services). Il est aussi question de pratiques coordonnées de façon durable (Contandriopoulos *et al.*, 2002, 2003; Demers *et al.*, 2005) ou de services coordonnés de sorte que les personnes ne tombent pas dans les fentes du système (Shortell *et al.*, 2000). L'intégration clinique comporte aussi plusieurs autres composantes : la

disponibilité d'une gamme complète de services (Demers *et al.*, 2005), la présence d'un guichet unique (Demers *et al.*, 2005; MSSS, 2001), la présence de gestionnaires de cas (Demers *et al.*, 2005; Kodner *et al.*, 2002; MSSS, 2001), l'harmonisation des critères d'admissibilité et d'accessibilité (intégration administrative, Kodner *et al.*, 2002) et l'adoption d'outils communs d'évaluation des besoins et de classification par profil (Demers *et al.*, 2005; Kodner *et al.*, 2002; MSSS, 2001).

1.1.2.5 *L'intégration informationnelle*

L'intégration informationnelle est proposée comme dimension distincte par Demers *et al.* (2005). Elle comporte des outils et des systèmes qui facilitent les échanges cliniques en continu entre les professionnels et éliminent les procédures et les tests dédoublés (Leatt *et al.*, 2000). Dans sa composante organisationnelle, le MSSS (MSSS, 2001) inclut un système de communication permettant de relier les intervenants du réseau. C'est dans l'intégration fonctionnelle que Contandriopoulos *et al.* (2002, 2003) considèrent la mise sur pied d'un système d'information reflétant la gamme des activités du réseau, alors que Shortell *et al.* (2000) parlent de standardisation des systèmes d'information et conçoivent la communication entre les professionnels et le transfert adéquat des informations et des dossiers à l'intérieur de l'intégration clinique. Finalement, pour Kodner *et al.* (2002) le système d'information est du domaine de l'intégration de la prestation des services et les dossiers cliniques partagés du domaine de l'intégration clinique.

Ayant clarifié, d'une part, les types d'intégration horizontale, verticale, et virtuelle et, d'autre part, les niveaux ou fonctions d'intégration normative, organisationnelle, financière, clinique et informationnelle, nous proposons une définition générale des RIS.

1.1.3 Une définition générale des RIS

Dans la réforme des SSSS, l'intégration des services est à la fois un moyen et une fin (Mariott *et al.*, 1998). Un RIS est un système complexe, adaptatif (Glouberman et Zimmerman, 2002), une intervention complexe (Contandriopoulos *et al.*, 2002).

Un RIS est un ensemble (Vondeling, 2004), un réseau (Leggat et Leatt, 1997) d'organisations indépendantes (Contandriopoulos *et al.*, 2003). L'Association des hôpitaux du Québec (1995) parle d'organisation réticulaire et la définit ainsi : « [...] un ensemble d'éléments reliés entre eux et formant un tout. Un agencement de ressources financières, matérielles et surtout humaines poursuivant des objectifs communs bien définis et mesurables. » (p. 10). Les organisations (éléments) sont reliées sous une structure (Contandriopoulos *et al.*, 2003) ou une régie (Leatt, 2002) commune. Il s'agit d'une structure d'interdépendance (O'Toole, 1997), d'un lieu de coordination de l'interdépendance des organisations. Contandriopoulos *et al.* (2001) définissent une situation d'interdépendance quand « aucun des acteurs concernés détient toutes les ressources, les compétences, la légitimité nécessaire pour apporter une réponse [...] légitime et valide aux problèmes auxquels chaque acteur (ou organisation) du champ est confronté. » (p. 5). Ces organisations interdépendantes adhèreraient volontairement (Contandriopoulos *et al.*, 2002; Demers *et al.*, 2002; Frossard *et al.*, 2001) au projet collectif du RIS (Contandriopoulos *et al.*, 2001, 2003). Conséquemment, elles acceptent d'en assumer la responsabilité clinique (Lin *et al.*, 1999; Shortell *et al.*, 2000) et économique (Shortell *et al.*, 2000).

Selon Gröne (2001) et Frossard *et al.* (2001), le RIS a pour effet de regrouper les ressources; il regroupe aussi la gestion de la prestation des soins et services (Gröne, 2001). Ainsi, sur le plan des activités d'un RIS, l'accent est mis sur des services coordonnés (Coddington, 2001; Demers, 2005; Gillies, Shortell, Anderson, Mitchell et Morgan, 1993; Larivière, 2001; Leatt, 2002; Lin *et al.*, 1999; Shortell,

Gillies, Anderson, Mitchell et Morgan, 1993 dans Leggat *et al.*, 1997) caractéristiques des services de haute qualité (Association des hôpitaux du Québec, 1995; Coddington, 2001). Les services de haute qualité réfèrent aussi à un ensemble cohérent de services (Vondeling, 2004), une gamme complète de services (Association des hôpitaux du Québec, 1995; Coddington, 2001; Demers, 2005), un continuum de services (Hébert, 2001; Larivière, 2001; Leatt, 2002; Lin *et al.*, 1999), un ensemble de soins planifiés (Nies, 2004a; Nies *et al.*, 2004) et de soins complémentaires (Larivière, 2001). Gröne (2001) précise les types de services concernés : les services diagnostics, les traitements, les soins de réhabilitation et les services de promotion de la santé. Hollander *et al.* (2002) ajoutent tous les services d'assistance et les soins fournis au domicile de la personne ou dans la communauté. Toujours parmi les caractéristiques des services de haute qualité, il est question de services centrés sur les besoins d'un client ou d'un groupe de clients (Leatt, 2002; Nies, 2004b; Nies *et al.*, 2004), et, finalement, de services pertinents (Association des hôpitaux du Québec, 1995) lorsque l'utilisateur reçoit le bon service, au bon moment, par la bonne ressource (Demers, 2005; Hébert, 2001).

Nous terminons avec la désignation des clients susceptibles de bénéficier des services dispensés par le RIS. Leatt (2002) parle d'un groupe de population particulier, Coddington (2001) de résidents d'une région, Lin *et al.* (1999) d'une population résidant dans un territoire géographique défini et l'Association des hôpitaux du Québec (1995) des personnes dans une communauté.

En résumé, un RIS est un ensemble d'organisations autonomes interdépendantes qui poursuivent un projet collectif en se rendant responsables de la santé d'une population définie. Les ressources sont mises en commun afin d'offrir une gamme complète de services de haute qualité, centrés sur les besoins de cette population, coordonnés et pertinents. À l'intérieur du RIS, cinq niveaux d'intégration sont impliqués, ils portent sur les aspects normatifs, organisationnels, financiers, cliniques et informationnels.

La littérature propose une typologie des RIS basée sur l'intensité des relations.

1.2 Les types de RIS

La typologie des RIS implique l'intégration verticale (Leatt, 2002; Leutz, 1999), car elle est basée sur les liens établis entre les dispensateurs de différents types de services, dans la communauté, en CH ou en CHSLD. Leutz (1999) propose trois types de RIS : la liaison, la coordination et l'intégration complète. Nous approfondissons ces trois types à partir des descriptions fournies par quelques auteurs qui se sont intéressés aux travaux de Leutz.

1.2.1 *La liaison*

La liaison consiste en différents protocoles et ententes qui visent à faciliter les références à travers les établissements (Hébert *et al.*, 2003*a,b*). Les professionnels des établissements ainsi reliés doivent savoir vers quel autre établissement il serait approprié de référer une personne selon ses besoins (Leutz, 1999). La communication entre les professionnels impliqués est importante afin de favoriser la continuité des soins (Nies, 2004*b*).

Selon Hébert *et al.* (2003*b*), la liaison n'entraîne aucun changement sur le plan structurel. Les établissements demeurent autonomes; ils conservent leurs propres règles et procédures quant à l'admission, l'évaluation ou la gestion. La liaison est donc imbriquée dans le SSSS, chaque établissement impliqué poursuit sa mission et son rôle au sein du SSSS.

1.2.2 *La coordination*

Selon Leutz (1999), la coordination prévoit des structures explicites et la mise en poste de personnes ayant pour rôle d'assurer la coordination des soins et des services à travers les établissements de soins aigus et d'autres types d'établissements.

Pour Contandriopoulos *et al.* (2002), « la coordination est l'ensemble des arrangements qui permet un agencement logique des parties d'un tout pour une fin donnée » et elle se construit de façon délibérée. Dans un SSSS, Alter et Hage (1993) proposent trois objectifs à la coordination : a) la disponibilité des ressources nécessaires pour les besoins, b) l'accessibilité aux différentes composantes d'un programme, c) le fonctionnement harmonieux de toutes les composantes. Vu les besoins complexes et évolutifs des clientèles, particulièrement dans le cas d'un RISPA, c'est à travers une coordination collective que ces trois objectifs peuvent être atteints. La coordination collective réfère au type d'intégration des tâches le plus élevé d'après Alter *et al.* (1993) permettant une prise en charge organisée. Hébert *et al.* (2003b) précisent que la coordination exige la mise en place de structures et de mécanismes qui transcendent les différentes organisations et services d'un territoire. La coordination est alors imbriquée dans le SSSS, les établissements maintiennent leur propre structure, mais ils acceptent d'adhérer à un méta-système, le RIS, et d'adapter leurs ressources et leurs opérations conformément aux procédures établies par la structure de coordination.

Ce type de RIS est plus structuré que la liaison même s'il opère à travers les structures des organisations participantes (Nies, 2004b). C'est pourquoi, la coordination doit être établie à tous les niveaux, stratégique, tactique et clinique (Hébert *et al.*, 2003a). Ce type de RIS exige un degré élevé de collaboration de l'ensemble des organisations (Demers *et al.*, 2005), des dirigeants, des gestionnaires et des professionnels concernés.

La coordination procède à l'intégration verticale au moyen de l'intégration virtuelle. Elle exige tous les niveaux d'intégration (normative, organisationnelle, financière, clinique et informationnelle) à travers tous les établissements partenaires.

1.2.3 *L'intégration complète*

Pour l'intégration complète, un nouveau programme ou une nouvelle unité est créé afin de dispenser tous les services requis par un groupe particulier de clients (Leutz, 1999). Ces clients doivent généralement répondre à quelques critères d'admission et s'inscrire auprès du RIS s'ils veulent bénéficier de ses services. C'est une organisation intégrée (Pieper, 2004), un seul établissement se rend responsable de l'ensemble des services requis et ces services seront dispensés par le personnel de l'établissement ou celui d'un autre établissement sous contrat (Hébert *et al.*, 2003b).

Sur le plan structurel, il s'agit d'une nouvelle structure qui, au besoin, procède à des engagements contractuels pour des services spécialisés. Ce type de RIS fonctionne en parallèle du SSSS, sauf pour les services à contrat (Hébert *et al.*, 2003b).

Dans le contexte du Québec où la majorité des services sociaux et de santé est assumée par le SSSS public, qui en donne un accès universel à sa population et qui comporte des établissements aux missions variées, le RIS de type coordination est le plus approprié. Ceci est confirmé par la description des trois composantes (organisationnelle, clinique, administrative) du RIS proposée dans les orientations du MSSS (MSSS, 2001) et par son récent plan d'action (MSSS, 2005). C'est pourquoi nous retenons le RIS de type coordination pour notre étude.

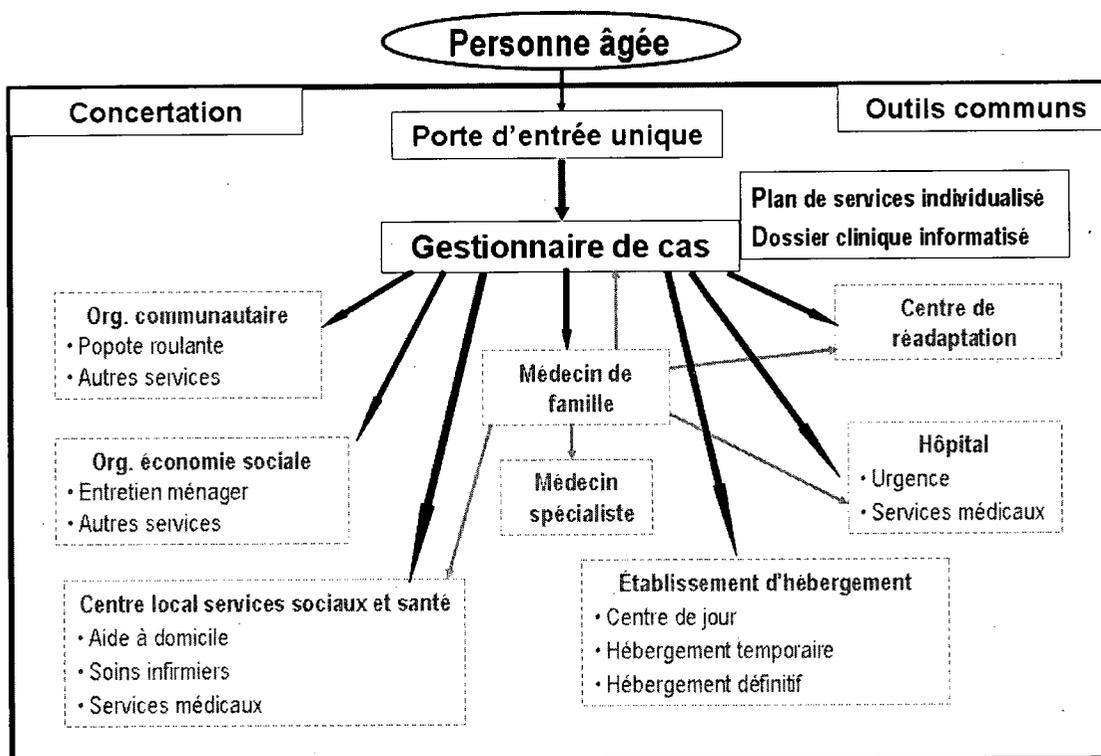
1.3 Les composantes d'un RIS de type coordination

L'implantation d'un RIS amène des changements importants. Ils sont d'autant plus importants pour le RIS de type coordination qui implique une grande partie du SSSS. L'Agence de l'Estrie, soucieuse d'appliquer les meilleures pratiques en matière d'intégration des services, a développé son RISPA en collaboration avec l'équipe de chercheurs du PRISMA. Nous nous inspirons de ce RISPA pour décrire les composantes d'un RIS de type coordination.

Pour illustrer ce modèle, voir la figure 2, nous avons adapté une figure tirée de Durand, Blanchette, Hébert (2005) qui était inspirée de Hébert et les membres du groupe PRISMA (2004a). Dans cette figure, le RISPA est représenté dans le grand rectangle et sa partie supérieure illustre les six composantes retenues dans le modèle : la concertation inter-établissements, l'utilisation d'outils communs d'évaluation et de classification, la porte d'entrée unique, la gestion de cas, le plan de services individualisé (PSI) et le système d'information partageable apte à supporter le DCI. Ces composantes sont décrites dans les sous-sections qui suivent.

Auparavant, soulignons qu'une septième composante, le financement par capitation, n'a pas été retenue dans le modèle PRISMA. Ce mode de financement est courant dans les RIS de type intégration complète qui ont surtout été développés dans des contextes très différents de ceux du SSSS du Québec, notamment aux États-Unis. Bien que le financement par capitation ait été prévu dans le projet de SIPA, expérimenté à Montréal entre 1998 et 2001, il n'a pu être mis en place avant la fin de l'expérimentation (Béland, Bergman, Lebel, Clarfield, Tousignant, Contandriopoulos et Dallaire, 2006). Étant donné que cette composante n'est pas mentionnée dans les orientations, ni les plans du MSSS (MSSS, 2001, 2005), et que sa valeur ajoutée n'a jamais été démontrée (Hébert, 2001), elle est exclue de notre définition des composantes d'un RIS de type coordination.

Figure 2
Le réseau intégré de services aux personnes âgées, modèle PRISMA



Adaptation de Durand, S., Blanchette, D. et Hébert, R. (2005). Un cadre de référence pour l'évaluation de la performance d'un réseau intégré de services pour les personnes âgées/A performance evaluation framework for integrated services delivery systems for the elderly. In Conférence annuelle de l'ACSSD/CHCA. Banff, Alberta, 3 au 5 novembre.

1.3.1 La concertation inter-établissements

Selon Hébert *et al.* (2004a), la concertation inter-établissements est l'élément de base du modèle. Dans ses recommandations, Romanow (2002) souligne l'importance de créer des liens officiels entre les médecins, le secteur des soins primaires, les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée, les gestionnaires de cas et le secteur des soins à domicile, afin d'améliorer l'intégration des services. À la figure 2, la concertation est placée sur la ligne du RISPA pour signifier qu'elle

s'étend à l'ensemble du réseau, car l'implantation des cinq autres composantes dépend d'elle.

Hébert *et al.* (2004a) situent la concertation à tous les niveaux qu'ils décrivent ainsi : la gouverne (niveau stratégique) se concrétise par la mise en place d'une Table de concertation des établissements du SSSS public, des établissements privés et des organismes communautaires où les dirigeants conviennent des politiques, des orientations et des ressources à consacrer au RISPA; le niveau tactique, celui de la gestion, s'exerce par un Comité de coordination qui assure le suivi des mécanismes de coordination des services et favorise l'adaptation du continuum de services; le niveau clinique, plus près des opérations, est confié à une équipe multidisciplinaire d'intervenants qui, réunie autour du gestionnaire de cas, évalue les besoins des clients et prodigue les soins nécessaires.

La concertation peut être associée au niveau d'intégration normative pour mettre l'intégration des services en priorité et favoriser une vision partagée de l'intégration des services, au niveau d'intégration organisationnelle qui considère tous les mécanismes de concertation et les relations de collaboration, ainsi qu'au niveau d'intégration financière pour l'octroi des budgets spécifiques au RISPA.

1.3.2 *L'utilisation d'outils communs*

L'utilisation d'outils communs, aussi placée sur la ligne du RISPA de la figure 2, est un élément essentiel à travers tout le RISPA. Deux types d'outils sont particulièrement utiles, un système d'évaluation des besoins des personnes âgées (Hollander *et al.*, 2002; Romanow, 2002) et un système qui permet de les classer selon un profil d'autonomie (Hollander *et al.*, 2002).

Dans le modèle PRISMA, le système d'évaluation est le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) dont la validité a été étudiée et démontrée à

plusieurs reprises (Hébert, Guilbeault, Desrosiers, Dubuc, 2001*b*). Au Québec, le SMAF est l'instrument principal de l'OÉMC servant de base à l'évaluation des besoins des usagers pour les services à domicile, l'admission et le suivi en établissement d'hébergement (Hébert *et al.*, 2004*a*).

Quant au système de classification, il a été développé à partir du SMAF et fournit 14 profils Iso-SMAF (Dubuc et Hébert, 2001) qui servent à déterminer les profils d'accueil en CHSLD et facilitent la planification des ressources (Hébert *et al.*, 2004*a*).

L'utilisation d'outils communs est directement reliée au niveau d'intégration clinique et les outils de classification favorisent l'intégration financière.

1.3.3 *La porte d'entrée unique*

Cette composante est normalement le point d'entrée de la personne âgée dans le RISPA, tel qu'illustré à la figure 2. Elle constitue le mécanisme d'accès aux services de l'ensemble des établissements partenaires du RISPA pour la personne âgée fragile (Hébert *et al.*, 2004*a*). En général, une évaluation sommaire des besoins de la personne est faite à ce point d'accueil afin de vérifier si elle a besoin d'être prise en charge par un gestionnaire de cas (Hébert *et al.*, 2004*a*; Landi *et al.* 1999*b*).

Un point d'entrée unique est une mesure concrète pour améliorer l'intégration et la continuité (Romanow, 2002), il doit faire partie des systèmes de prestations de soins et services continus efficaces et efficients (Hollander *et al.*, 2002). Il fait partie du niveau d'intégration clinique.

1.3.4 *La gestion de cas*

La gestion de cas est la composante la plus répandue dans les expériences de RIS de type intégration complète (Béland *et al.*, 2001, 2004; Bergman, Béland, Lebel, Contandriopoulos, Tousignant, Brunelle, Kaufman, Leibovich, Rodriguez et Clarfield, 1997; Bernabei *et al.*, 1998; Branch *et al.*, 1995; Challis *et al.*, 1991a; Corson *et al.*, 1986; Eng *et al.*, 1997; Johri *et al.*, 2003; Landi *et al.*, 1999a,b; Leutz *et al.*, 1994; Leutz, Nonnenkamp, Dickinson et Brody, 2005; Pinnel, Beaulne Associates Ltd, 1998). Le gestionnaire de cas joue un rôle important dans la coordination du RIS (Romanow, 2002) et favorise l'efficience et l'efficacité (Hollander *et al.*, 2002).

Hébert *et al.* (2004a) décrivent ainsi les responsabilités du gestionnaire de cas :

[...] de procéder à l'évaluation exhaustive des besoins de la personne, de planifier les services requis, de faire les démarches pour l'admission à ces services, d'organiser et de coordonner le soutien, d'animer l'équipe multidisciplinaire des intervenants impliqués dans le dossier ainsi que d'assurer le suivi et les réévaluations de la personne.
(p. 16)

Les gestionnaires de cas sont les personnages centraux du niveau d'intégration clinique, car ils assurent la coordination avec les autres intervenants. Nous pouvons observer tous les liens qu'ils entretiennent avec les autres acteurs du réseau à la figure 2. Cette figure fait aussi ressortir la relation étroite des deux dernières composantes du RISPA avec le gestionnaire de cas.

1.3.5 *Le plan de services individualisé*

Le PSI est très utile au gestionnaire de cas, il découle de l'évaluation des besoins qu'il réalise et sert à résumer les services prescrits et les objectifs visés par ceux-ci (Hébert *et al.*, 2004a). En général, l'équipe multidisciplinaire contribue à la

rédaction du PSI. Cet outil précieux pour la coordination doit être révisé de façon périodique.

1.3.6 *Le dossier clinique informatisé*

Le DCI, supporté par un système informatisé d'informations partageables (e.g., le SIGG, développé pour le Partenariat SIGG) est le moteur de l'intégration informationnelle, il est essentiel pour appuyer l'intégration (Gröne, 2001; Romanow, 2002) et la continuité des soins (Romanow, 2002). D'après Huijbers (2004) l'échange d'informations à propos des besoins des personnes âgées et des activités professionnelles visant à y répondre est une condition pour travailler de façon intégrée. Cet auteur précise l'importance de ce processus de support, de la façon dont les informations sont enregistrées, gardées, distribuées, et utilisées par les intervenants qui interagissent avec les patients. Ces intervenants doivent avoir accès à ces informations en temps opportun, mais la confidentialité des dossiers médicaux doit être protégée (Leatt *et al.*, 2000).

Ceci complète la description du contexte organisationnel innovateur à l'intérieur duquel notre étude a été réalisée. Nous poursuivons avec l'étude du concept d'évaluation.

2. L'ÉVALUATION

L'institute of Management Accountants, dans sa définition de la comptabilité de management, attribue aux gestionnaires la responsabilité d'évaluer et de contrôler une organisation, ainsi que d'assurer une utilisation appropriée des ressources aussi bien que leur imputabilité (Atkinson, Banker, Kaplan et Young, 1999). Ces auteurs définissent la fonction d'évaluation qui incombe au gestionnaire comme suit :

L'appréciation des implications des événements historiques et anticipés et au choix de la meilleure ligne de conduite. L'évaluation

inclut la transposition des données en tendances et en rapports et la communication effective et rapide des conclusions tirées des analyses. (p. 32).

Ces auteurs regroupent le processus d'évaluation avec celui du contrôle et de l'amélioration de la performance, sous le nom de contrôle de l'organisation. Ils définissent le contrôle comme « [...] un ensemble de méthodes et d'outils qui permettent aux membres de l'organisation de garder celle-ci dans la voie qui mène à la réalisation de ses objectifs. » (*ibid*, p. 445). Pour Brault, Giguère et Viger (1998), « Très sommairement, le contrôle consiste à s'assurer du bon usage et de l'usage efficace des ressources. » (p. 5) et « On dira d'un usage des ressources qu'il est efficace, s'il vise à éviter le gaspillage » (*ibid*, p. 5). Ils poursuivent en précisant que « [...] toute évaluation procède par comparaison pour déterminer dans quelle mesure des objectifs ont été atteints [...] » (*ibid*, p. 6). Dans le dictionnaire de la comptabilité de Ménard *et al.* (1994), l'évaluation (*assessment*) est le « [...] fait de porter un jugement critique sur une situation ou de procéder à une évaluation. » (p. 48).

Pour une étude plus approfondie du construit d'évaluation, nous référons à des écrits spécialisés sur le sujet. Stufflebeam (2001), bien que conscient de la multiplicité des définitions proposées dans la littérature, présente l'évaluation comme une étude conçue et menée afin d'aider les lecteurs à estimer le mérite et la valeur d'un objet.

En termes de définition, nous considérons l'évaluation comme un ensemble de méthodes et d'outils pour aider les parties intéressées à estimer le mérite et la valeur du RISPA. Quelques typologies de l'évaluation permettent d'approfondir ce construit.

2.1 Les typologies de l'évaluation

Nous relevons trois typologies dont les critères de classification diffèrent : l'objet de l'évaluation, l'objectif de l'évaluation et l'approche.

2.1.1 *Les typologies en fonction de l'objet de l'évaluation*

Brewer (1983) considère trois types d'évaluation : a) l'évaluation des processus, b) l'évaluation des effets et c) l'évaluation de l'impact sur l'environnement. Morin *et al.* (1996) sont plus explicites quant au niveau, à l'unité, sur lequel porte l'évaluation en proposant l'individu, l'équipe, l'unité administrative, l'organisation ou l'environnement.

Nous retenons l'évaluation des effets produits par l'ensemble du RISPA. Celui-ci, en termes de niveau, se situe entre l'organisation et le SSSS.

2.1.2 *Les typologies en fonction de l'objectif de l'évaluation*

Contandriopoulos, Champagne, Denis et Avargues (2000) proposent quatre types d'objectifs : a) l'évaluation stratégique visant à assister la planification, b) l'évaluation formative visant à favoriser l'amélioration, c) l'évaluation sommative visant à déterminer les effets produits afin d'alimenter la prise de décision et d) l'évaluation fondamentale visant à contribuer à l'avancement des connaissances. Brewer (1983) retient aussi l'objectif de contribuer à la connaissance, mais il ajoute quelques objectifs plus spécifiques, notamment la gestion des conflits, le changement social, la stimulation de la révision des présomptions ou des comportements, la contribution à l'image et l'attribution ou le retrait de responsabilités.

Pour notre étude, nous retenons l'évaluation sommative pour alimenter la prise de décision, mais les résultats serviront aussi de base pour des améliorations et contribueront à une meilleure connaissance des RISPA.

2.1.3 *Les typologies en fonction de l'approche*

Stufflebeam (2001) considère trois grandes catégories d'approches. La première regroupe les approches basées sur des questions ou des techniques spécifiques. Selon cet auteur, ces évaluations seraient trop étroites pour fournir une estimation du mérite et de la valeur. Sous cette grande catégorie, nous trouvons l'évaluation fondée sur les objectifs, que Gervais (1998) qualifie de perspective rationnelle et fonctionnaliste dont l'application exige des objectifs identifiables, spécifiques, mesurables, peu nombreux et faisant consensus. La limite de cette approche est qu'elle ne tient pas compte du contexte environnemental et de son influence sur l'atteinte de ces objectifs. Cette catégorie inclut aussi les études de responsabilités, les évaluations des résultats par l'estimation de la valeur ajoutée, les études expérimentales, les systèmes d'informations de gestion, les analyses coût-bénéfice ou coût-efficacité, les études de cas, les évaluations basées sur la théorie du programme, les critiques et les expertises (Stufflebeam, 2001).

Sous la deuxième grande catégorie, Stufflebeam (2001) regroupe les approches visant l'amélioration et la responsabilisation. Celles-ci permettent une estimation complète du mérite et de la valeur. Elles s'intéressent aux besoins des parties intéressées (*stakeholders*), ne se limitent pas aux objectifs, s'intéressent à tous les résultats. Ces approches sont objectivistes, assument une réalité et des réponses non équivoques et utilisent généralement plusieurs méthodes. Parmi ces méthodes nous trouvons les études basées sur la responsabilité et la prise de décision ainsi que les études orientées vers le consommateur.

Toujours selon Stufflebeam (2001) une troisième grande catégorie regroupe des approches qu'il qualifie de plaidoyer social et qui visent à assurer l'accès équitable aux services. Ces approches réfèrent aux parties intéressées, privilégient une orientation constructiviste et utilisent des méthodes qualitatives. Dans le même ordre d'idée, Gervais (1998) parle d'une approche sociopolitique s'intéressant aux groupes d'acteurs ayant un intérêt dans l'organisation, qui est perçue comme une entité dynamique de coalitions de groupes d'acteurs, un réseau complexe de négociations. Cette approche s'apparente à l'évaluation de quatrième génération décrite par Guba et Lincoln (1989).

Pour notre étude, nous privilégions la première approche. La mesure, évaluation de première génération selon Guba *et al.* (1989), est au centre de notre recherche. Ce choix est basé sur la nature du construit d'efficacité que nous décrivons à la prochaine section. Il est conséquent avec les méthodes proposées pour les évaluations économiques en santé.

2.2 L'utilité de l'évaluation

Dans les écrits, de nombreuses utilités de l'évaluation sont soulignées. Nous terminons cette section en expliquant les contributions les plus appropriées au type de recherche évaluative que nous réalisons, la prise de décision stratégique, l'amélioration de la performance, la communication, le suivi des réalisations (contrôle), la légitimisation et la concentration de l'attention pour influencer sur les comportements.

2.2.1 *La contribution à la prise de décision stratégique*

L'évaluation peut servir à l'allocation des ressources (Cherny, Gordon et Herson, 1992) et, de façon plus large, elle permet d'informer les décideurs (Atkinson *et al.*, 1999), les parties intéressées (Cherny *et al.*, 1992) et les personnes

responsables d'établir des politiques (Francis, 1973). D'ailleurs, dans sa typologie d'utilisation de l'évaluation de la performance, Henri (2004) retient, parmi quatre types d'utilisation, celui de la prise de décision stratégique en s'appuyant sur les travaux d'Ittner, Larcker et Randall (2003, dans Henri 2004) et de Simons (2000).

2.2.2 *La contribution à l'amélioration de la performance*

L'évaluation contribue à l'amélioration de la performance (Hoffecker et Goldenberg, 1994). Zajac *et al.* (1994), bien que voyant des utilités variables selon les groupes intéressés (e.g. : aide les consommateurs à choisir parmi les fournisseurs, les gestionnaires à comparer les résultats aux budgets, les administrateurs à évaluer des équipes de gestion ou à vérifier l'atteinte de la mission, les législateurs à juger pour fins de certification), considèrent que le but fondamental de l'évaluation est de maximiser la performance, ce qui implique un processus d'amélioration continue. Plus spécifiquement, Waterhouse et Svendsen (1998) parlent d'amélioration des processus d'affaires et Ittner *et al.* (1998) d'amélioration de l'efficience et de l'efficacité des opérations (gouvernementales).

2.2.3 *La contribution à la communication*

Hoffecker *et al.* (1994) associent un autre rôle à l'évaluation, il s'agit de la création de canaux de communication, d'un lieu d'échange (Bégin, Joubert et Turgeon, 1999), d'une voie pour que la direction puisse clairement et abondamment transmettre l'orientation stratégique de l'organisation à tous les employés (Waterhouse *et al.*, 1998). Atkinson *et al.* (1999) considèrent qu'elle peut faciliter la coordination entre les unités ainsi que la coordination de la prise de décision. Atkinson *et al.* (1997) étendent son action à la coordination horizontale, afin que les décideurs voient toutes les facettes de leurs décisions, et à la coordination verticale qui assure une prise de décision conforme à la stratégie de l'organisation. De façon plus générale, Cherny *et al.* (1992) parlent d'une contribution à l'accroissement de la

communication tandis qu'Henri (2004) relève la communication à l'externe comme type d'utilisation.

2.2.4 *La contribution au suivi des réalisations*

Le contrôle est un autre type d'utilisation envisagé par Henri (2004), d'ailleurs, Fitzgerald *et al.* (1996) parlent du contrôle de la performance organisationnelle. Atkinson *et al.* (1997) parlent de suivi des activités appropriées pour mettre en évidence les niveaux de performance obtenus par rapport aux objectifs, alors que Balkcom *et al.* (1997) et Ittner *et al.* (1998) considèrent le suivi de la réalisation des objectifs de l'organisation.

2.2.5 *La contribution à la légitimisation*

Henri (2004) retient la légitimisation comme type d'utilisation de l'évaluation alors que Cherny *et al.* (1992) disent que l'évaluation peut promouvoir la légitimité de l'organisation.

2.2.6 *La contribution à la concentration de l'attention, influence sur les comportements*

Le processus de mesure a aussi pour fonction d'attirer (Cherny *et al.*, 1992; Flamholtz, 1980) et de concentrer (Henri, 2004) l'attention des membres de l'organisation sur les objectifs (Atkinson *et al.*, 1999). Il est aussi question de fonction de diagnostic (Atkinson *et al.*, 1997; Ittner *et al.*, 2003, dans Henri, 2004). Ainsi, en attirant l'attention, ou en identifiant un problème, le processus de mesure oriente la réflexion, il peut même influencer sur le comportement (Flamholtz, 1980). D'ailleurs Cherny *et al.* (1992) lui attribuent un effet majeur sur les modèles de comportement des parties intéressées et Flamholtz (1980), parmi les raisons d'être de la mesure, propose la production d'un effet direct sur les comportements.

3. L'EFFICIENCE

Il n'y a pas de consensus sur la nature de l'efficacité, notamment parce que ce construit peut porter sur des éléments variés exprimés en unités diverses (Burritt et Schaltegger, 2001), parce que des différences philosophiques modifient la priorisation de l'efficacité liée à la production, à la distribution ou à l'allocation des ressources (Brooks, 1985) et parce que les nombreuses disciplines faisant appel à ce construit utilisent des langages différents (Brooks, 1985; Morin *et al.*, 1996). Comme le soulignent Cherny *et al.* (1992), la littérature comptable est plutôt pauvre quant à l'efficacité, nous puisons dans quelques autres disciplines (économie, management public, management des services) afin d'essayer de circonscrire ce construit.

3.1 Les définitions

Parmi les nombreux visages de l'efficacité, soulignons qu'elle est une dimension (Hurst *et al.*, 2000) ou un critère de performance (Gianfaldoni, 1992), un indicateur de rendement (McEwan et Goldner, 2001), une mesure conventionnelle de performance (Bowlin, 1984), le coût par unité de résultat (Flood *et al.*, 1994) ou, appliquée à un processus, c'est la capacité d'utiliser le moins de ressources possibles pour effectuer une tâche (Atkinson *et al.*, 1999).

Cette attention portée aux ressources est exprimée de différentes façons, Gianfaldoni (1992) et Schwartz (1992) parlent d'économie sur les intrants, Boisvert (1999) d'intrants minimaux, Cherny *et al.* (1992) d'un minimum d'effort, de dépense ou de gaspillage, Morin *et al.* (1996) de réduire la quantité de ressources utilisées, les erreurs et le gaspillage (tout en assurant le bon fonctionnement du système). Pour Atkinson *et al.* (1999), l'efficacité se concrétise dans l'absence de gaspillage, tandis que McEwan *et al.* (2001) la situent dans la production des résultats visés avec l'utilisation des ressources la plus rentable.

On rencontre aussi l'approche inverse qui consiste à partir de ressources définies pour produire un résultat maximum (Bourgueil *et al.*, 2001; Martin *et al.*, 1996). Plusieurs (Blank *et al.*, 2000; Brooks, 1985; Drummond *et al.*, 1998; Elkin et Molitor, 1985; Ménard *et al.*, 1994) intègrent les deux approches, d'une part, de minimiser les ressources mobilisées pour obtenir un résultat déterminé, d'autre part, de maximiser les résultats à partir des ressources disponibles. Dans un ordre d'idée semblable, Cherny *et al.* (1992) considèrent la fourniture du plus grand nombre de biens ou services en utilisant le moins de ressources possibles, à l'intérieur d'un certain temps.

Toutes ces approches peuvent se résumer dans une « utilisation optimale des ressources financières, humaines et matérielles » (Ménard *et al.*, 1994, p. 266) et elles font ressortir le fait que l'efficacité est une relation entre les intrants (ressources financières, humaines, matérielles et informationnelles) et les extrants (Boisvert, 1999; Gianfaldoni, 1992; Ménard *et al.*, 1994; Morin *et al.*, 1996). La divergence provient de la définition d'extrant, particulièrement lorsqu'il s'agit de textes en anglais, certains réfèrent aux *outputs* (Contandriopoulos *et al.*, 2000; Elkin *et al.*, 1985; Reinke, 1999), ou aux biens ayant été produits (Long et Harrison, 1985). Alors que Tishlias (1992) et Elkin *et al.* (1985) considèrent expressément les *outputs* et les *outcomes*, Martin *et al.* (1996) les *outputs*, les *outputs* de qualité et les *outcomes*, et, finalement, Epstein (1992, dans Martin *et al.*, 1996) liste les *outcomes*, les résultats, les impacts et les accomplissements. Le terme *output* peut être traduit en français, entre autres, par output, production, rendement, extrant (Grand dictionnaire terminologique, 2006) et il est généralement assimilable à une quantité produite. Tandis que le terme *outcome* est traduit par le terme plus général de résultat (Grand dictionnaire terminologique, 2006), et peut être défini comme un effet (direct) attendu (Bourgueil *et al.*, 2001) ou une conséquence associable à l'efficacité (Cherny *et al.*, 1992). Ceci soulève la question du lien entre l'efficacité et l'efficacité. D'autres concepts sont aussi liés à l'efficacité, nous les étudions à la prochaine sous-section.

3.2 Les concepts liés à l'efficience

Dans la littérature, les concepts de performance, d'efficacité et de productivité sont souvent très étroitement liés à celui d'efficience. Nous étudions ces concepts et leurs liens avec l'efficience avant de nous intéresser à la typologie de l'efficience.

3.2.1 *La performance*

La performance est un concept multidimensionnel qui ne peut être mesuré à l'aide d'un indicateur unique (Balkcom *et al.*, 1997), ni être résumé dans un modèle universel (Quinn et Rohrbaugh, 1983, dans Sicotte *et al.*, 1998). C'est un construit social (Voyer, 1999) dont la définition ne fait pas consensus (Morin *et al.*, 1996). Les évaluateurs ont leur définition propre de la performance; ils s'inspirent de leurs valeurs, leur formation, leur statut et leur expérience (Morin *et al.*, 1994). La performance est aussi tributaire de son contexte d'application et d'utilisation (Voyer, 1999). L'influence des évaluateurs et des situations fait dire à Cameron *et al.* (1983) que la performance implique des négociations et la gestion de paradoxes, car les critères de performance sont plus concurrents que compatibles. Morin *et al.* (1996) résument bien ces idées, tout en insistant sur l'importance de ce construit en mentionnant que la performance est une exigence pour la pérennité de l'organisation, qu'elle est inévitablement liée aux valeurs des personnes et des groupes intéressés et qu'elle ne peut avoir de signification en soi.

Voyer (1999) propose un continuum de la performance. D'une extrémité, les considérations plus opératoires, à l'autre extrémité, les considérations plus abstraites, nous trouvons la valeur ajoutée à un état initial (e.g., amélioration de la qualité, du service), l'atteinte d'un résultat minimum requis ou acceptable, ou la réduction du non désirable (e.g., pertes de temps, coûts, erreurs), la réponse à un besoin en termes de quantité, de qualité, de coût ou de temps, l'efficience, l'efficacité et le bien-fondé d'une organisation.

La littérature propose aussi de nombreux synonymes de la performance : l'efficacité (Boisvert, 1999; Cameron *et al.*, 1983; Morin *et al.*, 1994, 1996; Voyer, 1999), l'efficience (Boisvert, 1999; Morin *et al.*, 1996; Voyer, 1999), l'économie (Boisvert, 1999; Morin *et al.*, 1996), le rendement (Boisvert, 1999; Ménard *et al.*, 1994; Morin *et al.*, 1996), la productivité (Boisvert, 1999; Morin *et al.*, 1996), le résultat (Ménard *et al.*, 1994), la santé, la réussite, le succès (Morin *et al.*, 1996) ainsi que l'excellence considérée comme un résultat hors du commun, optimal (Boisvert, 1999; Morin *et al.*, 1996).

Il est difficile de circonscrire les dimensions de la performance et tout autant d'identifier les bases ou thèmes qui servent à définir ces dimensions. Soulignons que Morin *et al.* (1996) suggèrent trois niveaux d'abstraction : a) les dimensions d'un concept à mesurer, b) les critères qui correspondent à des conditions ou des signes qui définissent les dimensions et c) les indicateurs qui servent à mesurer ou à apprécier les critères. Les modèles proposés par la littérature sont variés et ne présentent pas tous une structure à trois niveaux. Nous les résumons à l'annexe C dans un tableau qui fait ressortir les dimensions et les sous-dimensions. Les modèles ainsi résumés sont, dans l'ordre, ceux de Morin *et al.* (1996), Gervais (1998), Voyer (1999), Lynch *et al.* (1991, traduit dans Boulianne, 2000), Kaplan *et al.* (1996), Fitzgerald, Johnston, Brignall, Sylvestro et Voss (1991, dans Fitzgerald *et al.*, 1996), et Elkin *et al.* (1985).

Nous proposons une synthèse de ces modèles. Certaines dimensions sont propres à un groupe d'intérêt en particulier. Nous retrouvons, pour les propriétaires-actionnaires, les dimensions ou sous-dimensions de profitabilité (Fitzgerald *et al.*, 1991, dans Fitzgerald *et al.*, 1996), de rentabilité financière (Morin *et al.*, 1996), de situation ou d'indicateurs financiers (Elkin *et al.*, 1985; Lynch *et al.*, 1991) ou d'un axe financier (Kaplan *et al.*, 1996). Les clients, leurs besoins ou la demande retiennent l'attention d'Elkin *et al.* (1985), de Kaplan *et al.* (1996) et de Voyer (1999), alors que Lynch *et al.* (1991), Morin *et al.* (1996) et Voyer (1999)

s'intéressent à leur satisfaction. D'autres groupes intéressés particuliers se trouvent dans les travaux de Morin *et al.* (1996) par le biais de la valeur des ressources humaines, la satisfaction des bailleurs de fonds, des organismes régulateurs et de la communauté. Finalement, Gervais (1998) et Voyer (1999) les considèrent globalement dans la dimension environnement externe.

Le trio ressources – processus – résultats est présent dans trois modèles, celui d'Elkin *et al.* (1985), de Gervais (1998) et de Voyer (1999). Concernant les ressources, il est aussi question de l'économie des ressources (Morin *et al.*, 1996) ou de leur utilisation (Fitzgerald *et al.*, 1991, dans Fitzgerald *et al.*, 1996). Les processus internes constituent un axe pour Kaplan *et al.* (1996). Fitzgerald *et al.* (1991, dans Fitzgerald *et al.*, 1996) retiennent une grande catégorie de résultats, alors que Elkin *et al.* (1985) et Voyer (1999) scindent cette dimension en deux, des résultats de production en termes de quantité produites et des résultats d'effets (impacts, retombées) pour les clients ou la communauté.

L'évolution rapide des contextes dans lesquels opèrent les organisations a influé sur certains modèles qui considèrent la dimension innovation ou amélioration (Fitzgerald *et al.*, 1991, dans Fitzgerald *et al.*, 1996; Kaplan *et al.*, 1996; Voyer, 1999) ou s'intéressent à la flexibilité (Fitzgerald *et al.*, 1991, dans Fitzgerald *et al.*, 1996; Lynch *et al.*, 1991).

Considérant le secteur des services sociaux et de santé dans lequel évoluent les RISPA, deux modèles fournissent des dimensions de performance qui s'apparentent à celles des modèles généraux d'évaluation présentés à l'annexe C. Le premier modèle a été développé pour évaluer des systèmes de services de santé et le deuxième pour évaluer des alliances stratégiques qu'on peut associer aux RIS. Ils sont tout deux résumés à l'annexe D.

Champagne *et al.* (2005) proposent un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé, à partir d'un *modèle intégrateur de la performance organisationnelle* (des services de santé) de Sicotte *et al.* (1998). Ce cadre d'évaluation, aussi considéré comme un modèle intégrateur, a l'avantage de comprendre les dimensions et sous-dimensions de la performance d'une dizaine de cadres d'évaluation, notamment celui de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (World Health Organization, 2003), celui du bureau régional européen de l'OMS (World Health Organization, 2004), celui de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (2002), ceux du National Committee on Quality Assurance, du Joint Commission of Healthcare Organisation, et de l'Institute of medicine des États-Unis (Arah, Klazinga, Delnoij, Ten Asbroek et Custers, 2003), et celui de l'ICIS (Institut canadien d'information sur la santé, 2002). Les quatre dimensions du modèle intégrateur de Champagne *et al.* (2005), illustré à l'annexe D, sont l'atteinte des buts, l'adaptation, la production et le maintien des valeurs. Soulignons que la combinaison de chacune de ces dimensions avec une autre illustre un « alignement », ils sont donc au nombre de six : stratégique, allocatif, tactique, opérationnel, légitimatif et contextuel.

Le cadre de suivi de la performance d'une alliance stratégique (RIS) proposé par Leggat *et al.* (1997) est une adaptation de Leggat *et al.* (1996) qui est inspirée du tableau de bord équilibré de Kaplan *et al.* (1992) et des objectifs des RIS proposés par Marriott *et al.* (1998). Aux quatre axes proposés par Kaplan *et al.* (1992), point de vue du consommateur, aspect fonctionnement interne, aspect innovation et enseignement et aspect financier, Leggat *et al.* (1997) ont ajouté l'avantage pour la communauté qui met en lumière l'impact sur l'état de santé de la population.

Ces deux cadres d'évaluation sont plutôt divergents. Les approches sont différentes, Champagne *et al.* (2005) s'inspirent de la théorie de l'action sociale de Parsons (1977) pour évaluer un système de services de santé, alors que Leggat *et al.* (1997) s'inspirent d'un modèle d'évaluation de la performance, développé à partir de

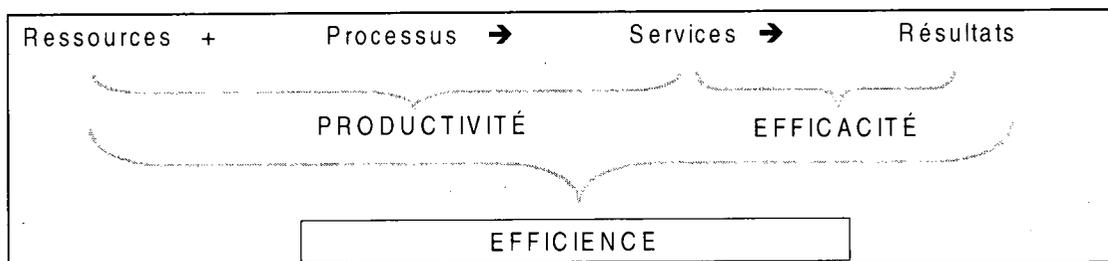
cas d'entreprises performantes (Kaplan *et al.*, 1992), pour évaluer un RIS, qui est en quelque sorte imbriqué dans un système de services de santé.

Nous avons identifié quelques convergences : les sous-dimensions satisfaction, efficacité (résultats pour les clients), qualité, continuité (liens dans l'ensemble des services), productivité et acquisition des (accès aux) ressources sont présentes dans les deux cadres; l'atteinte des buts et le maintien des valeurs sont des dimensions pour Champagne *et al.* (2005), alors qu'elles sont des sous-dimensions pour Leggat *et al.* (1997); la notion de légitimité fait partie des alignements proposés par Champagne *et al.* (2005) et des sous-dimensions de Leggat *et al.* (1997).

Cette section nous a appris que la performance peut prendre de multiples facettes et que l'efficacité fait partie des dimensions ou sous-dimensions de performance de cinq des neuf modèles analysés (Champagne *et al.*, 2005; Elkin *et al.*, 1985; Fitzgerald *et al.*, 1991, dans Fitzgerald *et al.*, 1996; Morin *et al.*, 1996; Voyer, 1999). Le caractère multidimensionnel de la performance a aussi été mis en exergue. De plus, dans le secteur de la santé il n'existe pas de consensus quant à l'évaluation de la performance (Hurst *et al.*, 2000).

Sicotte *et al.* (1998) associent le SSSS à un système organisé d'actions et le processus de ce système est décrit dans Champagne *et al.* (2005). Nous présentons, à la figure 3, une illustration de productivité, efficacité et efficacité, inspirée par ce processus. Les ressources de toute nature, humaine, matérielle et financière, qui sont supportées par les structures, constituent les intrants dans le système. Les processus comprennent les activités et les façons de faire qui transforment les intrants en résultats en termes de services qui constituent des résultats intermédiaires se concrétisant sous forme de soins et de services rendus (Davies et Knapp, 1981, dans Knapp, 1995). Finalement les résultats finaux représentent l'expression anglaise *outcomes*, regroupant les effets sur la santé des clients.

Figure 3
L'illustration de productivité, efficacité et efficience d'un système de santé



Adaptation du Système organisé d'action, le processus de Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Picot-Touché, J., Béland, F., Lamarche, P. et Nguyen, H. (2005). Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé : le modèle EGIPSS (évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé) : (Rapport R05-05). Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Secteur santé publique, Faculté de médecine, Université de Montréal.

Nous utilisons cette figure afin d'illustrer les définitions des concepts étudiés dans les sous-sections suivantes.

3.2.2 La productivité

La productivité est souvent décrite comme le ratio extrant/intrant (Blank *et al.*, 2000; Martin *et al.*, 1996; Morin *et al.*, 1996), mais plusieurs divergences existent quant à la définition des extrants et des intrants. Quelques-uns limitent les intrants à la main d'œuvre utilisée (Boisvert, 1999), aux heures ou au nombre d'employés (Burritt *et al.*, 2001), alors que la plupart ont une vision plus large des intrants : les ressources consommées (Blank *et al.*, 2000; Contandriopoulos *et al.*, 2000; Martin *et al.*, 1996), les coûts, le temps et les moyens de production (Morin *et al.*, 1996), les facteurs de production (Ménard *et al.*, 1994; Voyer, 1999).

Quant aux extrants, il est souvent question de quantités de produits ou de services (Contandriopoulos *et al.*, 2000; Martin *et al.*, 1996; Morin *et al.*, 1996; Voyer, 1999), auxquelles on commence à ajouter la notion de qualité en parlant de résultats quantitatifs ou qualitatifs (Ménard *et al.*, 1994), d'outputs qui rencontrent les

standards de qualité spécifiés (Martin *et al.*, 1996) ou de quantités de produits de qualité (Morin *et al.*, 1996).

L'association productivité et efficience est fréquente. Pour Sherman (1988), l'efficience est une composante de la productivité. Morin *et al.* (1996) définissent la productivité comme de l'efficience sociotechnique et Hurst *et al.* (2001) associent la productivité d'un système de santé à l'efficience microéconomique.

Tel qu'illustré à la figure 3, la productivité est traditionnellement mesurée à l'aide des quantités produites, en termes de services pour les RISPA. Elle se retrouve à l'intérieur de l'efficience. Par ailleurs, le modèle d'évaluation proposé par Morin *et al.* (1994), puis repris par Morin *et al.* (1996) considère le critère de productivité pour faire état de la dimension efficience économique.

3.2.3 L'efficacité

Gervais (1998) a repéré un consensus dans la littérature à l'effet que l'efficacité est un phénomène multidimensionnel, elle réfère à Anspach (1991) pour la qualifier de phénomène insaisissable et réfractaire à la définition. Selon Hatry (1982, dans Elkin *et al.*, 1985) il ne se manifeste aucune entente générale quant à la signification de l'efficacité, ni à propos de la façon de la mesurer. Mohr (1983) précise qu'il est impossible de fournir un modèle d'efficacité car le contenu des objectifs organisationnels est infini, on peut simplement la circonscrire de façon arbitraire. Cameron *et al.* (1983) affirment aussi la non pertinence d'un modèle universel et considèrent plus utile de développer des cadres de référence.

Le concept d'efficacité est souvent défini par rapport à un objectif. Il constitue les résultats, les effets directs (Bourgueil *et al.*, 2001) obtenus par rapport aux objectifs (Ménard *et al.*, 1994); il indique le degré d'atteinte de l'objectif (Boisvert, 1999; Etzioni, 1964, dans Elkin *et al.*, 1985; Ménard *et al.*, 1994; Voyer, 1999).

Atkinson *et al.* (1999) le présentent comme une caractéristique qui s'applique à un processus en faisant référence à sa capacité d'atteindre des objectifs, alors que Katz et Khan (1978, dans Elkin *et al.*, 1985) le perçoivent comme l'habileté d'une organisation à s'adapter, manipuler ou répondre aux attentes de l'environnement externe. Dans une organisation, l'efficacité est aussi vue comme un jugement, prononcé par les multiples groupes intéressés, sur les activités, les produits, les résultats ou les effets, comme une norme de la performance organisationnelle (Morin *et al.*, 1994) et comme une préoccupation majeure pour la gestion (Elkin *et al.*, 1985).

Laine, Linna, Häkkinen et Noro (2005) ayant étudié l'efficacité technique, qu'ils associent à l'efficacité de production, ont identifié une corrélation négative entre la prévalence de l'escarre de décubitus (communément nommée plaie de lit) et le coût des soins par personne âgée dans des CHSLD. En s'appuyant sur ces résultats, ces auteurs insistent sur l'importance d'inclure la qualité des soins (représentée par des états de santé comme l'escarre de décubitus) à l'évaluation de l'efficacité des soins de santé. À cet effet, Gianfaldoni (1992) considère que l'efficacité et l'efficacité sont deux construits indissociables, l'efficacité devrait être réalisée sous la contrainte d'efficacité. Aussi, Horngren, Foster et Datar (1994, dans Abernethy et Lilis, 2001) affirment que l'atteinte d'objectifs d'efficacité est synonyme de l'atteinte d'objectifs d'efficacité et Brassard (1993, dans Morin *et al.*, 1994) constate que souvent l'efficacité est réduite ou assimilée à l'efficacité. Par ailleurs, Abernethy *et al.* (2001), référant au tableau de bord équilibré proposé par Kaplan *et al.* (1996), voient ces deux dimensions comme un renforcement mutuel.

Le contexte économique actuel (Morin *et al.*, 1996) et l'économie de marché (Cherny *et al.*, 1992) suggèrent une vision assez large de l'efficacité, car les biens ou services produits sont un output secondaire, la finalité étant la satisfaction de la demande (Cherny *et al.*, 1992) ou des besoins qu'on peut associer à des objectifs d'efficacité. Il n'est donc pas pertinent de limiter la notion d'efficacité à un aspect quantitatif, il faut aussi tenir compte, selon les objectifs organisationnels, de la qualité

(Blank, 2000; Martin *et al.*, 1996; Morin *et al.*, 1996), de la durabilité, de la confiance, de la responsabilité sociale ou de la correspondance des biens et services avec les exigences du marché (Morin *et al.*, 1996).

Nous retenons une vision élargie du concept d'efficacité, c'est-à-dire qui ne se limite pas aux quantités produites. L'efficacité indique dans quelle mesure les finalités (objectifs primaires ou objectifs finaux) ont été réalisées. De plus, nous considérons que l'efficience ne peut être réalisée si l'efficacité ne l'est pas, conséquemment, l'efficience englobe l'efficacité, tel qu'illustré à la figure 3.

Ceci termine l'examen des concepts liés à l'efficience. La figure 3 illustre bien les définitions retenues. La productivité représente la relation entre les ressources utilisées et les quantités de services produits. L'efficacité réfère au degré d'atteinte des objectifs, en termes d'effet pour les clients, généré par les services produits. L'efficience consiste en la relation entre les ressources utilisées et les résultats finaux, en termes d'effet pour les clients. L'efficience englobe la productivité et l'efficacité. L'efficience ne pourrait donc pas être réalisée sans l'atteinte de l'efficacité pour les clients. Quant à la performance, il s'agit d'un concept très large qui inclut l'efficience et plusieurs autres dimensions objectives et subjectives, quantitatives et qualitatives, rétrospectives et prospectives, financières et non financières. Notre étude est concentrée sur l'efficience.

La littérature consultée ne propose pas de typologie de l'efficience. Sans prétendre à une classification exhaustive, nous tentons d'en circonscrire les différentes conceptions.

3.3 La typologie de l'efficience

De prime abord, il convient de préciser qu'une mesure d'efficience est relative. Elle est utile lorsqu'elle est comparée (Fischer, 1994) à un standard, une

mesure de base, un niveau potentiel, des valeurs historiques (Elkin *et al.*, 1985), les résultats d'une autre unité administrative (Sherman, 1988), des données provenant d'exercices financiers, d'organisations ou de programmes différents (Brooks, 1985; Drummond *et al.*, 1998; Sherman, 1988), ou de comparaisons entre une situation observée et un budget ou une cible (Blank *et al.*, 2000).

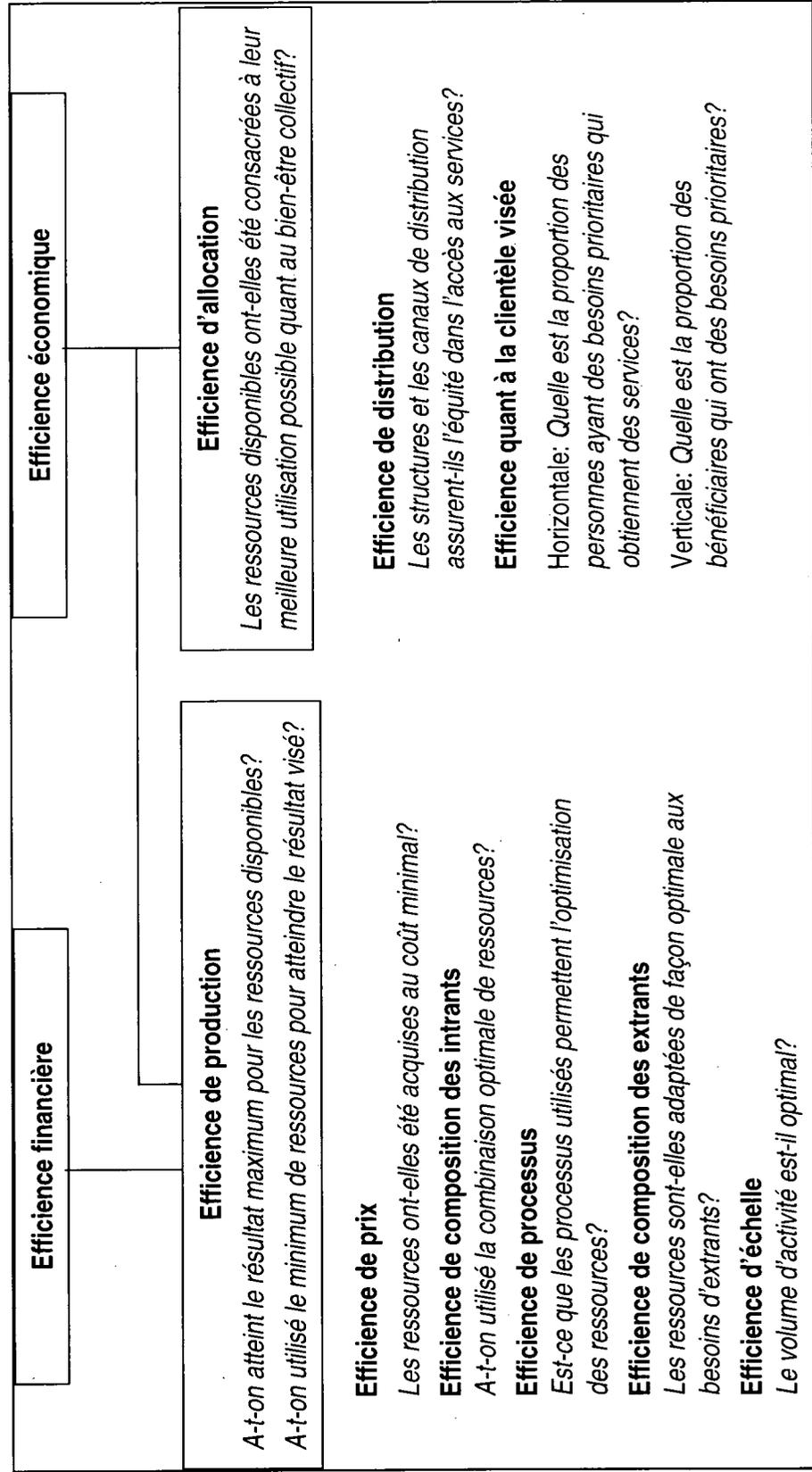
La figure 4, qui propose une illustration des types d'efficacité, regroupe deux grands types d'efficacité, l'efficacité financière et l'efficacité économique.

L'efficacité financière est inspirée du concept de rendement financier proposé par les écrits en comptabilité, discutés à la sous-section précédente. Elle est aussi nommée profitabilité (Burritt *et al.*, 2001) ou rentabilité financière (Morin *et al.*, 1996). Cette efficacité financière est tributaire de l'efficacité de production. Dans le domaine des services publics, le concept d'efficacité le plus large est l'efficacité économique. Elle met en relation les coûts et les effets d'un programme, par le biais de l'efficacité de production, ou dépasse les limites d'un programme par le biais de l'efficacité d'allocation (Drummond *et al.*, 1998).

3.3.1 *L'efficacité de production*

L'efficacité de production, associée à la productivité (Burritt *et al.*, 2001; Contandriopoulos *et al.*, 2000; Morin *et al.*, 1996), est aussi nommée efficacité technique (Blank, 2000; Davies, 1992; Sherman, 1988) ou efficacité sociotechnique (Morin *et al.*, 1996). Elle peut porter sur des résultats intermédiaires ou finaux (Aday, Begley, Lairson et Slater, 1998). Deux approches supportent l'efficacité de production : la recherche du résultat maximum à partir des ressources disponibles (Bourgueil *et al.*, 2001; Bowlin, 1984; Martin *et al.*, 1996; Sherman, 1988); l'utilisation du minimum de ressources pour atteindre un résultat visé (Aday *et al.*, 1998; Atkinson *et al.*, 1999; Boisvert, 1999; Brooks, 1985; Cherny *et al.*, 1992; Gianfaldoni, 1992; Sherman, 1988).

Figure 4
L'illustration des types d'efficacité



L'efficacité de production illustre l'efficacité globale découlant d'efforts d'optimisation axés sur les intrants ou inspirés par les extrants. Cette efficacité peut se manifester au niveau des coûts unitaires de production (Elkin *et al.*, 1985; Voyer, 1999), des quantités produites (Voyer, 1999) et du niveau de productivité du personnel (Elkin *et al.*, 1985). On peut aussi l'expliquer à l'aide d'un taux d'utilisation effective de la capacité disponible (Elkin *et al.*, 1985; Voyer, 1999) ou d'un ratio des services rendus sur un maximum faisable à partir des ressources disponibles (Blank, 2000).

De façon spécifique, tel que le démontre la figure 5, cinq types d'efficacité peuvent expliquer l'efficacité globale de production. Les trois premiers types concernent les intrants, l'efficacité de prix, l'efficacité de composition des intrants et l'efficacité de processus. Alors que les deux derniers se rapportent aux extrants, l'efficacité de composition des extrants et l'efficacité d'échelle.

L'efficacité de prix met l'accent sur l'acquisition des ressources appropriées au prix le moins élevé possible (Sherman, 1988).

L'efficacité de composition des intrants suggère de profiter au maximum de substitutions potentielles en fonction des prix relatifs des ressources (Davies, 1992) ou de chercher la combinaison optimale de ressources (Sherman, 1988) permettant de produire les résultats visés.

L'efficacité de processus, ou efficacité opérationnelle (Gadrey, 2003), est basée sur la conformité aux plans (Atkinson *et al.*, 1997) ou sur la capacité d'un processus d'utiliser le moins de ressources possibles pour produire les résultats attendus (Atkinson *et al.*, 1999). Brooks (1985) parle aussi d'efficacité dynamique qu'on peut relier avec les processus, car elle est basée sur l'identification d'un taux optimal de changement technologique.

L'efficacité de composition des extrants, quant à elle, met l'accent sur l'adaptation des intrants, aux besoins spécifiques d'extrants (Davies, 1992).

L'efficacité d'échelle, dernière constituante de l'efficacité de production, réfère à un volume d'activité optimal (Frossard *et al.*, 2001; Sherman, 1988).

3.3.2 *L'efficacité d'allocation*

Quant à la deuxième grande constituante de l'efficacité économique, l'efficacité d'allocation, elle consiste à réaliser l'allocation optimale des ressources pour produire les résultats prioritaires quant au bien-être collectif (Aday *et al.*, 1998; Drummond *et al.*, 1998). Il semble qu'aucune mesure d'efficacité d'allocation ne soit disponible (Aday, *et al.*, 1998; Hurst *et al.*, 2000). D'après Arrow (1963, dans Aday *et al.*, 1998) il a été démontré que le développement d'une fonction de bien-être collectif au niveau de l'ensemble n'est pas possible. Aday *et al.* (1998) soulignent deux obstacles pouvant expliquer l'absence de telles mesures, le manque de modèles d'analyse de l'effet de l'allocation des ressources sur le bien-être collectif et le manque d'information sur la relation entre l'utilisation des services de santé et la santé. Brooks (1985) va plus loin en fondant l'efficacité d'allocation sur l'optimal de Pareto (1972) pour l'appliquer au domaine de la santé, en précisant que pour savoir si les ressources consacrées aux soins de santé pourraient produire de plus grands bénéfices s'ils étaient alloués à d'autres secteurs de l'économie, il faudrait une étude majeure des ressources et de la demande de tous les secteurs, ce qui constitue une tâche incommensurable.

Toutefois, Brooks (1985) suggère que si certaines imperfections d'allocation peuvent être réduites lors de l'allocation de nouvelles ressources, ceci peut certainement améliorer le bien-être collectif. Cet auteur propose donc l'efficacité de distribution.

L'efficacité de distribution, selon Brooks (1985), consiste à s'assurer que les arrangements structurels et les canaux de distribution assurent l'accès aux services de façon juste et équitable, tout en considérant que la définition d'équité et de justice est nécessairement un jugement de valeur. Une autre approche peut témoigner d'un accès équitable aux services, l'efficacité quant à la clientèle visée.

L'efficacité quant à la clientèle visée, proposée par Davies (1992), réfère à une clientèle prioritaire. Elle peut prendre une forme horizontale ou verticale. Le ratio d'efficacité horizontale illustre la proportion des personnes ayant des besoins prioritaires qui obtiennent des services, tandis que le ratio d'efficacité verticale concerne la proportion des bénéficiaires d'un programme qui ont des besoins prioritaires.

À la lumière des définitions étudiées à propos du construit d'efficacité, nous retenons que l'efficacité englobe la productivité ainsi que l'efficacité. Nous pouvons juger de l'efficacité d'un programme par des mesures différentielles, c'est-à-dire que la relation extrant/intrant du programme doit faire l'objet d'une comparaison à une cible ou aux résultats d'un autre programme. Il est aussi important que les extrants considérés portent sur les finalités du programme. Suite au travail de recension des écrits ayant mené à l'illustration des types d'efficacité, nous constatons que l'efficacité de production est la mesure globale d'efficacité présentant le meilleur degré de faisabilité pour témoigner de l'efficacité économique du RISPA.

Nous poursuivons avec un bref survol des techniques générales de mesure de l'efficacité.

4. LA MESURE DE L'EFFICIENCE

Dans la littérature comptable, la mesure de l'efficacité de production est principalement axée sur l'économie des ressources et la productivité. Morin *et al.* (1996) proposent quelques indicateurs pour mesurer l'économie des ressources : la rotation des stocks, la rotation des comptes clients ou le délai de recouvrement des comptes clients, le taux de rebuts et le pourcentage de réduction du gaspillage.

Quant à la productivité, Sherman (1988) passe en revue différentes techniques servant à mesurer la productivité dans le secteur des services. La première, très populaire dans la littérature de comptabilité de management (*ibid*, p. 22), est basée sur un système de coûts standards. Un coût standard est « [...] une norme [...] un point de repère préétabli. [...] le coût tel qu'il serait dans des conditions idéales selon les études des ingénieurs, c'est-à-dire lorsque la production est efficace, efficiente et économique. » (Boisvert, 1999, p. 74). Atkinson *et al.* (1999) précisent que l'utilité de ces systèmes est restreinte aux situations dans lesquelles les processus de production sont stables. La littérature s'intéresse surtout aux activités manufacturières pour lesquelles les standards sont utiles pour évaluer le coût des stocks (Sherman, 1988). Dans le secteur manufacturier, il est plus courant de disposer de standards illustrant une efficacité absolue, un standard d'ingénierie (Boisvert, 1999; Sherman, 1988). Mais il est rare de disposer de tels standards dans le secteur des services (Sherman, 1988). Pour pallier ce manque, les organisations établissent des standards historiques, basés sur les opérations des années antérieures. Cependant, Atkinson *et al.* (1999) soulignent qu'un effort exagéré pour satisfaire aux standards (actuels ou historiques) peut détourner l'attention des impératifs stratégiques et, conséquemment, nuire à la performance. Aussi, peu d'évidences permettent d'attester de l'efficacité des opérations ayant servi de base pour les standards historiques (Sherman, 1988).

Selon Sherman (1988), les ratios sont aussi des techniques utiles pour mesurer la productivité, Morin *et al.* (1996) proposent la rotation de l'actif total ou de l'actif

immobilisé, des ratios illustrant le rapport entre le niveau d'activités et leurs coûts de production ou leurs temps de production. Mais Sherman (1988) souligne le danger d'une utilisation trop stricte des ratios, un seul ratio donne une information trop parcellaire pour permettre de conclure à l'efficacité ou l'inefficacité. Le recours à un ensemble de ratios est sans doute préférable, mais il entraîne des difficultés au niveau de l'interprétation (*ibid*, p. 25), il est essentiel de disposer d'une norme inspirée des organisations dont la productivité a été démontrée.

D'autres mesures comme la rentabilité, notamment le ROI (*return on investment*) informent à propos de la productivité générale, mais ils ne sont d'aucune utilité pour évaluer l'efficacité des activités du secteur public (Sherman, 1988), notamment pour les SSSS publics comme celui du Québec.

Sherman (1988) consacre un chapitre à la méthode d'enveloppement des données (DEA pour *data envelopment analysis*). Julnes (2000) considère que cette méthode se compare avantageusement aux techniques comme l'analyse coût-avantage pour évaluer la productivité dans le secteur public. La DEA est une analyse statistique non paramétrique qui compare les résultats (intrants et extrants) d'une unité décisionnelle à un optimal déterminé à partir d'un ensemble d'unités comparables (*ibid*, p. 632). Bien que la DEA soit de plus en plus utilisée pour l'évaluation des SSSS (Afonso et St.-Aubyn, 2005) ou des hôpitaux (Harrison et Sexton, 2006; Jeanrenaud, 2006), elle n'est pas pertinente pour l'évaluation de l'efficacité d'un RISPA, car elle nécessite un grand nombre d'unités comparables (Leitner, Schaffhauser-Linzatti, Stowasser et Wagner, 2005). Jeanrenaud (2006) souligne l'importance des facteurs à prendre en compte afin de s'assurer que les unités sont vraiment comparables, notamment la qualité des services et le profil des clientèles traitées. De plus, nous ne disposons pas d'unités comparables aux RISPA de type coordination, ils sont récents, peu nombreux et les données disponibles à propos des différents types de RISPA manquent d'uniformité.

Sherman (1988) parle aussi d'analyses d'efficience comparative afin de pallier l'inexistence de standard d'ingénierie ou de norme établie. Ces comparaisons font appel au jugement, aux opinions, à des données historiques ou à d'autres organisations pour évaluer l'efficience des opérations. Ces analyses comparatives peuvent mettre à profit les techniques d'analyse économique de type analyse coût-efficacité ou coût-avantage, abordées par Julnes (2000). La littérature en économie de la santé ayant adapté ces types d'analyses à son contexte, nous les étudions à la sous-section 4.2.

Mesurer l'efficience n'est pas une tâche simple. Dans cette section nous avons constaté que les mesures d'efficience absolue ne sont pas disponibles dans le secteur des services, particulièrement celui des services sociaux et de santé. Nous devons nous concentrer sur une mesure d'efficience relative qui implique une comparaison. Bien qu'il existe différentes techniques de comparaison, les analyses seront valables seulement si les unités observées sont comparables.

4.1 La mesure de l'efficience d'un RISPA

Rappelons que notre intérêt porte sur l'efficience de production d'un RISPA, telle qu'illustrée à la figure 4. L'efficience de production vise le meilleur résultat possible en fonction des ressources utilisées (disponibles). C'est une mesure globale susceptible de fournir des informations générales quant à l'efficience du RISPA sans cibler de source précise d'efficience ou d'inefficience telles que les efficacités de prix, de composition des intrants, de processus, de composition des extrants ou d'échelle. Par ailleurs, Gadrey (1996) sème le doute quant à la possibilité ou la validité d'études aussi détaillées dans le cadre d'organisations de services. Il s'inspire de théories économiques pour souligner la difficulté de circonscrire un acte et ses conséquences. Aussi, une composante importante des RISPA, la gestion de cas, ne produit pas de résultat par elle-même, mais elle peut y contribuer avec la bonne combinaison de ressources (Davies, 1992). Finalement, il nous semble important de

saisir la synergie, l'apport du travail d'interface dans les relations de services et de coopération (Charriaux et Schwartz, 1992) à l'intérieur du RISPA.

Par ailleurs, l'inexistence de normes reconnues, de standards ou de données historiques, nous oblige à recourir à l'analyse comparative d'un RISPA avec un ensemble de dispensateurs de services pour les personnes âgées d'un territoire comparable, mais non intégré en réseau.

Considérant la littérature en économie de la santé, l'évaluation de l'efficience d'un programme requiert une analyse économique complète (Bourgueil *et al.*, 2001) qui peut être définie comme une analyse comparative de programmes sur la base de leurs coûts et de leurs effets (Drummond *et al.*, 1998). Les données comparées doivent systématiquement exclure les éléments de coût ou d'effet communs aux programmes comparés (Bourgueil *et al.*, 2001). Il est alors question d'une analyse différentielle.

La définition des coûts et des effets d'un programme dépend de la perspective adoptée. Il semble y avoir consensus en faveur de la perspective sociétale (Byford et Raftery, 1998; Drummond *et al.*, 1998; Gold, Siegel, Russel et Weinstein, 1996; Horan et Saint, 2001) qui implique la considération de toutes les sources publiques, privées et bénévoles, notamment pour privilégier la prise en compte du bien-être de la société et pour favoriser la comparaison avec d'autres études. Cette perspective nous semble aussi la plus pertinente dans le cas du RISPA à l'étude car il vise l'intégration des services provenant de toutes sources. Toutefois, nous appliquerons l'approche sociétale seulement à la composante coût, car pour la composante effet nous avons retenu les effets pour les personnes âgées et leurs aidants conformément aux définitions d'efficience et d'efficacité retenues dans le contexte théorique.

Puisque notre intention est de comparer deux grandes composantes, le coût différentiel et l'effet différentiel du RISPA, il existe neuf combinaisons de résultats

coût/effet possibles. Nous illustrons, à la figure 5, ces combinaisons pour la comparaison d'un RISPA avec la situation de statu quo, un ensemble de dispensateurs de services non intégrés (SNI).

Figure 5
Le cadre d'analyse de l'efficacité d'un RISPA

		RISPA comparé aux SNI		
		Effet		
		-	=	+
C o û t	+	moins efficent	moins efficent	à définir
	=	moins efficent	autant efficent	plus efficent
	-	moins efficent	plus efficent	plus efficent

La littérature propose généralement quatre types d'analyses économiques. Elles sont résumées au tableau 4. Les résultats en termes de coût et d'effet du programme à l'étude (voir figure 5), ainsi que la nature des unités de mesure utilisées, influent sur le choix du type d'analyse économique (Drummond *et al.*, 1998). C'est pourquoi nous étudions ces types d'analyses en fonction des différentes possibilités identifiées à la figure 5.

Tableau 4
Les types d'analyses économiques

Type d'analyse	Applicable lorsque	Résultat
Analyse de minimisation des coûts (AMC)	le ou les effets des deux programmes sont équivalents	coût net de chaque programme
Analyse coût-efficacité (ACE)	un seul effet, commun à tous les programmes, est pris en compte, mais cet effet est réalisé à des degrés différents; l'effet est mesuré en unités naturelles	coût par unité d'effet (e.g., coût par année de vie sauvée)
Analyse coût-utilité (ACU)	un ou plusieurs effets, pas nécessairement communs à tous les programmes, sont pris en compte; les effets sont mesurés en fonction de préférences pour des résultats de santé qui sont des pondérations d'utilité	coût par unité d'utilité (e.g., coût par QALY)
Analyse coût-avantage (ACA)	un ou plusieurs effets, pas nécessairement communs à tous les programmes, sont pris en compte; les effets sont mesurés en unités monétaires	différence, en valeur monétaire, entre les avantages et le coût

Si le RISPA produit un effet inférieur à celui produit par les SNI, il ne peut être considéré comme efficient. Il serait donc jugé moins efficient, ce qui est illustré dans la colonne de gauche de la figure 5 aux deux premières lignes, coût supérieur ou équivalent. Au bas de cette même colonne, certains pourraient juger un coût inférieur comme un signe d'efficience, négligeant le piètre effet. Cependant, selon les

discussions de la sous-section 3.2.3, nous considérons que l'efficacité doit être réalisée pour que l'efficience le soit. Ainsi, il ne peut être question d'efficience si le coût et l'effet sont inférieurs désignant le RISPA comme non efficace. Par ailleurs, dans cette situation de coûts et d'effets inférieurs, on pourrait considérer que le RISPA est efficient parce qu'il libère des fonds qui pourraient être utilisés de façon plus efficiente par un autre programme. Cependant, l'efficience de production qui nous intéresse est mesurable à l'intérieur d'un programme. Si nous comptons sur un autre programme pour réaliser l'efficience, il est alors question d'efficience d'allocation. Nous avons expliqué notre choix de ne pas tenter de mesurer l'efficience d'allocation à la sous-section 3.3.

Advenant que les effets des deux programmes soient équivalents, colonne du centre de la figure 5, s'intéresser au programme dont les coûts sont les moins élevés revient à l'analyse de minimisation des coûts. Nous retenons le RISPA seulement s'il engendre un coût inférieur à celui des SNI, tel qu'illustré par la mention « plus efficient » à la ligne du bas.

Si l'effet du RISPA est supérieur à celui des SNI et que son coût est inférieur, le RISPA est alors considéré comme l'alternative dominante (Drummond *et al.*, 1998; Horan *et al.*, 2001), nous pouvons conclure qu'il est plus efficient. La conclusion est la même si les coûts des deux programmes sont équivalents. Ces deux situations sont illustrées à la figure 5 par la colonne de droite aux deux dernières lignes. Finalement, si l'effet et le coût du RISPA sont supérieurs, ce qui est assez courant pour un nouveau programme (Horan *et al.*, 2001), il faudra définir si le RISPA est plus efficient en réalisant une analyse économique.

Nous pourrions utiliser l'analyse coût-efficacité (ACE). Cependant, ce type d'analyse permet de prendre en compte un seul type d'effet. Son application entraîne la compilation de ratios coût/effet. Puisque notre étude prévoit le recours à plusieurs

variables d'effet pour les personnes âgées qu'il n'est pas possible d'agréger, nous jugeons cette analyse moins pertinente.

L'analyse coût-utilité (ACU) est plus versatile, elle permet de comparer des programmes qui produisent un ou plusieurs types d'effets, même si les programmes comparés ne produisent pas le même type d'effet. Pour ce faire, le ou les effets doivent être traduits en termes d'utilité. L'utilité étant prise dans un sens large, elle représente les préférences individuelles ou de société pour un ensemble particulier de conséquences sur la santé. L'unité de mesure souvent utilisée dans ce genre d'étude est le QALY (*quality-adjusted life-years*). Il comporte deux dimensions, l'amélioration de la qualité de vie (amélioration de l'état de santé, réduction de la maladie) et le nombre d'années de vie ajoutées (quantité gagnée, réduction de la mortalité). Le nombre de variables d'effets est aussi un obstacle à l'utilisation de ce type d'analyse.

L'analyse coût-avantage (ACA) est tout aussi versatile, mais elle présente une difficulté importante, l'attribution d'une valeur monétaire aux différents effets sur la santé. Les trois méthodes (le capital humain, la disposition à payer et la budgétisation) proposées dans la littérature sont contestées (Drummond *et al.*, 1998; Mishan, 1971, dans Drummond *et al.*, 1998). Par ailleurs, l'utilisation de l'ACA semble plutôt rare dans la littérature médicale (Horan *et al.*, 2001), notamment parce qu'il est difficile (Contandriopoulos *et al.*, 2000) et immoral d'attribuer une valeur monétaire à des résultats de soins de santé (Petitti, 2000). La vie n'aurait pas de prix selon Wholey, Hatry et Newcomer (1994). Ces réticences éthiques nous encouragent à chercher une autre approche pour tenir compte de plusieurs types d'effets.

L'analyse coût-conséquence (ACC) fournit une alternative intéressante convenant à tous les résultats possibles selon les 9 cases du cadre d'analyse présenté à la figure 5. Dans cette analyse, les coûts et les effets, de natures variées, sont compilés mais non agrégés (Mauskopf, Paul, Grant et Stergachis, 1998). Selon

Rousseau, Contandriopoulos et Bélanger (2003), en fournissant des composantes de coûts et des composantes de résultats, cette approche définit et mesure l'ensemble des éléments à considérer dans une décision, sans en définir préalablement le poids relatif. Ces auteurs ajoutent que l'ACC « [...] permet aux différents groupes de décideurs qui ont des perspectives, des responsabilités et des besoins différents d'avoir accès à l'information dans un format simple » (p. 62). Selon Mauskopf *et al.* (1998), en plus de permettre aux décideurs de sélectionner les composantes les plus pertinentes pour eux, l'ACC favorise la crédibilité des données.

Puisque nous étudions plusieurs effets pour les personnes âgées et leurs aidants et étant donné les limites identifiées quant à l'ACE, l'ACU et l'ACA, nous retenons l'ACC avec une application partielle quant à la composante coût. Les auteurs suggèrent de fournir les résultats par catégories de dépenses. Dans le cadre de notre étude, nous jugeons plus pertinent d'agréger toutes ces catégories afin de connaître l'impact du RISPA sur l'ensemble des services utilisés par les personnes âgées. Toutefois, nous compilons séparément les coûts selon les sources de financement.

Ceci termine l'étude du concept d'efficience et des techniques pour le mesurer dans le contexte des RISPA. Nous examinons les études évaluatives portant sur des RISPA qui ont inspiré nos hypothèses de recherche.

5. LES ÉVALUATIONS DE RISPA DÉJÀ RÉALISÉES

Les RISPA de type intégration complète ont fait l'objet de quelques études évaluatives, nous les résumons à la première sous-section. À notre connaissance, une seule étude évaluative porte sur un RISPA de type coordination, elle est présentée à la deuxième sous-section. Nous terminons cette section avec une synthèse des principaux résultats relevés dans toutes ces études.

5.1 Les RISPA de type intégration complète

Nous étudions d'abord les expérimentations se situant aux États-Unis : le programme Channeling, les PACE et les Social health maintenance organization (SHMO). Nous poursuivons avec quelques programmes européens, le programme Darlington du Royaume-Uni, ceux de Rovereto et du Silver Network Home Care Project (SNHC) en Italie, pour terminer avec les programmes canadiens Comprehensive home option of integrated care for the elderly (CHOICE) de l'Alberta et SIPA du Québec.

5.1.1 *Le programme Channelling*

L'étude Channelling est une recherche expérimentale avec répartition aléatoire de 6 341 personnes (Corson *et al.*, 1986) qui avaient fait application au programme (Kemper *et al.*, 1986) et répondaient aux critères suivants : âgées de 65 ans et plus, présentant deux à trois incapacités, des besoins non comblés et vivant à domicile (Corson *et al.*, 1986). Cette étude visait à étudier les effets de l'ajout de la gestion de cas et de services à domiciles bonifiés (Kemper *et al.*, 1986) suivant deux modèles d'intégration, celui avec un gestionnaire de cas ayant une fonction de contrôle financier (GCF) et celui dont le gestionnaire de cas n'a pas de fonction de contrôle (GC).

Une dizaine de RISPA ont été implantés dans des départements spécifiques à l'intérieur d'organismes humanitaires ou d'agences privées sans but lucratif et leurs composantes sont le repérage des personnes âgées à risque d'institutionnalisation, la gestion de cas (avec et sans contrôle financier), la planification des soins et l'utilisation d'outils standardisés d'évaluation de l'admissibilité (Corson *et al.*, 1986). Soulignons que, parmi les participants des groupes témoins, 10 à 20 % ont aussi reçu des services de gestion de cas puisque ces services étaient disponibles avant l'expérimentation (Kemper *et al.*, 1986).

Les résultats publiés portent sur une période de 18 mois débutée en 1982 et sont basés, selon les variables, sur des échantillons variant entre 406 et 6 326 personnes âgées (Corson *et al.*, 1986). Les données ont été collectées dans divers registres, Medicare, Medicaid ou fournisseurs de services et lors d'entrevues téléphoniques avec les participants pour connaître les heures de services reçus au cours de la semaine précédant les entrevues réalisées à 6, 12 et 18 mois. Bien qu'elles soient moins exactes sur le plan conceptuel, les sommes remboursées par les différents programmes d'assurance et les frais facturés par les fournisseurs ont servi à estimer les coûts unitaires moyens, en raison de leur disponibilité (Corson *et al.*, 1986).

Parmi les services de proximité, Corson *et al.* (1986) ont évalué les soins infirmiers et d'assistance pour les activités de la vie quotidienne (AVQ), les activités de la vie domestique (AVD), les consultations avec différents professionnels de la santé, les services médicaux, les fournitures et les équipements médicaux, les repas livrés à domicile, les déplacements, les visites au centre de jour, les services sociaux, les services de répit, les services psychiatriques, les services de gestion de cas et les coûts liés à l'hébergement dans des résidences individuelles ou collectives. Pour les services institutionnels, ils ont considéré les coûts hospitaliers et les coûts de *nursing home*. Dans l'ensemble, les services évalués étaient assumés par le secteur public et le secteur privé (défrayés par des assurances ou les personnes elles-mêmes).

Les études consultées concluent que le programme Channeling n'a eu aucun effet sur le nombre d'admissions à l'hôpital, le nombre de jours d'hospitalisation et le nombre de jours en hébergement de longue durée (Kemper *et al.*, 1986), qu'il a eu pour effet d'accroître l'utilisation des services formels à domicile (Corson *et al.*, 1986; Kemper *et al.*, 1986) et ce de façon statistiquement significative dans le cas du modèle GCF (Corson *et al.*, 1986). Conséquemment, les coûts de l'ensemble des services institutionnels et de proximité publics ont augmenté de 458 \$US en 18 mois

pour le modèle de GC et ces mêmes services de sources publiques et privées ont augmenté de 186 \$US, pour la même période, pour le modèle de GCF (Corson *et al.*, 1986). Il en résulte une réduction des coûts privés de 7 % pour les deux modèles (Kemper *et al.*, 1986). Par ailleurs, Thornton *et al.* (1988) font ressortir des coûts mensuels moyens plus élevés de 83 \$ pour le modèle de GC et de 287 \$US pour le modèle de GCF.

Quant aux effets sur la condition des clients, le programme Channeling aurait réduit les besoins non comblés de façon statistiquement significative (seuil de 1 %) pour les deux modèles, amélioré la satisfaction des personnes âgées et des aidants quant à la vie de façon significative, amélioré la satisfaction des aidants quant à l'organisation des services de façon significative (seuil de 1 %), produit une réduction faible (0,2 sur un maximum de 5), mais significative (seuil de 1 %), des incapacités quant aux AVQ, et ce pour le modèle de GCF seulement (Kemper *et al.*, 1986).

En résumé, l'intensification des services à domicile du programme Channeling a fait augmenter les coûts publics de 14 % à 28 %, selon le modèle, réduire les coûts privés de 7 %, n'a pas eu d'effet sur l'utilisation des services institutionnels et a produit quelques effets bénéfiques pour les clients.

5.1.2 *Le programme PACE*

Le programme PACE, inspiré du projet On Lok créé en 1971 dans le quartier chinois de San Francisco (Eng *et al.*, 1997), a débuté en 1986 (Branch *et al.*, 1995) avec l'obtention de financement de la Robert Wood Johnson Foundation et du gouvernement (Bodenheimer, 1999). Selon Bodenheimer (1999), 24 sites étaient en opération en 1999. Chaque site est constitué d'un centre de santé dont le financement par capitation provient des programmes Medicare, Medicaid et de contributions privées (Johri *et al.*, 2003). Les centres de santé emploient une équipe interdisciplinaire (incluant un médecin de famille) pour faire la gestion de cas et

dispenser les services requis (Branch *et al.*, 1995; Eng *et al.*, 1997), le tout dans l'optique de maintenir l'indépendance fonctionnelle des participants, leur permettant de rester à domicile, le tout à coût égal ou moindre que l'institutionnalisation (Kane *et al.*, 1992). Les personnes admises au programme sont âgées de 55 ans ou plus, vivent sur le territoire desservi par le centre de santé et sont admissibles à l'hébergement de longue durée (*nursing home*) selon les critères du programme Medicaid (Eng *et al.*, 1997).

Il existe un grand nombre d'écrits relatifs au programme PACE portant sur des sujets très variés, nous retenons ceux qui fournissent des résultats quant à l'utilisation des services, leurs coûts et les effets pour la clientèle.

En comparant l'utilisation de l'hospitalisation par les participants du programme PACE avec des moyennes nationales, quelques auteurs (Bodenheimer, 1999; Eng *et al.*, 1997; Wieland *et al.*, 2000) ont observé une réduction du nombre de jours d'hospitalisation. Johri *et al.* (2003), en s'appuyant sur les travaux de Branch *et al.* (1995) et de Eng *et al.* (1997) concluent que le programme PACE aurait réussi à réduire l'utilisation inappropriée de l'hospitalisation. La littérature propose quelques indices de réduction des coûts de l'ordre de 14 % à 39 %, basés sur des facteurs de lourdeur (Eng *et al.*, 1997) ou une étude réalisée par une firme privée (White, 1998, dans Bodenheimer, 1999).

Cette firme privée a aussi rapporté une meilleure qualité de vie et une meilleure autonomie fonctionnelle des participants au programme PACE en comparaison à une population similaire (Chatterji, Burstein, Kidder et White, 1998). Eng *et al.* (1997) ont conclu que les participants au programme PACE étaient satisfaits en comparant le nombre moyen de participants par site qui se désistaient mensuellement (pour une autre raison que le décès), 0,9 désistements, avec le nombre de nouveaux inscrits se situant à 6,1.

En résumé, le programme PACE pourrait réduire l'utilisation de l'hospitalisation, réduire les coûts, améliorer la qualité de vie et l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées.

5.1.3 *Les SHMO*

Les SHMO fournissent sensiblement les mêmes services que le programme PACE, mais imposent des limites quant aux services de proximité de longue durée et d'institutionnalisation (Newcomer *et al.*, 1995) qui, par ailleurs, sont accordés à une partie de la clientèle répondant aux critères d'admission en *nursing home* (Leutz *et al.*, 2005). En principe, l'inscription au SHMO est offerte à tous, mais le SHMO, obligé de respecter certains quotas de personnes admissibles au *nursing home*, en limite l'accès à ces personnes ou constitue des listes d'attente afin de se conformer aux quotas (Leutz *et al.*, 1994).

Newcomer *et al.* (1995) ont réalisé une étude quasi-expérimentale de quatre SHMO avec, d'une part, un groupe expérimental de 10 789 personnes âgées, dont 1 437 présentaient des incapacités au début, auxquelles 1 803 se sont ajoutées au cours des 30 mois de suivi, d'autre part, un groupe témoin de 13 278 personnes âgées résidant sur les mêmes territoires que le groupe expérimental et dont 1 584 présentaient des incapacités au début, auxquelles 1 037 se sont ajoutées en cours d'étude. Les chercheurs ont exercé un contrôle sur les états de santé en répartissant tous les participants en six classes définies en fonction d'un score regroupant des données sur les incapacités et les conditions médicales. Ils ont effectué un suivi de trois ans débutant en 1986, à l'aide de rapports non vérifiés fournissant l'utilisation mensuelle par participant et les coûts de ces services et de formulaires d'évaluation de l'état de santé. Quant aux coûts assumés par les participants présentant des incapacités, ils étaient obtenus par le biais d'entrevues téléphoniques trimestrielles. Au cours de la première année, le risque financier était partagé avec une agence gouvernementale, par la suite les SHMO assumaient seules le risque grâce à un

financement par capitation provenant de Medicare, Medicaid et de primes payées par les membres.

Les types de dépenses mesurées sont les frais d'hospitalisation, de services ambulatoires, de soins de longue durée en *nursing home* ou en résidence privée et les services à domicile.

Sur le plan des hospitalisations pour les années 1987 et 1988, Newcomer *et al.* (1995) rapportent des coûts moyens généralement moins élevés pour les participants du groupe expérimental, à l'exception des classes de personnes en santé et de personnes très fragiles de deux des quatre SHMO. Cependant, les coûts de *nursing home* ainsi que les coûts des services à domicile sont généralement plus élevés pour les participants du groupe expérimental.

En résumé, dans l'ensemble, les SHMO étudiées ont des dépenses supérieures, elles n'ont pas réussi à générer suffisamment d'économies grâce à l'intégration pour compenser une couverture étendue de soins de longue durée (Newcomer *et al.*, 1995).

5.1.4 *Le programme Darlington*

Entre 1985 et 1988, Challis *et al.* (1991a,b) ont réalisé une étude quasi-expérimentale sur un projet parmi 28 qui visaient à explorer différents moyens pour fournir des services dans la communauté pour les personnes obtenant leur congé de l'hôpital. Le projet Darlington s'adressait uniquement à des personnes âgées très dépendantes. Le groupe expérimental était constitué de 101 personnes dont l'admissibilité était évaluée par une équipe gériatrique multidisciplinaire en fonction, notamment, de leur niveau de dépendance, de leurs incapacités physiques, de leur contexte familial. Un groupe de comparaison de 113 personnes aux caractéristiques similaires, à l'exception du nombre de jours d'hospitalisation beaucoup plus élevé, a

été constitué dans un établissement de soins de longue durée d'un district voisin qui fournissait sensiblement les mêmes services gériatriques.

Les services fournis au groupe expérimental étaient sous la responsabilité de gestionnaires de cas qui devaient, en plus de dispenser des services et superviser une équipe de préposés à domicile, établir le coût des services rendus afin de s'assurer de ne pas excéder les deux tiers des coûts institutionnels.

Challis *et al.* (1991*b*) ont réalisé des entrevues avec les personnes âgées et leurs aidants, au début, puis après six mois afin de recueillir différentes données. Les coûts des services sociaux, de santé (incluant des frais administratifs) et ceux assumés par les participant sont des coûts d'opportunité en £ de 1986-1987. Les coûts privés sont basés sur un sondage sur les dépenses familiales de 1986.

Les types de dépenses évaluées comprennent les frais de résidence et d'alimentation, de services à domicile, de gestion de cas et du support administratif, des hospitalisations, des visites à l'hôpital de jour et aux professionnels de la santé. Ils ont même considéré les coûts de démarrage du programme en termes de temps supplémentaire consacré à l'évaluation ou à la discussion des cas.

Estimés à partir d'un suivi de six mois, les coûts sont moins élevés pour le groupe expérimental, les coûts hebdomadaires, assumés par les secteurs public et privé, comportent une différence de 35 à 170 £ selon le coût unitaire considéré pour estimer les services institutionnels.

Quant aux effets produits en six mois pour les clientèles, Challis *et al.* (1991*b*) font ressortir des différences statistiquement significatives positives sur l'apathie, les activités sociales, la dépression, le fardeau des aidants et la satisfaction générale.

En résumé, en se basant sur un suivi de six mois, Challis *et al.* (1991b) concluent que ce modèle de services est capable de fournir des soins plus efficaces pour les personnes âgées fragiles, puisqu'il produit de plus grands avantages à un coût égal ou inférieur (Johri *et al.*, 2003).

5.1.5 *Le programme de Rovereto*

Au cours de l'année 1995-1996, Bernabei *et al.* (1998) ont étudié un programme d'intégration des services articulé autour de services de gestion de cas et d'une équipe gériatrique multidisciplinaire sous la responsabilité de l'Agence de la santé de la ville de Rovereto. L'échantillon constitué de 200 personnes âgées de 65 ans ou plus qui recevaient préalablement des services de santé ou d'assistance à domicile, a été réparti aléatoirement par stratification en fonction de l'âge et du sexe. Le but de cette recherche était d'évaluer l'impact d'un programme d'intégration des services sociaux et médicaux pour les personnes âgées fragiles vivant à domicile, sur les admissions en institution, l'utilisation et les coûts des services de santé, et sur le déclin de leur autonomie fonctionnelle.

Les données relatives à l'utilisation des services étaient collectées à tous les deux mois par des assistants de recherche non informés du groupe de référence des participants. Les coûts ont été établis à l'aide de coûts moyens par type de service disponibles tirés de rapports statistiques nationaux.

Les résultats démontrent une réduction statistiquement significative du nombre d'hospitalisations, une réduction du nombre de jours d'hospitalisation, du nombre d'admissions et de jours passés en *nursing home*. Sur le plan des coûts, les chercheurs estiment une économie annuelle, basée sur les salaires des gestionnaires de cas, de 23 % qui est expliquée par une réduction des services de proximité, des services hospitaliers et des services de *nursing home*.

Le groupe expérimental présente aussi des différences significatives quant aux effets pour les personnes âgées, notamment une réduction des incapacités pour les AVQ et les AVD, une amélioration des fonctions mentales et une réduction de la dépression.

En résumé, le programme semble avoir atteint ses objectifs à l'intérieur d'un an à l'effet de réduire les admissions et les durées de séjour à l'hôpital ou en institution. Il semble aussi avoir eu un effet positif sur le niveau d'autonomie, les fonctions mentales et le moral des personnes âgées.

5.1.6 *Le programme SNHC*

À Vittorio Veneto, un programme national de soins à domicile, le SNHC a été implanté à partir de 1997 dans le but d'améliorer l'intégration et la coordination des services de santé et sociaux pour les personnes âgées et de réduire les institutionnalisations inutiles (Landi *et al.*, 1999a,b). Ce type de projet fait appel à un centre d'entrée unique, situé dans une agence de santé communautaire, qui donne accès aux services de proximité fournis par cette agence ou les municipalités, le tout structuré en un continuum de soins. Un gestionnaire de cas, appuyé d'une équipe gériatrique multidisciplinaire, fait partie du projet ainsi que l'utilisation d'un outil d'évaluation gériatrique, le Minimum data set for home care (MDS-HC), d'un plan de soins et d'un dossier informatisé pour les services à domicile (Landi *et al.*, 1999a,b).

Une étude réalisée par Landi *et al.* (1999a,b), à l'aide d'un échantillon de 115 personnes âgées avec mesures *pre* et *post*, a permis de faire un suivi de six mois. En 1998, en utilisant le même devis de recherche, Landi *et al.* (2001) ont réalisé une étude portant sur quatre autres programmes du SNHC, avec un échantillon de 1 204 personnes âgées qui ont fait l'objet d'un suivi d'un an.

Les données relatives aux hospitalisations et à leurs coûts ont été obtenues auprès des hôpitaux concernés et les dépenses totales pour les services à domicile ont été tirées des archives du département des services de la santé (Landi *et al.*, 1999a, 2001). Pour les personnes décédées ou institutionnalisées au cours du suivi, le nombre de jours en *pre* a été ajusté afin d'être égal à celui en *post*.

Les deux études font ressortir une réduction du nombre d'hospitalisations (différence significative pour l'étude de 2001), une réduction significative du nombre de jours moyens d'hospitalisation et l'étude de 1999 fait ressortir des durées de séjours significativement moins longues. Sur le plan des coûts, ceci résulte en une réduction significative de 27 % sur un an, générant une économie de 1 200 \$US par personne âgée (Landi *et al.*, 2001). Cette économie prend en compte les coûts du nouveau système intégré qui sont estimés à 670 \$US pour une période de six mois, dont 60 % pour les services de santé et 40 % pour les services sociaux (Landi *et al.*, 1999a).

En résumé, il semble que le SNHC ait réussi à réduire les coûts des hospitalisations à l'intérieur de 6 et 12 mois. Cependant, aucune mesure d'effet pour les clientèles n'est disponible.

5.1.7 *Le programme CHOICE*

Le programme CHOICE est une réplique du programme PACE débutée en 1996 à Edmonton, en Alberta. La firme Pinnel Beaulne Associates Ltd a réalisé une étude, publiée en 1998, dans le but, entre autres, de déterminer si CHOICE est un moyen moins coûteux de fournir des services efficaces à la population ciblée, les personnes âgées fragiles. En tout, 81 personnes âgées, sur les 99 inscrites au programme entre juillet 1997 et avril 1998, et 51 aidants ont participé à l'étude des effets sur les clients. Cependant, l'étude de l'utilisation et des coûts des services est basée sur 260 à 354 personnes avec mesures *pre* et *post*.

Les composantes du programme CHOICE se distinguent un peu du programme PACE, il y a un système d'entrée unique situé à la coordination des soins à domicile du centre de santé de jour, la gestion de cas est assumée par l'équipe multidisciplinaire et CHOICE n'assume pas la responsabilité des services institutionnels. Le financement est assuré en bloc par les autorités locales (Capital Health Authority) et certains médecins sont rémunérés par la province.

Les données relatives aux hospitalisations et aux soins ambulatoires (à domicile ou en clinique) ont été obtenues des autorités locales, les dépenses pharmaceutiques proviennent des réclamations payées par le gouvernement et les coûts ont été fournis par le ministère de la santé de la province. Les périodes étudiées sont variables et les données *pre* ont été ajustées en fonction des données *post* disponibles. Les données portant sur les effets pour les clients ont été recueillies lors d'entrevues deux semaines après l'inscription, puis dix semaines plus tard.

Pinnel Beaulne Associates Ltd (1998) rapportent une réduction des hospitalisations de 30 % et une diminution du nombre de jours d'hospitalisation de 55 %. Ils ont aussi observé un accroissement d'environ 15 % de l'utilisation des services à domicile. Dans l'ensemble, le programme aurait eu pour effet de réduire les coûts.

Par ailleurs, les aidants interrogés estiment fournir en moyenne 181 heures de soins par mois et 20 % d'entre elles affirment avoir renoncé à des revenus d'emploi ou des opportunités afin de soigner leur proche.

Quant aux effets pour les clientèles, 37 % (de 51 participants) rapportent une santé perçue (mesurée à l'aide de l'instrument SF-12) améliorée. Sur le plan de la satisfaction, 95 % des participants seraient très satisfaits ou satisfaits du programme et ce taux est de 100 % pour les aidants.

En résumé, avec des échantillons très variables, Pinnel Beaulne Associates Ltd (1998) font ressortir une réduction des hospitalisations, un accroissement des services à domicile et quelques effets positifs pour les clients.

5.1.8 *Le programme SIPA*

Le programme SIPA est aussi inspiré du programme PACE et il a été implanté dans deux centres SIPA (Bergman *et al.*, 1997) à l'intérieur de CLSC d'accueil (Béland *et al.*, 2001) à partir de 1998. Ils ont atteint la phase de plein fonctionnement en juin 1999 et ont cessé leurs opérations à la fin de mars 2001 (Béland *et al.*, 2004). Une étude expérimentale avec répartition aléatoire, faisant appel à 1 230 personnes âgées fragiles dont la plupart recevaient déjà des services à domicile du CLSC, a été réalisée et fournit des résultats finaux qui portent sur une période de 22 mois (Béland *et al.*, 2006).

Le programme vise à maintenir et promouvoir l'autonomie des personnes âgées fragiles, ainsi qu'à promouvoir une utilisation optimale des soins et services de proximité comme substitut pour les ressources hospitalières et institutionnelles (Johri *et al.*, 2003). L'intégration a fait appel à l'établissement de liens pour les coordinations entre les dispensateurs de services menant à des protocoles de services et d'interventions inter-établissements (Béland *et al.*, 2004). Il y a eu mise en place de gestionnaires de cas et d'équipes interdisciplinaires (Béland *et al.*, 2001) qui avaient la responsabilité des services fournis aux personnes âgées sans restriction du lieu de la prestation (Béland *et al.*, 2004). Aussi, des plans de services intégrés et plusieurs outils ont été créés pour documenter les liens entre les partenaires, notamment un instrument de triage, des listes des coûts approximatifs de certains services. Le financement par capitation, prévu pour la deuxième année, n'a jamais été mis en place, il a été remplacé par une intensification du budget pour les services de

proximité (budget multiplié par 1,5 alors qu'il était prévu qu'il soit multiplié par 5) (Béland *et al.*, 2001).

Béland *et al.* (2001) expliquent les sources des données sur l'utilisation et les coûts des services. Les utilisations proviennent principalement de différentes bases de données gouvernementales, notamment la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), la base de données Med-Écho, le système d'information des CLSC (données manquantes pour les cinq premiers mois), ou directement des dossiers patients des établissements. Une partie de l'utilisation des soins et services, les coûts privés du maintien et le fardeau des proches ont été obtenus par des questionnaires fermés. Les coûts unitaires ont été établis à partir de tarifs gouvernementaux ou de prix de revient établis spécifiquement pour l'étude. Ces prix de revient ont été établis en suivant les principes de la comptabilité par activité et correspondent à un coût moyen des prix des établissements pour annuler l'effet des différences de performance d'un établissement à l'autre tel que suggéré par Raikou, Briggs, Gray et McGuire (2000).

Béland *et al.* (2004) définissent les différents types de dépenses évaluées, parmi les services de proximité, nous retrouvons les visites médicales aux généralistes et spécialistes, les services sociaux et de santé à domicile, les aides techniques à domicile, la résidence en habitation protégée, les visites à l'hôpital de jour et au centre de jour, ainsi que les médicaments. Tandis que pour les services institutionnels, il est question des visites aux urgences hospitalières, des séjours à l'hôpital (courte et longue durée), des hospitalisations d'un jour, des hospitalisations en établissement de réadaptation, de l'hébergement en établissement et des soins palliatifs.

Après un an, aucune différence n'a été observée quant aux admissions et aux durées d'hospitalisation (Béland *et al.*, 2001). La proportion de personnes ayant été hospitalisées au cours des 22 mois est inférieure de 1 % (50 % comparé à 51 %), il

n'y a pas eu de différence sur le plan des institutionnalisations et les services à domicile sont significativement plus utilisés par le groupe expérimental (Béland *et al.*, 2004). Quant aux coûts de l'ensemble des services, ces auteurs ne signalent aucune différence significative observée en 22 mois. Toutefois, pour la même période, les résultats par type de service qui sont rapportés par Béland *et al.* (2004) présentent les différences attendues : réduction du coût des services institutionnels, notamment les services d'hospitalisation, d'urgence et d'institutionnalisation; augmentation du coût des services de proximité, notamment les services du CLSC (différence significative), les services à domicile (différence significative), les visites aux médecins de famille et aux spécialistes.

Béland *et al.* (2006) rapportent que, tel que prévu, le programme SIPA n'a pas eu d'effet sur la santé des personnes âgées. Ils soulignent une augmentation de la satisfaction des aidants, un fardeau et des coûts privés stables.

Ceci termine l'étude des évaluations des programmes de type intégration complète. Nous étudions un RISPA de type coordination avant de proposer une synthèse des principaux résultats.

5.2 Le RISPA de type coordination

Un projet pilote du PRISMA a été réalisé dans une sous-région de Mauricie et Centre-du-Québec, les Bois-Francs, à partir de 1997. Une étude quasi-expérimentale ayant pour but de déterminer l'impact du RISPA sur les aînés en perte d'autonomie, leur réseau de soutien, l'utilisation (Tourigny, Paradis, Bonin, Bussière et Durand, 2002) et les coûts (Durand *et al.*, 2001a) des services, porte sur les trois premières années d'opération de ce RISPA, de 1997 à 2000 (Tourigny, Durand, Bonin, Hébert et Rochette, 2004b). Le groupe expérimental était composé de 272 personnes âgées en perte d'autonomie (138 à la fin) recevant des services de maintien à domicile du CLSC de la MRC des Bois-Francs et le groupe de comparaison était composé de 210

personnes (80 à la fin) aux caractéristiques semblables qui recevaient des services du CLSC d'une MRC comparable pour plusieurs critères, Drummondville. Par ailleurs, des mesures *pre et post* ont été réalisées (Durand *et al.*, 2001a).

Les composantes du RISPA des Bois-Francis sont sensiblement les mêmes que celles du modèle PRISMA présenté à la sous-section 1.3. La concertation inter-établissements se fait aux niveaux stratégique, tactique et clinique (Paradis, Bonin, Tourigny, Durand, Bussière, Roy, Rochette et Beauchesne, 2001), il y a une porte d'entrée unique (Durand *et al.*, 2001a), la fonction de gestion de cas est assurée par des intervenants-pivots (Paradis *et al.*, 2001), les PSI sont utilisés (Durand *et al.*, 2001a; Paradis *et al.*, 2001), des outils identiques sont utilisés par tous les partenaires pour l'évaluation de la situation de la personne en termes de santé physique et psychologique, des aspects sociaux et de l'autonomie fonctionnelle et un système d'information, le SIGG, a été déployé à l'automne 1998 (Tourigny et Bonin, 2004a).

Les données relatives à l'utilisation des services proviennent des fichiers administratifs de la RAMQ pour les actes médicaux et les médicaments, de Med-Écho pour les hospitalisations et les chirurgies d'un jour, du système d'information clinique des CLSC pour le nombre et la nature des interventions, du registre régional pour l'hébergement en CHSLD et des dossiers des établissements pour les autres services (Tourigny *et al.*, 2004b). Quant aux coûts unitaires, ils ont été établis selon les principes de la comptabilité par activité à partir des rapports financiers des établissements concernés et ils correspondent à des coûts normalisés en dollars constants de 1997-1998 (Durand *et al.*, 2001a). Ces auteurs nous informent aussi que les coûts privés des services fournis par des aidants ou des agences privées sont basés sur une grille (CTMSP) permettant d'établir les heures de soins requises qui ont été multipliées par des tarifs moyens d'agences privées et, pour les soins bénévoles, par des tarifs variant en fonction de quatre scénarios : zéro, le salaire minimum, le tarif du secteur privé, le tarif du secteur public.

Quelques effets pour la clientèle ont été étudiés : le niveau d'autonomie fonctionnelle a été mesuré avec le SMAF, le fardeau des aidants avec le *Burden interview* de Zarit, Orr et Zarit (1985) (Tourigny *et al.*, 2004b), la satisfaction à partir de l'instrument de mesure développé pour la phase II de l'étude canadienne sur la santé et le vieillissement (Durand *et al.*, 2001b) et le désir d'hébergement (Tourigny *et al.*, 2004b).

L'utilisation des services et leurs coûts sont comparables dans les groupes expérimental et de comparaison à l'exception de deux types de services, les interventions psychosociales sont plus importantes dans le groupe expérimental et les frais pour les soins de longue durée sont plus importants dans le groupe de comparaison (Durand *et al.*, 2001a).

Quant aux effets pour les clients, Tourigny *et al.* (2004b) rapportent quelques différences significatives : la perte d'autonomie (décès, institutionnalisation ou perte de 5 points au SMAF) est moins présente dans le groupe expérimental au cours de la première année; le désir d'hébergement s'est accru dans le groupe de comparaison au cours des trois années, alors qu'il est resté stable dans le groupe expérimental au cours des deux premières années; le fardeau des aidants est moins important dans le groupe expérimental au cours des deux premières années. Quant à la satisfaction, Durand *et al.* (2001a) relèvent une différence significative positive au cours de la première année et des différences significatives négatives au cours des deux dernières années.

En résumé, le RISPA des Bois-Francis ne semble pas avoir eu d'effet sur les coûts des services, mais il a eu quelques effets bénéfiques pour les clients.

5.3 La synthèse des principaux résultats

Deux grandes dimensions de résultats nous intéressent, les effets sur l'utilisation et le coût des services, et les effets sur les clients. Les types de dépenses susceptibles d'être affectées par l'intégration des services sont nombreux. C'est pourquoi, nous proposons un premier effort de synthèse au niveau des types de dépenses étudiés et de leurs sources de financement. Par la suite, nous proposons une synthèse des effets sur l'utilisation et le coût des services et nous terminons avec une synthèse des principaux effets sur les clients.

5.3.1 *Les types de dépenses et les sources de financement*

Le tableau 5 présente une synthèse pour les services de proximité et fait aussi ressortir les sources de financement. À ce sujet, les nuances sont dues aux SSSS en place dans les pays concernés et aux choix faits par les chercheurs. Nous avons réparti les services de proximité en sept grandes catégories.

Les frais de résidence consistent en coûts d'hébergement et d'alimentation assumés principalement par les personnes âgées et leur famille, mais ils comprennent aussi quelques subventions gouvernementales. Nous observons que seuls les programme Channeling et Darlington ont considéré, de façon systématique, ces dépenses qui sont modifiées lorsque la personne âgée est institutionnalisée. Dans l'étude SIPA, seuls les coûts de résidence en habitation protégée étaient considérés.

Les services à domicile comprennent une grande variété de services financés par le SSSS public, les programmes d'assurance ou les personnes elles-mêmes. Ces services sont plus ou moins détaillés selon l'étude. De façon générale, nous retrouvons les aides pour les AVQ et les AVD, les soins infirmiers, les visites de médecins ou d'autres professionnels et les repas livrés à domicile. Nous avons

identifié un ou plusieurs de ces services pour tous les programmes, à l'exception du programme PACE dont nous n'avons pas identifié d'étude qui évalue ces services.

Dans les services en clinique, nous avons inclus tous les services de médecins, d'infirmières ou d'autres professionnels qui ont été consultés par les personnes âgées en dehors de leur domicile. Pour plusieurs études, seulement certains intervenants sont considérés car les visites sont identifiées dans une banque de données gouvernementale ou de firme d'assurance, ou auprès de fournisseurs de services comme c'est le cas pour les programmes SHMO (Newcomer *et al.*, 1995), CHOICE (Pinnel Beaulne Associates Ltd), des Bois-Francs (Tourigny *et al.*, 2004b) et SIPA (Béland *et al.*, 2001). Pour le programme Darlington, il s'agit d'estimations basées sur des statistiques (Challis *et al.*, 1991b) alors que pour Channeling, Corson *et al.* (1986) se sont basés sur le nombre d'heures de services identifié par la personne âgée au cours de la semaine précédant les entrevues téléphoniques survenues à 6, 12 et 18 mois après le début de l'étude. Quant aux sources de financement, pour CHOICE, SIPA et les Bois-Francs, seuls les services couverts par le SSSS public ont été identifiés. Tandis que les trois autres programmes, Channeling, SHMO et Darlington comprennent du financement public, privé assumé par les assurances ou par les personnes âgées.

Les dépenses de Centre de jour ou Hôpital de jour sont considérées dans seulement quatre programmes, Channeling, Darlington, SIPA et les Bois-Francs, et elles sont principalement financées par le secteur public. Les services de répit sont estimés seulement pour le programme Channeling, alors que les médicaments le sont seulement pour Rovereto, CHOICE, SIPA et les Bois-Francs.

Tableau 5
La synthèse des types de dépenses de proximité et des sources de financement

Programme	Résidence	À domicile	Clinique	Centre/jour	Répét	Médicaments	Coordination
Channeling	pu ¹ , prp ³	pu ¹ , pra ² , prp ³	pu ¹ , pra ² , prp ³	pu ¹ , pra ²	pu ¹ , pra ² , prp ³		pu ¹ , pra ²
PACE							
SHMO		pu, pra	pu, pra				
Darlington	pu, prp	pu, prp	pu, prp	pu			pu
Rovereto		pu				pu ¹	pu
SNHC		pu					pu
CHOICE		pu	pu			pu	pu
SIPA	prp	pu, pr	pu	pu		pu, prp ³	pu
Bois-Francis		pu, prp	pu	pu		pu, prp	pu

1) pu : financement public

2) pra : financement privé provenant de programmes d'assurance

3) prp : financement privé provenant de la personne âgée ou de sa famille

Sous le thème coordination, nous considérons les frais d'implantation du programme ainsi que les frais de fonctionnement principalement liés aux activités de gestion de cas et de coordination des services. Cependant, nous avons constaté que la plupart des études n'abordent pas les coûts d'implantation. Bernabei et al. (1998) mentionnent des coûts en capital pour le programme Rovereto, sans fournir de définition ni de détail sur la méthode utilisée pour les intégrer dans les estimations. Kane et al. (1992) précisent que le développement des sites PACE, la formation du personnel et l'expansion des services ont été financés par des fondations privées ou des commanditaires, mais ils n'ont pas évalué les sommes concernées. Ainsi, nous n'avons observé que des coûts reliés à la gestion de cas dans les programmes à l'étude. Par ailleurs, Challis *et al.* (1991b) mentionnent les coûts de départ nécessaires pour l'évaluation des dossiers en gestion de cas ainsi que pour la discussion de planification des soins.

Outre les services de proximité, nous nous sommes intéressés aux services institutionnels. Tous les programmes ont fait l'objet d'une évaluation des coûts des hospitalisations. Les coûts reliés à l'institutionnalisation en CHSLD ou en *nursing home* sont rapportés distinctement pour trois programmes, les Bois-Francis (Durand *et al.*, 2001a), SIPA (Béland *et al.*, 2001, 2004) et SHMO (Newcomer *et al.*, 1995).

5.3.2 *Les principaux effets sur l'utilisation et le coût des services*

Nous observons des résultats très variés quant à l'utilisation et au coût des différents services. Au tableau 6, nous les présentons de façon agrégée en trois catégories : l'ensemble des services, les services de proximité et les services institutionnels.

Les programmes SIPA et des Bois-Francis n'ont pas eu d'effet sur l'ensemble des coûts assumés par le SSSS public ni sur les coûts privés supportés par les

personnes âgées et leur famille (Béland *et al.*, 2004; Durand *et al.*, 2001a). Les autres études démontrent des résultats contradictoires.

Quant aux services de proximité, il ressort généralement une augmentation de l'utilisation ou des coûts de ces services (Béland *et al.*, 2004; Corson *et al.*, 1986), ou bien une augmentation d'un type particulier de services, tels que les services à domicile (Newcomer *et al.*, 1995; Pinnel Beaulne Associates Ltd, 1998) et les interventions psychosociales (Durand *et al.*, 2001a). Seuls Bernabei *et al.* (1998) rapportent des services de proximité inférieurs.

L'inverse se produit pour les services institutionnels, sept études font ressortir une diminution des services hospitaliers (Béland *et al.*, 2004; Bernabei *et al.*, 1998; Eng *et al.*, 1997; Landi *et al.*, 1999a, 2001; Newcomer *et al.*, 1995; Pinnel Beaulne Associates Ltd, 1998), trois une diminution de l'hébergement en soins de longue durée (Béland *et al.*, 2004; Bernabei *et al.*, 1998; Durand *et al.*, 2001a) tandis que Newcomer *et al.* (1995) rapportent plutôt une augmentation de ces coûts.

En résumé, pour l'ensemble des utilisations et des coûts considérés dans les différentes études, nous constatons des résultats mitigés. Ces résultats peuvent être expliqués, entre autres, par le fait que les types de coûts mesurés diffèrent d'une étude à l'autre et par les périodes de suivi qui sont aussi très variées. Soulignons que deux des trois études ayant la plus longue durée de suivi, c'est-à-dire Béland *et al.* (2004) et Durand *et al.* (2001a), ne démontrent aucun effet sur les coûts de l'ensemble des services. Par ailleurs, ces deux études rendent compte d'un nombre assez intéressant de types de services et celle de Durand *et al.* (2001a) porte sur un RISPA de type coordination.

Quant aux grandes catégories de services, nous constatons que les services de proximité ont tendance à augmenter, alors que les services institutionnels ont tendance à diminuer.

Tableau 6
La synthèse des résultats relatifs au coût et à l'utilisation des services

Programme (durée)/étude	Coûts ensemble des services	Utilisation types de services de proximité	Utilisation types de services institutionnels
Channeling (suivi de 18 mois)			
Corson <i>et al.</i> (1986)	+ coûts publics - coûts privés	+ services de proximité	
PACE (suivi de 12 mois)			
Eng <i>et al.</i> (1997)	- coûts publics et privés		- hospitalisations
SHMO (suivi de 24 mois)			
Newcomer <i>et al.</i> (1995)	+ coûts publics et privés	+ services à domicile	- hospitalisations + hébergement en longue durée
Darlington (suivi de 6 mois)			
Challis <i>et al.</i> (1991b)	- coûts publics		
Rovereto (suivi de 12 mois)			
Bernabei <i>et al.</i> (1998)	- coûts publics	- services de proximité	- hospitalisations et hébergement en longue durée
SNHC (suivis de 6 mois, 12 mois)			
Landi <i>et al.</i> (1999b, 2001)	- coûts publics		- hospitalisations
CHOICE (suivi jusqu'à 401 jours)			
Pinnel Beaulne Associates Ltd (1998)	- coûts publics	+ services à domicile	- hospitalisations
SIPA (suivi de 22 mois)			
Béland <i>et al.</i> (2004, 2006)	coûts publics = coûts privés =	+ services de proximité	- hospitalisations et hébergement en longue durée
Bois-Francis (suivi de 36 mois)			
Durand <i>et al.</i> (2001a)	coûts publics = coûts privés =	+ interventions psychosociales	- hébergement en longue durée

+/- : coûts de la zone expérimentale plus/moins élevés que la zone témoin ou de comparaison
= : aucune différence significative

5.3.3 *Les principaux effets pour les clients*

Plusieurs types d'effets pour les clients ont été étudiés à l'aide d'instruments de mesure diversifiés. Lorsque l'information était disponible, nous avons identifié ces instruments tout au long des sous-sections 5.1 et 5.2. Au tableau 7, nous proposons une synthèse des résultats sans distinction des instruments de mesure.

Quelques indices viennent appuyer un effet positif sur l'autonomie fonctionnelle. Bodenheimer (1999) parle d'une amélioration de l'autonomie fonctionnelle. D'autres chercheurs ont observé une réduction significative des incapacités relatives aux AVQ (Bernabei *et al.*, 1998; Kemper *et al.*, 1986) et des incapacités relatives aux AVD (Bernabei *et al.*, 1998). Dans le RISPA de type coordination, Tourigny *et al.* (2004b) ont constaté une réduction de la perte d'autonomie (qui se traduit par le décès, l'institutionnalisation ou la perte de cinq points au SMAF) au cours de la première année seulement.

Pinnel Beaulne Associates Ltd (1998) ont constaté une amélioration de la santé perçue par les personnes âgées. Bernabei *et al.* (1998) signalent une amélioration significative des fonctions mentales. La qualité de vie serait améliorée d'après Bodenheimer (1999) et les personnes âgées des groupes expérimentaux semblent avoir un meilleur moral, car Bernabei *et al.*, (1998) et Challis *et al.*, (1991b) ont observé une réduction significative de la dépression. Le programme Channeling aurait permis une réduction significative des besoins non comblés (Kemper *et al.*, 1986) qui pourrait se traduire par un désir d'hébergement moins important tel que constaté dans les Bois-Francs, dans le groupe expérimental ce désir est resté stable au cours des deux premières années du RISPA, alors qu'il a augmenté dans le groupe de comparaison (Tourigny *et al.*, 2004b).

Tableau 7
La synthèse des effets pour les clients

<p>Autonomie fonctionnelle</p> <p>Amélioration : PACE (Chatterji <i>et al.</i>, 1998); Channeling (par réduction significative des incapacités quant aux AVQ, Kemper <i>et al.</i>, 1986), Rovereto (par réduction significative des incapacités quant aux AVQ et AVD, Bernabei <i>et al.</i>, 1998)</p> <p>Réduction déclin fontionnel : Bois-Francis 1^{ère} année (Tourigny <i>et al.</i>, 2004b)</p>
<p>Santé perçue</p> <p>Amélioration : CHOICE (Pinnel Beaulne Associates Ltd, 1998)</p>
<p>Fonctions mentales</p> <p>Amélioration significative : Rovereto (Bernabei <i>et al.</i>, 1998)</p>
<p>Qualité de vie</p> <p>Amélioration : PACE (Chatterji <i>et al.</i>, 1998)</p>
<p>Moral des personnes âgées</p> <p>Amélioration significative par réduction de la dépression : Darlington (Challis <i>et al.</i>, 1991b), Rovereto (Bernabei <i>et al.</i>, 1998)</p>
<p>Besoins non comblés</p> <p>Réduction significative : Channeling (Kemper <i>et al.</i>, 1986)</p>
<p>Désir d'hébergement</p> <p>Réduction : Bois-Francis 2 premières années (Tourigny <i>et al.</i>, 2004b)</p>
<p>Satisfaction des personnes âgées</p> <p>Amélioration significative : Channeling (Kemper <i>et al.</i>, 1986), Darlington (Challis <i>et al.</i>, 1991b), Bois-Francis 1^{ère} année (Durand <i>et al.</i>, 2001b)</p> <p>Amélioration : CHOICE (Pinnel Beaulne Associates Ltd, 1998)</p>
<p>Satisfaction des aidants</p> <p>Amélioration significative : Channeling (Kemper <i>et al.</i>, 1986)</p> <p>Amélioration : CHOICE (Pinnel Beaulne Associates Ltd, 1998), SIPA (Béland <i>et al.</i>, 2006)</p>
<p>Fardeau des aidants</p> <p>Réduction significative : Darlington (Challis <i>et al.</i>, 1991b)</p> <p>Réduction : Bois-Francis 2 premières années (Tourigny <i>et al.</i>, 2004b)</p>

Les RISPA auraient eu des effets sur la satisfaction des personnes âgées et de leurs aidants. Il est question d'amélioration significative de la satisfaction générale des personnes âgées (Durand *et al.*, 2001*b*; Challis *et al.*, 1991*b*) ou de leur satisfaction par rapport à leur vie (Kemper *et al.*, 1986). La satisfaction des personnes âgées et de leurs aidants quant au programme serait aussi améliorée selon Pinnel Beaulne Associates Ltd (1998). Les aidants seraient significativement plus satisfaits de l'organisation des services et de leur vie en général selon Kemper *et al.* (1986), et Béland *et al.* (2004) rapportent une amélioration de leur satisfaction générale.

Finalement, le fardeau des aidants aurait été réduit au cours des deux premières années dans les Bois-Francs (Tourigny *et al.*, 2004*b*) ou réduit de façon significative par le programme Darlington (Challis *et al.*, 1991*b*).

Hormis Durand *et al.* (2001*b*) qui rapportent une réduction significative de la satisfaction générale des personnes âgées au cours des deux dernières années, les auteurs font peu état des effets négatifs qu'auraient pu produire les programmes à l'étude. Vu la diversité des effets potentiels, une étude plus exhaustive de ceux-ci serait importante afin d'être en mesure de conclure d'un effet général positif ou négatif.

Dans cette section, nous avons exploré les études évaluatives portant sur l'expérimentation de RISPA, principalement de type intégration complète, car une seule étude portant sur les RISPA de type coordination a été identifiée. Notre attention a porté principalement sur les effets de ces RISPA sur les coûts et sur les clients (personnes âgées et aidants). Nous pouvons maintenant élaborer nos hypothèses de recherche.

6. LES HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

Les principaux éléments du contexte théorique ont inspiré notre première hypothèse. Ces éléments partent du fait que le RISPA constitue un nouveau contexte organisationnel. Il est important de démontrer que le RISPA permet une utilisation plus efficiente des ressources. Par contre, dans la littérature nous trouvons peu d'évidences à cet effet. De la revue des études évaluatives concernant des RISPA de type intégration complète et un RISPA de type coordination, nous avons retenu que le RISPA n'a pas d'effet sur les coûts financés par les secteurs public et privé, et qu'il peut produire des effets positifs pour les personnes âgées et leurs aidants (voir le tableau 7 pour les 10 catégories d'effets potentiels). La première hypothèse s'énonce ainsi :

Hypothèse 1 : Les RISPA de type coordination permettent une utilisation plus efficiente des ressources publiques, privées et bénévoles.

Le cadre d'analyse de l'efficience, sous-section 4.1, fait ressortir trois scénarios d'efficience évidente et un scénario d'efficience potentielle. Ces scénarios sous-tendent quatre sous-hypothèses mutuellement exclusives.

Sous-hypothèse 1A : les RISPA de type coordination génèrent un coût équivalent et des effets supérieurs à ceux produits par les SNI.

Sous-hypothèse 1B : les RISPA de type coordination génèrent un coût inférieur et des effets supérieurs à ceux produits par les SNI.

Sous-hypothèse 1C : les RISPA de type coordination génèrent un coût inférieur et des effets équivalents à ceux produits par les SNI.

Sous-hypothèse 1D : les RISPA de type coordination génèrent un coût supérieur et des effets supérieurs à ceux produits par les SNI.

Soulignons que le coût représente l'ensemble des coûts publics, privés et bénévoles relatifs à toutes les dépenses d'hébergement, d'alimentation, de services de santé et de services sociaux susceptibles d'être affectées par le RISPA. Quant à l'effet, il est constitué d'un ensemble de sept effets pour les personnes âgées et les aidants. Parmi les effets identifiés au tableau 7, nous avons retenu le niveau d'autonomie fonctionnelle, le déclin fonctionnel, les besoins non comblés, la satisfaction des personnes âgées ainsi que le fardeau des aidants. Nous avons choisi de mesurer le niveau d'autonomisation et le fonctionnement social des personnes âgées plutôt que leur santé perçue, leur qualité de vie et leur moral, car ces deux variables permettent des mesures plus objectives. Les fonctions mentales des personnes âgées sont intégrées dans la mesure de l'autonomie fonctionnelle. Quant aux aidants, la mesure du fardeau nous semble assez complète et les résultats quant au désir de faire institutionnaliser la personne âgée vont généralement dans le même sens que ceux du fardeau (Hébert *et al.*, 2007c).

Afin de s'assurer que l'efficience n'est pas obtenue au détriment d'une source de financement en particulier, en s'inspirant de notre recension des études évaluatives nous énonçons l'hypothèse suivante.

Hypothèse 2 : les RISPA de type coordination n'ont pas d'effet sur la composition publique, privée et bénévole du coût total des services fournis aux personnes âgées.

Cette hypothèse est basée principalement sur deux études ayant considéré plusieurs types de coûts publics et privés, au cours de périodes de 22 à 36 mois, qui ont démontré des coûts équivalents (Béland *et al.*, 2004; Durand *et al.*, 2001a). Les

services rendus par des aidants à titre bénévole n'ont pas été évalués dans les études consultées. Nous ne disposons pas d'évidence justifiant un effet sur ces coûts.

Finalement, deux hypothèses sont inspirées des principaux résultats résumés au tableau 6 de la sous-section 5.3.2 qui illustrent majoritairement une réduction des services institutionnels et une augmentation des services de proximité. Soulignons que cette catégorisation porte sur les services publics. Elle est primordiale pour fins d'affectations budgétaires des gouvernements. C'est pourquoi, nous délaissions l'approche sociétale pour les deux dernières hypothèses qui suivent.

Hypothèse 3 : les RISPA de type coordination ont pour effet de réduire l'utilisation et le coût total des services publics institutionnels.

Hypothèse 4 : les RISPA de type coordination ont pour effet d'augmenter l'utilisation et le coût total des services publics de proximité.

Les services publics institutionnels comprennent tous les coûts liés à l'hospitalisation d'une personne dans un CH de soins de courte ou de longue durée, incluant une URFI (unité de réadaptation fonctionnelle intensive) et une hospitalisation pour une chirurgie d'un jour, les coûts des chirurgies, les coûts des visites à l'urgence, les coûts de transport en ambulance et tous les coûts liés à l'institutionnalisation (CHSLD public ou conventionné).

Les services publics de proximité comprennent l'hébergement et l'alimentation (domicile collectif public), les soins de santé, les services de réadaptation, les services sociaux, les services psychosociaux, les aides aux AVQ, les aides aux AVD et les services pharmaceutiques (incluant les médicaments), dispensés aux personnes âgées non hospitalisées et non institutionnalisées, sans restriction associée au lieu de la prestation.

CHAPITRE TROISIÈME

CADRE OPÉRATOIRE

Toute démarche scientifique est influencée par l'approche épistémologique privilégiée. Nous présentons d'abord les fondements épistémologiques et méthodologiques de notre recherche. Plusieurs aspects méthodologiques sont ensuite présentés à tour de rôle, le milieu, l'échantillon, la collecte et le traitement des données. La description des éléments assurant la rigueur de notre recherche et les considérations éthiques viennent clore ce chapitre.

1. LES FONDEMENTS ÉPISTÉMOLOGIQUES ET MÉTHODOLOGIQUES

Selon Perret et Séville (2003), trois questions sous-tendent la légitimité d'une démarche de recherche, elles portent sur la nature de la connaissance produite, le chemin de la connaissance et le statut de cette connaissance.

Pour déterminer la nature de la connaissance produite, nous devons définir la nature de la réalité à appréhender (*ibid*, p. 17). Tel que discuté au chapitre précédent, il n'existe pas de consensus sur la nature de l'efficience d'un RISPA de type coordination. Son caractère multidimensionnel ainsi que sa relation étroite avec le concept d'efficacité, tributaire des objectifs poursuivis, rendent illusoire la recherche d'une efficience représentant une réalité universelle. C'est pourquoi nous proposons une construction de l'efficience d'un RISPA en adoptant une position constructiviste modérée pour laquelle la réalité n'est pas indépendante de la conscience de celui qui l'expérimente. Cette position vise à développer une « construction sociale de la réalité » (Berger et Luckman, 1996, dans Perret *et al.*, 2003). Pour cette construction, nous avons retenu deux grandes composantes : les coûts différentiels et les effets différentiels. La mesure des coûts différentiels est basée sur la valorisation des coûts

d'implantation et de fonctionnement d'un RISPA de type coordination ainsi que la comparaison des coûts des services fournis aux personnes âgées. Quant aux effets différentiels, nous avons privilégié la comparaison de mesures témoignant de l'état des personnes âgées et de leurs aidants.

Le chemin de la connaissance, selon le constructivisme, n'existe pas *a priori*, il se construit en marchant. La démarche de compréhension est liée à la finalité du projet de connaissance et elle peut suivre des méthodes variées (Perret *et al.*, 2003). Le raisonnement hypothético-déductif en fait partie, c'est celui que nous avons retenu.

Par ailleurs, le statut de la connaissance que nous avons l'intention de produire est cohérent avec cette démarche. Il s'agit d'un savoir instrumental ayant l'action pour finalité et dont le développement repose principalement sur la confrontation de la théorie aux faits (*ibid*, p. 26). La théorie étant représentée par la présomption d'efficience de l'intégration des services.

Sur le plan méthodologique, notre recherche est une recherche évaluative (Contandriopoulos, Champagne, Potvin, Denis et Boyle, 1990), elle permet de porter un jugement sur une intervention, un RISPA de type coordination. C'est une recherche expérimentale, longitudinale, afin de permettre au RISPA de porter fruit. La stratégie quasi-expérimentale s'est avérée la plus pertinente. La randomisation n'était pas possible car, dès qu'un RISPA de type coordination est implanté sur un territoire, il est accessible à toute sa population. Une population de comparaison a donc été identifiée dans une autre région.

Le respect des principes de l'économie de la santé, abordés au chapitre précédent et repris aux sections 4 et 5 du présent chapitre, contribue à la rigueur de la recherche. À l'intérieur de cette discipline, notre recherche répond aux caractéristiques d'un essai pragmatique (Schwartz et Lellouch, 1967, dans

Drummond *et al.*, 1998) : a) les participants sont représentatifs de la situation courante, b) l'organisation des services expérimentée est comparée à l'organisation habituelle, c) les lieux et les professionnels impliqués sont représentatifs de l'ensemble, d) l'expérimentation ne se fait pas à l'insu des professionnels ni des participants, e) tous les participants sont suivis en routine, f) de nombreux critères de résultats sont mesurés.

Les sections qui suivent confirment ces caractéristiques et fournissent d'autres informations quant à la rigueur de la recherche.

2. LE MILIEU DE LA RECHERCHE

Au chapitre précédent, nous avons expliqué notre intérêt pour les RISPA de type coordination. À notre connaissance, seule la région de l'Estrie a réussi à implanter un RISPA de ce type sur l'ensemble de son territoire. Ce RISPA, décrit à la sous-section 1.3 du chapitre précédent, respecte toutes les orientations ministérielles (MSSS, 2001) qui sont articulées autour de trois grandes composantes. Ces composantes, décrites à l'annexe B, sont : la composante organisationnelle, incluant le guichet unique et les systèmes d'évaluation, de classification et de communication; la composante clinique organisée autour de la gestion de cas et la composante administrative basée sur la concertation et un budget spécifique pour les soins aux personnes âgées.

L'implantation et l'impact de ce RISPA ont fait l'objet d'un important programme de recherche, mené par l'équipe du PRISMA, que nous identifions PRISMA-Estrie. Ce programme, développé et réalisé avec la collaboration de gestionnaires et de dirigeants des établissements impliqués dans le RISPA, a aussi bénéficié de l'appui et du financement d'organismes reconnus, les Instituts de recherche en santé du Canada, le Fonds de la recherche en santé du Québec, le MSSS, l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke et cinq Agences, dont celle de

l'Estrie. Le PRISMA-Estrie présente d'autres avantages, l'étude porte sur une période assez longue, les quatre premières années du RISPA, dans une MRC urbaine et deux rurales. De plus, elle s'intéresse à la plupart des mesures de résultats qu'on retrouve dans les études évaluatives antérieures, et l'étude d'implantation contribue à la validité externe de la recherche.

Par ailleurs, notre collaboration au PRISMA-Estrie nous a permis de participer à l'élaboration de la stratégie de recherche quant à l'utilisation des services susceptibles d'être influencés par le RISPA, l'évaluation des coûts inhérents à ces services ainsi que ceux qui découlent de l'implantation et du fonctionnement des principales composantes du RISPA. De plus, nous avons accès à toutes les données brutes recueillies dans le cadre de ce programme de recherche.

Trois des sept sous-régions (MRC) de l'Estrie sont à l'étude, le tableau 8 résume quelques caractéristiques décrivant leur nature et l'évolution de l'implantation du RISPA sur leur territoire. La sous-région de Sherbrooke est une zone urbaine qui compte plusieurs établissements à vocations locale et régionale. Les sous-régions de Coaticook et de Granit sont deux zones rurales desservies par leur propre Carrefour de la santé comprenant, pour la MRC de Granit seulement, un Centre hospitalier de soins généraux (CHSG).

Le RISPA vise spécifiquement les personnes âgées de 65 ans et plus qui ne sont pas institutionnalisées en CHSLD (Hébert, Dubois, Raïche et Groupe PRISMA-Estrie, 2007a). Les projections démographiques du MSSS pour 2002, ainsi que la banque de données *Image* de l'Agence de l'Estrie, nous ont permis d'établir les populations ciblées à 17 941 personnes pour Sherbrooke, 2 210 pour Coaticook et 3 197 pour Granit (Durand, Blanchette et Hébert, 2007).

La première collecte de données de PRISMA-Estrie fournissant les données de base, identifiée comme T0, s'est déroulée entre les mois de février et octobre

2001. Parmi les composantes du RISPA, cinq sont devenues opérationnelles au cours de la première année, soit entre T0 et T1, notamment les composantes *porte d'entrée unique* et *gestion de cas*, comme l'indique le tableau 8. Seul le DCI a été déployé au cours de la deuxième année d'implantation.

Tableau 8
Les caractéristiques des MRC expérimentales

Caractéristique	Sherbrooke	Coaticook	Granit
Type de sous-région	urbaine	rurale	rurale
Établissements sur le territoire	CHSGS, CLSC et CHSLD à vocation universitaire; CR, URFI, UCDG, Centre de jour et Hôpital de jour	Carrefour santé : CLSC, CHSLD et urgence de 6 lits. Au besoin, établissements à vocation régionale en Estrie	Carrefour santé : CHSG, CLSC et CHSLD. Au besoin, établissements à vocation régionale en Estrie ou autre région limitrophe
Personnes non institutionnalisées* âgées de 65 ans et plus	17 941	2 210	3 197
Composante du RISPA, opérationnelle à partir de :			
Porte d'entrée unique	mai 2002	janvier 2002	janvier 2002
Gestion de cas	octobre 2001	février 2002	février 2002
DCI	mars 2003	décembre 2002	juin 2002
Degré de mise en œuvre :			
2001	juillet : 25 %	juillet : 21 %	juillet : 21 %
2002	juillet : 56 %	novembre : 72 %	novembre : 73 %
2003	juillet : 74 %	novembre : 70 %	novembre : 75 %
2004	juillet : 85 %	novembre : 69 %	novembre : 78 %

* population établie à partir des projections démographiques du MSSS pour 2002, et nombre de personnes institutionnalisées en 2002 provenant de la banque *image* de l'Agence de l'Estrie

L'étude d'implantation menée par Hébert et Veil (2004b, 2007b) fournit une mesure, exprimée en pourcentage, du degré d'implantation du RISPA dans chacune des sous-régions expérimentales. Cette mesure a été établie à partir d'indicateurs objectifs et mesurables qui ont été définis et pondérés par deux comités d'experts réunis en groupes de discussion. Les trois premières composantes, *concertation, porte d'entrée unique et gestion de cas*, comptent chacune pour 20 % de la mesure, l'utilisation *d'outils communs* et de DCI comptent chacune pour 15 % et l'utilisation du PSI vaut 10 %. Selon les experts consultés ainsi que des gestionnaires interviewés par l'équipe de l'étude d'implantation du PRISMA-Estrie en 2004-2005, le degré d'implantation du RISPA doit atteindre autour de 75 % à 80 % pour que des effets puissent être perceptibles par la population visée.

Nous constatons qu'au début de la troisième année, en juillet et novembre 2003, toutes les composantes du RISPA étaient opérationnelles et que son degré de mise en œuvre avoisinait 75 % dans les sous-régions de Sherbrooke et de Granit, et 70 % dans celle de Coaticook. Soulignons qu'en mai 2004, la sous-région de Coaticook avait atteint un degré d'implantation de 76 %, mais qu'un recul dans l'utilisation des outils communs et du PSI explique le degré de 69 % constaté en novembre 2004. Nous ne disposons pas de mesure du degré d'implantation au-delà de 2004.

Un milieu de comparaison a été identifié à l'aide de la technique Matusita (Hébert *et al.*, 2007a) basée sur des calculs d'écarts entre chaque sous-région expérimentale et chaque sous-région candidate à titre de comparaison. Plusieurs variables démographiques et de services de santé ont servi au calcul de ces écarts : proportion des personnes de 75 ans et plus sur l'ensemble de la population du territoire, taux de mortalité et taux d'hospitalisation de courte durée des personnes de 65 ans et plus sur la population totale de personnes de 65 ans et plus, taux d'hébergement théorique en CHSLD des personnes âgées de 65 ans et plus, taux d'incapacité de la population totale et proportion des médecins sur la population des

personnes de 75 ans et plus. Les sous-régions de comparaisons ont toutes été choisies dans la même région, Chaudière-Appalaches. Deux MRC urbaines (Desjardins et Les chutes-de-la-Chaudière) jumelées à Sherbrooke correspondent au territoire de la ville de Lévis (ci-après, sous-région de Lévis), la sous-région rurale sans CH jumelée à Coaticook est celle de la MRC de L'Islet, et la sous-région rurale avec CH jumelée à Granit est celle de la MRC de Montmagny.

Un autre critère fondamental dans le choix des sous-régions de comparaisons est l'absence de RISPA ou de projet d'implantation de RISPA. À T0 il n'y avait aucune indication laissant supposer une éventuelle implantation d'un RISPA dans ces sous-régions. Cependant, la publication des orientations ministérielles en 2001 (MSSS, 2001) a forcé les Agences à prévoir des mesures d'intégration des services. L'équipe de l'étude d'implantation du PRISMA-Estrie a tenté de mesurer le degré d'implantation d'un RISPA dans les sous-régions de comparaisons, mais elle n'a pas réussi à obtenir tous les renseignements requis. Les quelques données disponibles ont été recueillies avant 2003 et elles font état de certains projets pilotes qui ne semblent pas avoir été poursuivis par la suite.

Nous avons consulté les rapports annuels de gestion de l'Agence de Chaudière-Appalaches pour les années 2001-2002 jusqu'à 2005-2006. En 2002-2003, il était question de l'identification de cinq sites de projets pilotes qui serviraient au développement d'un cadre de référence pour l'implantation d'un réseau de services intégrés pour les personnes âgées et les personnes atteintes de maladies pulmonaires chroniques (Régie régionale de la santé et des services sociaux Chaudière-Appalaches, 2003). L'année suivante, il était fait état d'un budget pour soutenir la décentralisation du mécanisme d'accès et la consolidation du réseau de services intégrés (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux Chaudière-Appalaches, 2004). Les sections dédiées aux services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement des années suivantes mettent l'accent sur l'accès et l'intensité des services, sans mentionner leur intégration.

L'étude du rôle des différents acteurs dans l'intégration des services aux aînés en perte d'autonomie, réalisée par Demers *et al.* (2005), décrit la forme qu'a prise cette intégration dans la MRC de Desjardins, une partie de la sous-région de Lévis. Ces auteurs rapportent que, tant à Sherbrooke qu'à Lévis, il y avait des mécanismes de liaison interorganisationnels dans les années 1990 qui portaient principalement sur l'admission en CHSLD et le retour à domicile après une hospitalisation. D'après leurs observations, réalisées au cours du premier semestre de 2004, Lévis aurait adopté un modèle de *liaison amélioré* pour favoriser l'intégration des services. Ces liaisons se sont concrétisées par des équipes multidisciplinaires à l'UCDG et des transferts d'informations unidirectionnels, du CH vers le CLSC. Sur le plan organisationnel, il n'existe pas de Table de concertation, les liaisons sont basées sur quelques protocoles, et le remplacement de ce mode de fonctionnement par un réseau intégré de services suscite un enthousiasme mitigé.

Bref, nous constatons que certains efforts d'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie ont été réalisés dans les sous-régions de comparaisons. Il nous est impossible de mesurer le degré d'implantation d'un RISPA sur ces territoires pour la période d'observation. Selon les sources consultées, nous concluons qu'il n'est toutefois pas question d'une réorganisation structurée de l'ampleur, ni de la teneur, d'un RISPA de type coordination tel que décrit à la sous-section 1.3 du chapitre précédent. Pour les fins de notre étude, nous considérons que les trois sous-régions de comparaisons représentent une situation de statu quo.

3. L'ÉCHANTILLON

Deux phases d'échantillonnage ont été réalisées par PRISMA-Estrie (Hébert, Raïche et l'équipe d'impact PRISMA-Estrie, 2006). La première, en 2000-2001, a donné lieu à la cohorte A de 920 personnes âgées à risque de perte d'autonomie entrées dans l'étude à T0. Face à une implantation du RISPA plus lente que prévue,

une deuxième phase, réalisée en 2003, a fourni la cohorte B, de 581 personnes entrées dans l'étude à T2. Nous décrivons la technique d'échantillonnage ayant servi au recrutement des deux cohortes à la sous-section suivante.

3.1 Les critères d'échantillonnage

Les informations relatives à l'échantillonnage du PRISMA-Estrie sont tirées de Hébert *et al.* (2006, 2007a). Désireux de constituer un échantillon populationnel de personnes âgées à risque de perte d'autonomie, donc plus susceptibles de faire appel au RISPA, les critères d'inclusion étaient : a) être âgé de 75 ans et plus (77 ans et plus pour la cohorte B à T2); b) ne pas être institutionnalisé, car les personnes qui résident dans un CHSLD ne sont pas exposées au RISPA de la région expérimentale; c) résider à l'année dans un des territoires des sous-régions expérimentales ou de comparaison ; d) être capable de parler et de comprendre le français; e) être à risque de perte d'autonomie dans l'année. La liste des personnes non institutionnalisées âgées de 75 ans et plus et résidant sur l'ensemble des six territoires des sous-régions expérimentales et de comparaison a été fournie par la RAMQ. Cette population s'élevait à 19 881 personnes. Le dernier critère d'inclusion a été vérifié à l'aide du Questionnaire postal de Sherbrooke développé et validé par Hébert, Bravo, Korner-Bitensky et Voyer (1996). Ce questionnaire est basé sur six facteurs prédictifs de perte d'autonomie fonctionnelle : ne pas vivre seul, prendre plus de trois médicaments différents par jour, utiliser régulièrement une canne, une marchette ou une chaise-roulante pour se déplacer, avoir des problèmes de vision, d'audition ou de mémoire. Les personnes présentant au moins trois facteurs étaient considérées comme à risque de perte d'autonomie car, pour elles, l'incidence annuelle est de 48 % (taux de sensibilité de 59 % et de spécificité de 75 %).

En recrutant au moins 500 personnes à risque de perte d'autonomie dans la région expérimentale, l'équipe du PRISMA-Estrie prévoyait un taux de pénétration de 75 % du RISPA permettant de détecter une différence de 10 % d'incidence de

perte d'autonomie entre les deux groupes avec un seuil de signification bilatéral de 5 % et une puissance de 80 % (Machin et Campbell, 1987). Considérant un taux d'abandon et de décès de 20 % sur les deux années initialement prévues pour l'étude, il serait possible de détecter une différence standardisée d'au moins 0,20 écart-type, avec un seuil de 5 % et une puissance de 80 %, sur les instruments de mesure à score continu. Selon les balises déterminées par Cohen (1977), cette différence correspond à une petite différence.

4. LA COLLECTE DES DONNÉES

Un bon nombre d'instruments ont été utilisés lors des collectes de données. Nous limitons notre présentation aux instruments ayant servi pour les variables qui nous intéressent, c'est-à-dire : les coûts, l'autonomie fonctionnelle, le déclin fonctionnel, le fonctionnement social, la satisfaction, l'autonomisation, les besoins non comblés et le fardeau des aidants. Nous débutons par une présentation des principaux modes de collecte des données et poursuivons avec la description des variables d'intérêts qui sont toutes des variables dépendantes, la variable indépendante étant la région.

4.1 Les modes de collecte des données

Les trois principaux modes de collecte des données sont les rencontres annuelles, les entrevues téléphoniques bimestrielles, couramment nommées suivis téléphoniques, et les questionnaires aux aidants. D'autres modes de collecte de données ont été utilisés, particulièrement pour l'estimation des coûts, nous les décrivons dans les sections dédiées aux différentes variables concernées.

4.1.1 *Les rencontres annuelles*

Au début de l'étude, puis à la fin de chacune des quatre années, une évaluatrice qualifiée a rencontré les personnes âgées participantes à leur domicile. Ces évaluatrices avaient préalablement reçu une formation approfondie portant sur l'ensemble des instruments de mesure compris dans le cahier d'évaluation. Elles ont aussi bénéficié d'une formation annuelle de mise à jour. Les cahiers d'évaluation ont entièrement été complétés par les évaluatrices en présence de la personne âgée et, au besoin, de son aidant.

Lors de la première rencontre, les participants ont signé les formulaires de consentement concernant la participation à l'étude et l'autorisation d'accès à certaines informations détenues par les établissements du SSSS public et par la RAMQ. Cette première rencontre a permis de recueillir différentes données sociodémographiques et des données relatives à l'état de santé de la personne.

Les cahiers d'évaluation de la première rencontre et ceux des rencontres annuelles qui ont suivi, ont permis de recueillir les données essentielles pour la mesure de toutes les variables dépendantes d'intérêt pour notre étude, à l'exception des coûts. Toutefois, pour les personnes institutionnalisées en cours d'étude, seules les données relatives à l'autonomie fonctionnelle ont été recueillies lors des rencontres annuelles et ces données ont été fournies par les personnes âgées elles-mêmes, leur aidant ou le personnel de l'institution.

Soulignons que les rencontres annuelles (T1 à T4) servaient aussi à compléter les instruments de collecte prévus pour les suivis téléphoniques pour la dernière période de l'année (les deux derniers mois).

4.1.2 *Les suivis téléphoniques*

Les évaluatrices responsables des rencontres annuelles ont également réalisé les suivis téléphoniques bimestriels qui servaient principalement à recueillir les données sur l'utilisation des services et à mettre à jour, au besoin, le milieu de vie des participants. Le milieu de vie est important car il influence le coût de plusieurs services et il permet de retracer, le cas échéant, le moment de l'institutionnalisation d'un participant. Ainsi, chaque année, les évaluatrices ont recueilli les données sur les utilisations et les milieux de vie au moyen de cinq suivis téléphoniques et une rencontre de fin d'année.

Raïche, Hébert, Blanchette, Durand, Dubois, Gueye et le groupe PRISMA-Estrie (2007) motivent ainsi le choix de faire appel aux participants pour identifier les services utilisés : les services requis par les personnes âgées sont très variés; ces services sont fournis par un grand nombre de dispensateurs; il n'existe pas de dossier-patient complet regroupant tous les traitements et interventions réalisés dans l'ensemble des établissements du SSSS et la fiabilité des banques de données existantes n'a pas été démontrée. De plus, le délai de deux mois entre les contacts téléphoniques permet de réduire les biais dus aux limites de la mémoire (Bhandari et Wagner, 2006).

Pour favoriser une collecte de données complètes et fiables, les participants ont reçu un calendrier et des consignes écrites afin de noter tous les services utilisés quotidiennement. Ce mode de collecte est qualifié d'auto-déclaration assistée (*assisted self-report*) par Raïche *et al.* (2007). Drummond *et al.* (1998) et Bhandari *et al.* (2006) soulignent que le patient est une bonne source pour les données d'utilisation de services lorsqu'il note systématiquement ces données. De plus, la fidélité de cette forme de collecte a été validée par Dubois, Raïche, Hébert et Gueye (2007) à l'aide d'une étude de fidélité incluant les techniques de test / retest et d'inter-juges. Cette étude fait ressortir un haut degré de fidélité, la concordance est

jugée presque parfaite ou importante (selon la grille d'interprétation de Landis et Koch, 1977, dans Dubois *et al.*, 2007) pour toutes les mesures, notamment le nombre de visites à l'urgence, d'hospitalisations, de chirurgies d'un jour, d'heures d'aide pour les AVD et les AVQ, de visites à un médecin omnipraticien ou spécialiste, de rencontres avec une infirmière et d'autres professionnels de la santé.

Les grilles ayant servi aux suivis téléphoniques ont occasionnellement été améliorées en cours d'étude, les versions les plus récentes sont présentées à l'annexe E. Elles sont décrites à la sous-section 4.2.2 consacrée aux données relatives à l'utilisation des services.

4.1.3 *Les questionnaires à l'aidant*

Après la signature de la lettre de consentement de l'aidant, les évaluatrices se sont assurées de faire compléter le questionnaire à l'aidant au début de l'étude, puis à la fin de chaque année. En général, il était complété par l'aidant lors de la rencontre annuelle d'évaluation des participants. Lorsque l'aidant n'était pas présent à cette rencontre, il postait le questionnaire une fois complété. Ce questionnaire a principalement servi à mesurer le fardeau de l'aidant et son désir d'hébergement ainsi qu'à recueillir quelques données sociodémographiques.

Nous poursuivons avec la description des variables d'intérêt. Ces descriptions incluent d'autres modes de collectes de données plus spécifiques.

4.2 **Les coûts**

Toute évaluation économique doit tenir compte des coûts générés par le programme à l'étude (Bourgueil *et al.*, 2001; Drummond *et al.*, 1998). Dans le cas d'un RISPA, ces coûts sont liés à l'implantation de ses différentes composantes et au

fonctionnement de celles-ci. La première sous-section est consacrée à ces coûts que nous désignons comme coût du RISPA.

Quant à l'estimation du coût des ressources et des services utilisés par les participants, elle requiert tout d'abord les données relatives aux quantités utilisées. Par la suite, un coût unitaire doit être associé à chacun des types de ressources ou services. Nous décrivons à tour de rôle les sources des quantités et des coûts unitaires.

4.2.1 *Le coût du RISPA*

L'évaluation du coût du RISPA, composé de ses coûts d'implantation et de fonctionnement, représente un défi méthodologique. Bien que les principes économiques appuient l'importance de mesurer ces coûts, les études évaluatives portant sur des RISPA font très peu état de ceux-ci (voir sous-section 5.3.1 du chapitre 2). Les autres études économiques consultées fournissent peu d'indications méthodologiques.

La complexité de cette tâche est accrue par le contexte des RISPA de type coordination. Ils font appel à un grand nombre d'établissements et d'unités administratives des secteurs public, privé et bénévole. Aussi, le SSSS vit continuellement des changements (Dufour et Lamothe, 1999). Conséquemment, l'implantation des RISPA se fait à l'intérieur d'un système subissant concurremment d'autres transformations. Par ailleurs, le RISPA observé a été implanté progressivement sur une période de plus de cinq ans, tel qu'illustré au tableau 8, et son implantation n'était pas tout à fait complétée à la fin de la période d'observation. Ce tableau fait également ressortir que les différentes composantes du RISPA n'ont pas été implantées au même rythme. Sur le plan financier, quelques enveloppes budgétaires ont été allouées indistinctement aux composantes du RISPA et à l'accroissement des services. De plus, les sommes supplémentaires allouées étant

limitées, une partie des budgets d'opérations courantes a été réaffectée au bénéfice du développement du RISPA.

Tous ces éléments contextuels justifient le choix de la microanalyse pour évaluer le coût du RISPA. Cette microanalyse, décrite par Durand *et al.* (2007), a bénéficié de la collaboration de gestionnaires et de responsables financiers de plusieurs établissements du SSSS partenaires du RISPA. Toutes les données portant sur les nouvelles ressources et les ressources réaffectées au RISPA ont été recueillies à l'aide de questionnaires, d'entrevues et d'analyses de rapports financiers. Pour ce faire, trois principes majeurs de l'économie de la santé ont été respectés, l'évaluation des coûts différentiels, la valorisation des ressources au coût d'opportunité et l'utilisation d'une valeur monétaire constante.

L'évaluation de coûts différentiels (Bourgueil *et al.*, 2001; Drummond *et al.*, 1998; Gold *et al.*, 1996) nous force à isoler les ressources utilisées pour le RISPA qui n'auraient pas été utilisées dans une situation de statu quo. À titre d'exemple, les coûts liés à l'adoption d'un nouvel outil, comme l'OÉMC survenue en cours d'étude à travers tout le Québec, n'ont pas été considérés dans le coût du RISPA, car ils auraient été encourus même si la région n'avait pas procédé à l'implantation d'un RISPA.

La littérature en économie de la santé appuie majoritairement le coût d'opportunité pour valoriser les ressources utilisées pour un programme. Ce coût peut être défini comme *la deuxième meilleure utilisation possible* (Drummond *et al.*, 1998, Gold *et al.*, 1996; Robinson, 1993; Rousseau *et al.*, 2003). Selon Rousseau *et al.* (2003), il représente *la valeur du bien-être* qu'on aurait pu obtenir avec ces ressources. Toutefois, ces auteurs soulignent que cette notion de coût d'opportunité est restée quelque peu théorique. La complexité méthodologique limite sans doute l'évaluation de coûts d'opportunité répondant à cette représentation. Par ailleurs, Gold *et al.* (1996) soulignent que la détermination du coût d'opportunité est très

difficile et souvent impossible. Drummond *et al.* (1998), Gold *et al.* (1996) et Robinson (1993) suggèrent que, selon la théorie économique, le prix dans un marché compétitif, donc efficient, correspond au coût d'opportunité. Ainsi, bien que le SSSS n'opère pas dans un marché compétitif, nous faisons l'hypothèse, jusqu'à preuve du contraire, qu'il opère dans un marché efficient et que les prix payés pour ses ressources humaines (rémunération incluant tous les avantages sociaux) correspondent au coût d'opportunité de ces ressources, donc à la valeur du bien-être qu'elles produisent. Quant aux ressources matérielles utilisées pour le RISPA elles proviennent d'un marché compétitif, le prix payé correspond alors au coût d'opportunité. En résumé, nous avons principalement utilisé des coûts réels tel que suggéré par Bourgueil *et al.* (2001).

Les prix, donc les coûts, fluctuent à travers le temps. Puisque PRISMA-Estrie utilise un devis longitudinal, nous devons prendre les mesures nécessaires pour isoler les fluctuations dues au programme à l'étude, le RISPA, des fluctuations découlant des variations de conjonctures économiques. C'est pourquoi, tel que suggéré par Drummond *et al.* (1998) et Gold *et al.* (1996), nous avons utilisé des coûts constants de 2002 pour la valorisation de toutes les ressources d'intérêt pour notre étude. Au besoin, les dépenses encourues de 2003 à 2005, principalement constituées de frais de rémunération, ont été désindexées (converties en dollars de 2002) à l'aide des taux d'indexation calculés par le MSSS qui nous ont été transmis par la direction des finances de l'Agence de l'Estrie.

La littérature comptable privilégie la technique de la comptabilité par activité afin d'établir un coût de revient réel plus complet (Atkinson *et al.*, 1999; Boisvert, 1999; Garrison, Noreen, Chesley, Carrol, Bergeron et Roy, 2004) incluant des frais généraux indirects liés à l'exploitation, aux immobilisations et à l'administration, qui sont répartis en fonction des principales activités réalisées par l'organisation. Cette technique pallie l'arbitraire des principales méthodes de répartition des coûts indirects

(Roy, 1991 dans Hébert, Dubuc, Buteau, Roy, Desrosiers, Bravo, Trottier, Saint-Hilaire, 1997a).

Pour les coûts d'implantation et de fonctionnement du RISPA, qui proviennent de nombreuses sources, une comptabilité par activité aurait représenté un travail incommensurable. C'est pourquoi, nous avons choisi de compiler les différents coûts principalement à partir des frais directs. Nous avons toutefois considéré les frais indirects les plus importants, notamment les frais de supervision, de téléphone, de déplacements et d'équipement des gestionnaires de cas ainsi que les frais d'équipement et de support technique nécessaires pour le DCI.

Malgré la perspective sociétale adoptée pour notre étude, la microanalyse a fait ressortir des coûts privés et bénévoles non matériels. C'est pourquoi, seuls les coûts assumés par le secteur public ont été compilés pour la partie coût du RISPA de notre variable coût. L'annexe F présente les sources des données ainsi que la description détaillée des coûts d'implantation et de fonctionnement du RISPA. Une présentation plus succincte est proposée au tableau 9 pour les composantes *concertation et porte d'entrée unique* et au tableau 10 pour les composantes *gestion de cas* et DCI. Il n'a pas été possible d'isoler les coûts liés à la composante *PSI*, ils sont donc inclus à l'intérieur des coûts de gestion de cas. Quant à l'utilisation d'outils communs d'évaluation et de classification, elle n'a pas généré de dépense qui n'aurait pas été encourue sans le RISPA.

Les tableaux 9 et 10 illustrent la compilation du coût quotidien des composantes, deux par deux, pour l'année 2005 qui est la dernière des trois années pour lesquelles nous avons réalisé la micro-analyse.

Tableau 9
Le coût quotidien de la concertation et de la porte d'entrée unique en 2005

	Sherbrooke	Coaticook	Granit
Implantation concertation :			
Réunions de concertation	14 500	1 905	3 825
Supervision et coordination	49 266	9 100	2 275
Consultation	17 592	---	16 560
Secrétariat et autres frais administratifs	22 152	---	---
Mobilier et équipement	7 379	---	---
Total implantation concertation	110 889	11 005	22 660
Fonctionnement concertation :			
Amortissement implantation sur 7 ans	15 841	1 572	3 237
Réunions de concertation	---	---	870
Supervision et coordination	31 054	3 640	2 275
Déplacements	1 119	---	---
Total fonctionnement concertation	48 014	5 212	6 382
Implantation porte d'entrée unique :			
Supervision et coordination	---	5 460	---
Consultation	---	2 460	19 072
Formation	---	2 583	2 929
Promotion auprès de la population	---	389	1 888
Total implantation porte d'entrée unique	---	10 892	23 889
Fonctionnement porte d'entrée unique :			
Amortissement implantation sur 7 ans	---	1 556	3 413
Salaires et avantages sociaux	61 046	---	---
Supervision et coordination	---	1 638	2 275
Total fonctionnement porte d'entrée unique	61 046	3 194	5 688
Total concertation et porte d'entrée unique	109 060	8 406	12 070
Dénominateur : population (65 ans et plus non institutionnalisé)	17 941	2 210	3 197
Coût annuel par personne	6,079	3,804	3,775
Coût quotidien par personne	0,0167	0,0104	0,0103

Tableau 10
Le coût quotidien de la gestion de cas et du DCI en 2005

	Sherbrooke	Coaticook	Granit
Implantation gestion de cas :			
Recrutement et formation	55 641	2 707	8 169
Consultation	4 093	---	10 000
Supervision et coordination	3 490	2 240	1 400
Mobilier et équipement	89 684	6 396	17 242
Secrétariat et autres frais administratifs	12 046	1 400	---
Total implantation gestion de cas	164 954	12 743	36 811
Fonctionnement gestion de cas :			
Amortissement implantation sur 7 ans	23 565	1 820	5 259
Salaires et avantages sociaux	789 129	73 838	127 123
Déplacements	16 791	590	4 967
Frais téléphoniques	5 500	---	5 400
Frais espace de bureau	24 220	1 835	3 870
Supervision et coordination	10 352	1 911	2 275
Secrétariat et autres frais administratifs	14 619	---	---
Total fonctionnement gestion de cas	884 176	79 994	148 894
Implantation DCI :			
Réunions, supervision et coordination	2 875	4 550	4 550
Formation	18 324	13 678	24 914
Équipement informatique	22 000	11 000	11 835
Système, support technique et pilotage	191 065	20 061	29 696
Total implantation DCI	234 264	49 289	70 995
Fonctionnement DCI :			
Amortissement implantation sur 7 ans	33 466	7 041	10 142
Soutien technique	15 446	9 655	10 944
Supervision et coordination	---	1 911	2 275
Total fonctionnement DCI	48 912	18 607	23 361
Total gestion de cas et DCI	933 088	98 601	172 255
Dénominateur : Nombre moyen de dossier actifs dans l'année	485	40	100
Coût annuel par personne	1 924	2 465	1 723
Coût quotidien par personne	5,27	6,75	4,72

Les coûts d'implantation sont liés à des dépenses non récurrentes servant à mettre en place les différentes composantes du RISPA. Il s'agit, entre autres, des ressources matérielles utiles aux gestionnaires de cas et au déploiement du SIGG qui supporte le DCI. Quant aux ressources humaines impliquées, elles ont principalement été consacrées à des réunions de concertation inter-établissements, l'organisation de la *porte d'entrée unique* de chaque sous-région expérimentale, le recrutement et la formation des gestionnaires de cas ainsi que la formation liée à l'utilisation du DCI. La compilation de ces coûts d'implantation, à l'intérieur du coût du RISPA, a été réalisée par le biais d'un amortissement linéaire sur une période de sept ans afin de prendre en compte la durée de vie approximative d'un nouveau programme, estimée à cinq à dix ans par les gestionnaires du SSSS public que nous avons consultés.

Quant aux coûts de fonctionnement, ils sont d'abord composés de l'amortissement des coûts d'implantation afin de fournir un coût RISPA complet. Les coûts de fonctionnement sont principalement liés aux ressources humaines investies dans les activités propres aux composantes du RISPA, notamment la *porte d'entrée unique*, la *gestion de cas* et l'utilisation du DCI.

Le coût quotidien par personne est attribué aux participants de la région expérimentale. Cette attribution débute au moment où la composante devient opérationnelle et elle tient compte des particularités des composantes et des coûts propres à chacune des sous-régions expérimentales.

Les composantes *concertation inter-établissements* et *porte d'entrée unique* sont accessibles à toutes les personnes âgées de 65 ans et plus qui ne sont pas institutionnalisées. Ainsi, les participants non institutionnalisés des trois sous-régions expérimentales peuvent profiter de ces deux composantes. La première étape de la compilation du coût quotidien par personne était donc basée sur la répartition du coût annuel total pour les deux composantes en coût annuel par personne à l'aide de la

population concernée dans chacune des sous-région (voir le tableau 9) comme dénominateur. Cette façon de faire repose sur l'hypothèse que tous les coûts identifiés sont variables. Il aurait été très ardu d'obtenir des renseignements permettant de distinguer les coûts fixes sans pour autant nous assurer de données plus fiables et significativement différentes.

Dans un deuxième temps, le coût annuel par personne était ramené à un coût quotidien. Pour chaque jour de participation, nous avons attribué à chaque participant le coût quotidien par personne approprié en fonction de l'année et de la sous-région. L'ensemble des coûts quotidiens est présenté à la fin de l'annexe I.

Les composantes de *gestion de cas* et DCI profitent exclusivement aux personnes prises en charge par un gestionnaire de cas. C'est pourquoi, nous attribuons un coût quotidien par personne aux participants pour les jours de participation durant lesquels ils étaient suivis par un gestionnaire de cas. La compilation des coûts quotidiens ressemble à celle réalisée pour les deux premières composantes en retenant, comme dénominateur pour établir le coût annuel par personne, le nombre moyen de dossiers actifs en gestion de cas au cours de l'année concernée.

Le coût du RISPA est un coût différentiel. Celui-ci devrait tenir compte des économies engendrées par le RISPA (Drummond *et al.*, 1998). Durand, Blanchette et Hébert (2004) ont fait ressortir deux sources d'économies potentielles. La première tient des effets attendus quant à l'utilisation des services, qui est prise en compte dans notre étude par la comparaison du coût des services utilisés dans les régions expérimentales et de comparaison (sous-sections suivantes). La deuxième source se manifesterait par des gains de productivité générés par la réorganisation produite par le RISPA. L'analyse de la division fonctionnelle des opérations impliquées dans la prestation de services, proposée par Gadrey (2003), met en lumière deux fonctions pertinentes, les opérations de logistique informationnelle et les activités de prestation de services directs. Nous avons consulté plusieurs gestionnaires et professionnels

actifs au sein du RISPA à l'étude et il n'a pas été possible d'identifier comment mesurer objectivement le temps économisé par le RISPA à travers ces deux fonctions. Par ailleurs, Frossard *et al.* (2001) ont constaté que les gains de productivité découlant de la coordination des services étaient réinvestis dans la qualité de la relation avec le patient plutôt qu'utilisés pour dispenser plus de services. Si le même phénomène s'était produit pour le RISPA à l'étude, il n'y aurait pas d'économie financière liée aux éventuels gains de productivité. C'est l'hypothèse que nous posons pour l'évaluation du coût du RISPA dans notre recherche.

4.2.2 *Les ressources et les services utilisés*

Rappelons que le RISPA peut influencer sur le type de ressources et de services qui sont utilisés par les personnes âgées ainsi que sur les quantités consommées. Tout en s'inspirant des études évaluatives antérieures, nous avons ciblé le plus grand nombre de ressources et services dont l'utilisation était susceptible d'être affectée par le RISPA. La catégorisation des services, les sources des données d'utilisation et les coûts varient selon le milieu de vie de la personne âgée. Le tableau 11 décrit les différents milieux de vie considérés par PRISMA-Estrie.

Les milieux de vie 1 à 3 sont des domiciles individuels, les milieux 4A et 5A sont des domiciles collectifs financés par le secteur public, alors que les milieux 4B et 5B sont des domiciles collectifs totalement financés par le secteur privé. Les personnes qui résident dans les milieux 6 à 8, les CHSLD, sont considérées comme étant institutionnalisées. Soulignons qu'au début de l'étude, toutes les personnes sélectionnées résidaient dans les milieux 1 à 5. En cours d'étude, lorsqu'une personne était placée dans un CHSLD, nous avons continué à collecter des données sur l'utilisation des services de cette personne ainsi que sur son niveau d'autonomie fonctionnelle.

Tableau 11
La description des milieux de vie

#	Description
1	Domicile individuel, le participant est propriétaire
2	Domicile individuel, le participant est locataire
3	Domicile individuel, le participant est pensionnaire
4A	Résidence d'accueil où résident 9 personnes ou moins
4B	Résidence privée où résident 9 personnes ou moins
5A	Pavillon où résident 10 personnes et plus
5B	Résidence privée où résident 10 personnes et plus
6	CHSLD privé conventionné
7	CHSLD privé non conventionné
8	CHSLD public, incluant les unités de soins de longue durée dans un CH

Au chapitre précédent, nous avons expliqué l'intérêt d'étudier deux grandes catégories de ressources et services (ci-après, services), les services de proximité et les services institutionnels. Une liste exhaustive de l'ensemble des services considérés dans l'étude PRISMA-Estrie est présentée au tableau 12, en fonction de ces deux grandes catégories. Soulignons que cette catégorisation coïncide avec celle qui a été utilisée pour l'étude SIPA (Béland *et al.*, 2001, 2004, 2006).

Les nombreux milieux de vie, les différentes natures des sous-régions à l'étude (urbaine ou rurale) ainsi que la variété des services étudiés ont imposé une grande flexibilité dans les sources des données d'utilisation des services et de la détermination de leur coût. Un tableau, tiré de Blanchette, Durand et Hébert (2007), est présenté à l'annexe G afin de fournir une information complète.

Tableau 12
La liste des services évalués (de proximité / institutionnels)

Services de proximité	Services institutionnels
Hébergement incluant dépenses d'infrastructure, d'exploitation et d'administration (milieux de vie 1 à 5)	Hébergement incluant dépenses d'infrastructure, d'exploitation et d'administration (milieux de vie 6 à 8)
Services de soutien (AVD) incluant entretien ménager, buanderie et alimentation (milieux de vie 1 à 5)	Services de soutien (AVD) incluant entretien ménager, buanderie et alimentation (milieux de vie 6 à 8)
Soins infirmiers et d'assistance (AVQ) (milieux de vie 1 à 5)	Soins infirmiers et d'assistance (AVQ) (milieux de vie 6 à 8)
Services de surveillance, gardiennage (milieux de vie 1 à 5)	Services de surveillance (milieux de vie 6 à 8)
Services de répit, hébergement temporaire (milieux de vie 1 à 5)	
Consultations et traitements dispensés par des médecins omnipraticiens et spécialistes, des infirmières, des professionnels en réadaptation, en interventions psychosociales ou autres (milieux de vie 1 à 5)	Consultations et traitements dispensés par des médecins omnipraticiens et spécialistes, des infirmières, des professionnels en réadaptation, en interventions psychosociales ou autres (milieux de vie 6 à 8)
Médicaments et services pharmaceutiques (milieux de vie 1 à 5)	Médicaments et services pharmaceutiques (milieux de vie 6 à 8)
	Services hospitaliers incluant l'urgence et les chirurgies (tous les milieux de vie)
Visites à l'Hôpital de jour et au Centre de jour (milieux de vie 1 à 5)	
Déplacements à des fins médicales, en ambulance ou autre (milieux de vie 1 à 5)	Déplacements à des fins médicales, en ambulance (milieux de vie 6 à 8)

Les données d'utilisation de tous les services listés dans le tableau 12 ont été recueillies à l'aide des grilles de suivi téléphonique (annexe E), expliquées aux sous-sections qui suivent, à l'exception des médicaments. Les personnes âgées de 65 ans et plus sont automatiquement inscrites au régime public d'assurance médicaments de la RAMQ. C'est pourquoi, pour les participants résidant dans les milieux de vie 1 à 5

et 7 (CHSLD privé non conventionné), les achats de médicaments pour toute la durée de l'étude ont été extraits des banques de données de ce régime public, obtenues auprès de la RAMQ. Pour les autres, ceux qui sont institutionnalisés en CHSLD privé conventionné (milieu 6) et en CHSLD public (milieu 8), les médicaments sont fournis par l'institution, un coût moyen quotidien, expliqué à la sous-section 4.2.3, a été considéré.

4.2.2.1 *La Grille d'utilisation des services communautaires et de santé*

Cette première grille, présentée à l'annexe E, a été utilisée pour les participants des milieux de vie 1 à 5. Cette grille permettait de vérifier le milieu de vie, afin de définir le nombre de jours d'utilisation des ressources d'hébergement propres à chacun des milieux de vie. Soulignons qu'un jour d'utilisation de l'hébergement selon le milieu de vie a été attribué pour tous les jours de participation, même lorsque la personne était hospitalisée, considérant que cette personne ne pouvait rendre disponible sa chambre, ou l'espace normalement occupé, durant son séjour hospitalier. Cependant, à partir d'un changement de milieu de vie, détecté lors du suivi téléphonique, seul le coût quotidien d'hébergement dans le nouveau milieu de vie était attribué. Cette décision est basée sur le principe de la rationalité dans les décisions économiques impliquant que l'espace libéré par la personne, dans son domicile individuel ou collectif, sera loué ou vendu à quelqu'un d'autre.

Parmi les autres données de cette grille, celles qui nous intéressent sont : le nombre de jours à l'hôpital de jour, de demi-journées au centre de jour, d'heures d'aide pour les AVD et les AVQ, de repas communautaires ou livrés à domicile, de jours de répit en hébergement temporaire et d'heures de gardiennage.

L'approche sociétale ayant été privilégiée, la Grille d'utilisation des services communautaires et de santé permettait de recueillir la source de financement par l'inscription d'un code dans la colonne *Fourni par*. La liste des codes, placée au bas

de la grille, sert à distinguer les services fournis par : 1) les organismes publics, 2) les organismes bénévoles, 3) les agences privées, 4) les entreprises d'économie sociale, 5) les allocations directes (sommes versées par le CLSC pour que la personne achète elle-même le service requis), 6) les résidences d'accueil avec services optionnels et 7) les résidences d'accueil avec services fournis.

4.2.2.2 La Grille de séjour hospitalier et de visite à l'urgence

La deuxième grille (annexe E), utile pour les participants de tous les milieux de vie, permettait de recueillir toutes les données sur le nombre de visites à l'urgence, les durées des séjours hospitaliers en distinguant le type d'établissement et le département concerné, le nombre de chirurgies ainsi que le nombre de déplacements en ambulance ou autre.

4.2.2.3 La grille d'utilisation et de continuité

La troisième grille (annexe E) servait à inscrire, pour les participants résidant dans un milieu de vie 1 à 5, toutes les rencontres avec des professionnels (médecins, infirmières, intervenants psychosociaux, en réadaptation ou autres), survenues au domicile du participant ou au cabinet du professionnel. Nous n'avons pas demandé la durée de chacune de ces rencontres, nous avons utilisé des temps caractérisant chacun des types d'intervention lors de l'établissement de leur coût unitaire par rencontre. Cette grille permettait de préciser la date de la rencontre, le code de la profession, le déplacement de la personne âgée et la source de financement du service (publique ou privée). Les personnes vivant dans les milieux 5B peuvent bénéficier de rencontres régulières et fréquentes, mais courtes, avec une infirmière. Afin de simplifier la collecte de ces données, au bas de la grille, un tableau servait à établir une semaine-type pour ces rencontres.

4.2.2.4 *La Grille de suivi téléphonique pour les sujets institutionnalisés*

La dernière grille de l'annexe E s'adressait seulement aux personnes résidant dans un milieu de vie 6 à 8. Elle permettait de recueillir les données relatives aux rencontres avec des professionnels autres que ceux du CHSLD. On y retrouvait l'information sur le type de déplacement, au besoin, ainsi que la source de financement du service (public, privé). Quant aux visites des professionnels du CHSLD, elles sont valorisées à l'aide d'un coût quotidien moyen.

4.2.2.5 *Les services fournis systématiquement dans certains milieux de vie*

Le suivi téléphonique ne recueillait aucune donnée concernant les services de soutien, de surveillance et de soins infirmiers et d'assistance pour les milieux de vie 4A, 5A, 6 à 8 car, dans ces milieux, les services sont généralement fournis de manière systématique. Pour les services de soutien et de surveillance, des coûts quotidiens moyens pour chacun de ces milieux de vie ont été estimés à partir de deux études économiques, Hébert *et al.*, (1997a) et Dubuc, Tousignant, Hébert, Buteau et Coulombe (2002b). Nous présentons brièvement ces études, car elles ont aussi inspiré l'estimation des heures de soins fournies bénévolement par l'entourage des participants.

Les chercheurs de la première étude ont adapté un outil de classification par types en milieux de soins prolongés, le CTMSP, élaboré en 1976 par l'équipe de recherche opérationnelle en santé du Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal et l'Institut national de systématique appliquée, et décrit par Tilquin, Pineault, Sicotte et Audette (1977) et Tilquin, Vanderstraeten, Fournier, Saint-Onge, Toupin et Lambert (1984). Pour ce faire, les éléments principaux du CTMSP, interventions de soins avec leur pondération et leur fréquence, ont été conservés afin de ne pas affecter la validité de l'instrument. La fidélité intra-infirmière et inter-infirmières du nouveau formulaire, le CTMSP modifié, a été

démontrée par Dubuc, Desrosiers, Bravo et Hébert (1996). Le CTMSP modifié a permis d'estimer les heures de soins requises par 1 977 personnes âgées de 65 ans et plus, en perte d'autonomie (score SMAF > 4), résidant dans différents milieux de vie, et de les comparer aux heures fournies par les secteurs public, privé et bénévole.

Dubuc *et al.* (2002b) ont mis à profit les résultats de la première étude pour développer des équations de régression prédisant les heures de services requises à partir des scores des items du SMAF qui expliquent 51 % de la variance des heures requises de soins professionnels infirmiers, 87 % de la variance des heures requises de soins para-professionnels d'assistance, 80 % des heures requises de services de soutien et 57 % des heures requises de surveillance. Tandis que les heures de services fournies ont été établies à l'aide de la partie handicap du SMAF qui permet de faire ressortir les sources (publique, privée ou bénévole) et les fréquences des services qui comblent les incapacités.

Revenons aux soins infirmiers et d'assistance pour lesquels un coût moyen n'aurait pas été représentatif de la réalité de nos participants, car ces services sont grandement influencés par le niveau d'autonomie fonctionnelle de la personne. Il a donc fallu estimer des heures de services en lien avec le niveau d'autonomie fonctionnelle des participants. À cet effet, Hébert, Dubuc, Buteau, Desrosiers, Bravo, Trottier, Saint-Hilaire et Roy (2001a) ont développé une équation de régression servant à prédire ces heures de soins infirmiers et d'assistance à partir des résultats de l'étude d'Hébert *et al.* (1997a). Ils ont démontré que le score incapacité du SMAF explique 85 % de la variance des heures de soins infirmiers et d'assistance requises. De plus, toujours selon les résultats d'Hébert *et al.* (1997a), la comparaison du nombre d'heures requises avec le nombre d'heures fournies fait ressortir une concordance presque parfaite. Conséquemment, jugeant ces résultats fiables, l'estimation des heures de soins utilisées par les participants de PRISMA-Estrie, pour ces cinq milieux de vie (4A, 5A, 6 à 8), a été réalisée à partir de l'équation de régression développée par Hébert *et al.* (2001a) :

« $\log(\text{heures de soins requises} + 1) = 0,118 + [0,213 \times \text{SMAF}]$ » (p.10)

Toutefois, précisons que les scores du SMAF sont disponibles au début et à la fin de chaque année de participation. Les heures de soins infirmiers et d'assistance requis pour les jours de participation de chacune des périodes de suivis téléphoniques ont été estimées à partir du score incapacité du SMAF mesuré à la date la plus près de cette période. Cette façon de faire a permis de baser cette estimation sur une mesure datant d'au plus six mois, ce qui semble raisonnable selon les résultats de l'étude de Ferrucci, Guralnik, Simonsick, Salive, Corti et Langlois (1996). Ces chercheurs ont suivi plus de 6 000 personnes âgées de 69 ans et plus, pendant 6 à 7 ans, et ont démontré que l'incidence de développer une incapacité sévère radicale (nouveaux besoins d'aide pour au moins 3 AVQ développés en 1 an) est de 12,1 par 1 000 personnes-années; cette incidence, pour les personnes âgées entre 80 et 84 ans (moyenne d'âge des participants de PRISMA-Estrie), est de 16,9 par 1 000 personnes-années.

4.2.2.6 *Les services fournis par l'entourage*

Jusqu'ici, nous avons principalement abordé les services financés par les secteurs public et privé. Revenons à l'approche sociétale qui implique la mesure de tous les coûts différentiels financés par les secteurs public, privé et bénévole. La *Grille d'utilisation des services communautaires et de santé* a permis d'identifier les services fournis par les organismes bénévoles (services fournis par code 2 ou 4). Mais d'autres services sont aussi offerts bénévolement aux personnes âgées, une grande partie de l'appui et du soutien est fournie par leurs aidants, la famille ou les proches (Béland *et al.*, 2004; The Canadian Study of Health and Aging Working Group, 2001). Pinnel Beaulne Associates Ltd (1998) rapportent que les 48 aidants de leur échantillon consacrent une moyenne de 181 heures par mois pour aider et soigner leur parent âgé. À ce propos, Chappel et Blandford (1991) ont démontré que le réseau

informel composé de la famille et des proches, et le réseau formel du SSSS sont utilisés de façon complémentaire par les personnes âgées en perte d'autonomie, alors que Kemper (1992) a démontré que l'entourage fournit la plus grande quantité de soins. Au Québec, le Conseil des Aînés rapporte qu'entre 70 % et 85 % de l'aide requise par les personnes âgées en perte d'autonomie est fournie par la famille et l'entourage, que c'est le plus souvent le conjoint ou la conjointe qui assume cet aide et que plusieurs y consacrent plus de dix heures par semaine (Villeneuve, 2008).

Le temps consacré par les aidants doit être valorisé dans les études économiques sinon les comparaisons entre les différents milieux de vie risquent d'être faussées (O'Shea et Blackwell, 1993). Cependant, Rousseau *et al.* (2003) constatent que la valeur du bénévolat n'est généralement pas prise en compte dans les évaluations économiques. Thornton *et al.* (1988) expliquent cet état de fait par le manque de moyen fiable pour mesurer les services fournis par les aidants.

Tel que mentionné précédemment, Dubuc *et al.* (2002b) ont utilisé, avec succès, la partie handicap du SMAF pour identifier les différents soins et services fournis par l'entourage, les services professionnels ou para-professionnels du secteur public, privé et des organisations de l'économie sociale (voir annexe H). Pour PRISMA-Estrie, la partie handicap du SMAF a été utilisée pour estimer les heures de services de soutien et de soins infirmiers et d'assistance fournies par l'entourage afin d'être en mesure d'évaluer le bénévolat. Pour ce qui est de la surveillance, les besoins, en termes d'heures requises, ont été établis à partir de l'équation de régression basée sur le score d'incapacité du SMAF, développée par Dubuc *et al.* (2002b). Tandis que la section D (fonctions mentales) de la partie handicap du SMAF était utilisée afin d'établir si les heures requises étaient réellement fournies bénévolement par la famille ou les proches. Ne disposant des mesures du SMAF qu'au début et à la fin de chaque année, les heures de services fournies couvrant les jours de participation de chacune des périodes de suivis téléphoniques ont été

estimées à partir de la partie handicap du SMAF de la date la plus près de cette période.

Finalement, soulignons que cette façon d'estimer les heures de services bénévoles a été appliquée uniquement aux participants résidant dans les milieux de vie 1 à 3; ces services s'étant révélés non matériels dans l'étude d'Hébert *et al.* (2001a) pour les autres milieux de vie, ils représentent moins de 2 % de l'ensemble des coûts pour les participants résidant en domicile collectif et en CHSLD.

4.2.3 *Les coûts unitaires*

Plusieurs facteurs influent sur les coûts unitaires des nombreux services évalués par PRISMA-Estrie, le milieu de vie (10 milieux de vie du tableau 11), le type de sous-région (urbaine ou rurale), le type de dispensateur (professionnel ou non, financé par le secteur public, privé ou bénévole) ou de payeur. Plusieurs stratégies ont donc été utilisées afin d'établir des coûts unitaires appropriés, elles sont toutes précisées à l'annexe G. Dans cette sous-section, nous décrivons brièvement : les principes qui ont inspiré ces stratégies; les études dans lesquelles des modèles d'estimation ou des coûts unitaires ont été puisés, ainsi que les types de coûts déterminés; les stratégies spécifiques aux principaux services; la valorisation des services bénévoles; quelques indications sur les répartitions faites à propos des sources de financement des services.

4.2.3.1 *Les principes d'évaluation*

Les principes d'évaluation sont inspirés des objectifs poursuivis. Rappelons que la valorisation des services utilisés par les participants (voir liste au tableau 12), permet de produire une mesure agrégée de l'influence du RISPA sur la consommation de l'ensemble des services socio-sanitaires. Pour ce faire, les coûts unitaires servant à la valorisation doivent respecter trois principes.

Tout d'abord, ils doivent être le plus représentatif possible du service concerné. L'utilisation d'échantillons représentatifs et de données provenant de sources fiables favorise le respect de ce principe.

Tel que mentionné précédemment, les coûts doivent être établis en dollars constants, afin de fournir une base de comparaison exempte des fluctuations de prix dues à l'inflation. PRISMA-Estrie a choisi l'année 2002 comme base. Lorsque les données disponibles étaient exprimées en dollars d'une autre année, la conversion des coûts privés a été effectuée à l'aide de l'Indice des prix à la consommation établi par Statistique Canada pour le Québec. Pour les services publics, la direction des ressources financières de l'Agence de l'Estrie a fourni les taux d'indexation applicables aux établissements du SSSS public calculés par le MSSS.

Troisièmement, pour bien identifier l'impact du RISPA en excluant l'effet des disparités régionales ou des écarts de performance entre les établissements (Bourgueil *et al.*, 2001; Raikou *et al.*, 2000), le même coût unitaire doit servir à la valorisation des services rendus dans les sous-régions expérimentales et dans les sous-régions de comparaison.

4.2.3.2 *Les études et les types de coûts déterminés*

L'étude d'Hébert *et al.* (1997a), décrite à la sous-section 4.2.2.5, a permis d'estimer des coûts moyens pour plusieurs types de services fournis dans des milieux de vie variés. Elle a donc été une source importante pour PRISMA-Estrie. Puisque Dubuc *et al.* (2002b) se sont inspirés de la méthodologie d'Hébert *et al.* (1997a), plusieurs données des deux études ont servi à établir un coût moyen pondéré en fonction de la taille de leurs échantillons respectifs.

L'évaluation des coûts des services considérés dans ces deux études a été établie selon le concept de valeur actuelle du coût de remplacement qui vise à définir le coût le plus représentatif possible. Soulignons que ce même concept a été utilisé par PRISMA-Estrie pour la valorisation des coûts qui n'étaient pas disponibles dans ces deux études. Nous approfondissons un peu ce concept.

Lorsque c'est pertinent, un coût réel a été établi utilisant une forme de comptabilité par activité, privilégiant l'inclusion des frais directs et indirects de la prestation (frais pour les fournitures, les infrastructures et l'administration). L'avantage de la comptabilité par activité est de fournir un coût complet. Nous considérons qu'un tel coût est une meilleure base de comparaison d'un ensemble important de services fournis par des sources variées. Les données ont principalement été tirées des rapports financiers des établissements du SSSS public (AS-471). Lorsque les données n'étaient pas disponibles pour établir un coût réel, des estimations ont été réalisées à l'aide de rapports statistiques ou financiers (*e.g.* : Statistique Canada, coût journalier de denrées pour les personnes de 65 ans et plus; Industrie et Commerce Québec, Profil des entreprises en aide domestique de Thouin et Chagnon, 2002) ou d'études sur des services particuliers (*e.g.* : coût quotidien à l'Hôpital de jour évalué par Tousignant, Hébert et Desrosiers, 2001). Parfois, un coût réel ou une estimation n'est pas assez représentatif de la valeur. C'est le cas des immobilisations acquises depuis plusieurs années, leur coût n'étant plus représentatif, un coût de remplacement doit être établi. Pour les immeubles, la valeur selon l'évaluation municipale représente une valeur au marché appropriée comme coût de remplacement. Pour les autres immobilisations, des valeurs au marché ou des valeurs à neuf correspondent au coût de remplacement recherché.

4.2.3.3 *Les stratégies spécifiques aux principaux services*

Ces stratégies dépendent surtout des milieux de vie et des types de dispensateurs. Nous présentons brièvement les sources des coûts unitaires des

principaux services en regroupant les milieux de vie ayant des sources communes, l'annexe G fournit des informations détaillées. De plus, l'annexe I contient quelques tableaux de coûts unitaires détaillés.

Pour les domiciles collectifs (milieux 4A et 5A) et les CHSLD (milieux 6 à 8), les coûts unitaires quotidiens d'hébergement (terrain, bâtisse, ameublement, entretien et taxes), de support administratif, de services de soutien (aide aux AVD : entretien ménager, buanderie et alimentation) et de surveillance ont été estimés à l'aide d'une moyenne pondérée des coûts moyens identifiés dans les études d'Hébert *et al.* (1997 *a*) et de Dubuc *et al.* (2002*b*). Ces études ayant eu recours à des échantillons issus de différentes régions du Québec, les coûts moyens pondérés identifiés sont représentatifs d'un coût provincial. Puisque les domiciles collectifs privés (4B et 5B) n'étaient pas couverts par ces études, l'équipe du PRISMA-Estrie a utilisé la même méthodologie, se limitant au territoire de l'Estrie, pour estimer les coûts moyens pour ces milieux de vie.

Pour les milieux de vie 4A, 5A et 6 à 8, étant donné que l'utilisation des soins infirmiers et d'assistance a été établie en fonction d'un nombre d'heures, ce sont des coûts unitaires horaires qui ont été identifiés pour ces services. Ceux-ci proviennent aussi des études d'Hébert *et al.* (1997*a*) et de Dubuc *et al.* (2002*b*). Ces services sont dispensés par du personnel professionnel et du personnel para-professionnel. C'est pourquoi, les coûts unitaires horaires ont été estimés selon la pondération de personnel professionnel et para-professionnel observée dans ces études. Ce faisant, nous posons pour hypothèse que ces proportions sont demeurées stables, car la disponibilité de personnel professionnel ne s'est pas accrue au cours de ces années.

Quant aux domiciles individuels (milieux 1 à 3), les coûts unitaires quotidiens d'hébergement ont été estimés selon le même procédé que pour les autres milieux de vie. Concernant les services de soutien, de surveillance et les soins infirmiers et d'assistance, les coûts unitaires horaires proviennent de quelques sources selon le

dispensateur identifié au suivi téléphonique. Certains ont été tirés d'Hébert *et al.* (1997a) et de Dubuc *et al.* (2002b), d'un rapport sur les entreprises d'aide domestique de Thouin *et al.* (2002) et de rapports financiers d'organismes fournissant des repas à domicile.

Les coûts unitaires par visite de (à des) professionnels de la santé proviennent de plusieurs sources et sont distingués selon qu'elles aient été réalisées au domicile du participant ou en clinique (ou cabinet). Concernant les médecins omnipraticiens et les spécialistes, les coûts ont été estimés à partir de statistiques de la RAMQ (RAMQ 2002, tableau 2.12) pour les personnes de plus de 75 ans. Pour les autres professionnels du secteur public, les temps consacrés aux rencontres ont été estimés à partir d'une étude de temps et mouvement réalisée par Dubuc, Hébert, Buteau et Coulombe (2002a) et les tarifs horaires moyens ont été établis par l'équipe du PRISMA-Estrie à partir des rapports financiers du 31 mars 2002 des sous-régions expérimentales et de comparaison. Ces tarifs comprennent les salaires, les avantages sociaux, les fournitures des centres d'activités concernés et des frais pour le support administratif et les infrastructures. Pour les autres professionnels du secteur privé, ce sont principalement les ordres professionnels ou un sondage auprès de quelques professionnels qui ont permis d'estimer les coûts unitaires pour une visite standard.

Les coûts hospitaliers ont été étudiés par Durand *et al.* (2001a) pour près de 500 personnes âgées de 75 ans et plus à l'aide d'une technique de comptabilité par activité. L'équipe du PRISMA-Estrie a utilisé leurs données et ajouté, le cas échéant, les frais pour les actes médicaux, l'infrastructure et l'équipement. Ces estimations ont permis d'établir : des coûts unitaires quotidiens pour une hospitalisation au service de médecine et chirurgie, aux soins intensifs, dans une UCDG et une URFI; un coût unitaire par visite à l'urgence; un coût unitaire pour une chirurgie d'un jour et une chirurgie pour une personne hospitalisée. Le tableau 13 décrit les différentes activités et frais indirects qui ont été considérés dans l'estimation de ces coûts unitaires.

Tableau 13
Les coûts unitaires pour différents services hospitaliers

Description du service	Unité	Coût
1 jour d'hospitalisation comprenant : masse salariale et autres charges, services diagnostics et thérapeutiques, services techniques et d'administration, alimentation, actes médicaux, infrastructure et équipement	Médecine et chirurgie	405 \$
	Soins intensifs	907 \$
	UCDG	546 \$
	URFI	513 \$
1 visite à l'urgence comprenant : masse salariale et autres charges, services diagnostics et thérapeutiques, services techniques et d'administration, actes médicaux, infrastructure et équipement		265 \$
1 chirurgie d'un jour comprenant : hospitalisation (masse salariale et autres charges, services diagnostics et thérapeutiques, services techniques et d'administration, actes médicaux, infrastructure et équipement), chirurgie basée sur le temps moyen au bloc opératoire*		1 409 \$
1 chirurgie pour personne hospitalisée comprenant : chirurgie basée sur le temps moyen au bloc opératoire*		3 161 \$

* comprend actes médicaux, coût de prothèse, services techniques et administratifs, infrastructure et équipement

Les coûts des médicaments et services pharmaceutiques, tel que mentionné précédemment, ont été tirés des banques de données de la RAMQ qui a fourni le coût réel assumé par la personne âgée elle-même ainsi que la contribution publique, pour les participants résidant dans des domiciles individuels et collectifs, et dans les CHSLD privés non conventionnés. Soulignons que ces coûts portent sur les quatre années de l'étude, en fonction des dates des rencontres (T0 à T4) de chaque participant. Les coûts portant sur les autres années que 2002 auraient dû être indexés,

par contre, une analyse de l'évolution des coûts des médicaments consommés par les personnes âgées de 65 ans et plus, a fait ressortir une certaine stabilité des coûts. Cette analyse a été réalisée à l'aide de tableaux publiés par la RAMQ qui sont intitulés : « Nombre d'ordonnances, leur coût brut et leur coût RAMQ selon les classes et les sous classes de médicaments les plus fréquentes et la catégorie de personnes assurées » (RAMQ, 2004). Il s'agit des tableaux, 5.10, pour 2002 et 2003, et AM.10, pour 2004 et 2005, qui illustrent, respectivement, un coût moyen par ordonnance de 28,53 \$, 28,58 \$, 28,17 \$ et 27,59 \$. Devant ces résultats, il a été décidé de ne pas appliquer de taux d'indexation aux coûts réels obtenus pour toute la durée de l'étude.

Quant aux médicaments consommés par les participants institutionnalisés dans les milieux de vie 6 et 8, l'Agence de l'Estrie a fourni un rapport intitulé « 2001-2002, pharmacie-médicaments seulement, coût moyen des médicaments par jour en CHSLD » qui donne un coût moyen par institution pour chacun des CHSLD de la province de Québec. Ce rapport a donc permis de compiler un coût quotidien moyen par personne de 3.76 \$ pour les CHSLD publics et de 3.12 \$ pour les CHSLD privés conventionnés.

Finalement, pour les déplacements liés à une hospitalisation ou une rencontre avec un professionnel de la santé ou des services sociaux, le coût d'un déplacement en ambulance, estimé à 462 \$, est basé sur le budget du MSSS pour l'année 2001-2002. Pour les autres déplacements, une distance moyenne a été établie à l'aide du logiciel Mapquest et le coût par kilomètre provient du Club automobile CAA.

4.2.3.4 *La valorisation des services bénévoles*

La valorisation des services bénévoles ne fait pas consensus dans la littérature. Plusieurs stratégies servant à établir des taux horaires pour valoriser les heures d'aide

pour les AVD, les AVQ et la surveillance sont proposées, mais elles sont presque toutes fortement critiquées.

Certaines proposent d'utiliser un prix du marché établi en fonction des caractéristiques de l'aidant ou du temps sacrifié. À propos du temps, Palmer et Raftery (1999) privilégient l'utilisation de taux horaires différents en fonction du temps sacrifié, temps de travail rémunéré ou temps de loisir. Si l'aidant sacrifie du temps de travail rémunéré, les auteurs proposent une forme de coût d'opportunité. Pour Max, Webber et Fox (1995) le coût d'opportunité engendre une sous-estimation du coût, alléguant que l'aidant qui sacrifie la deuxième meilleure utilisation de son temps pour assister ou soigner un proche accorde une plus grande valeur à ces activités. À la recherche du coût d'opportunité, Robinson (1993) propose de considérer le salaire correspondant aux heures non travaillées, alors qu'O'Shea et Corcoran (1990) privilégient un taux horaire moyen ou le salaire le plus bas considérant l'âge et l'occupation de l'aidant (Weinstein, Siegel, Gold, Kamlet et Russel, 1996). Il est aussi question d'un salaire minimum (Rheault, 1994) ou d'un taux de salaire d'employé non qualifié (Drummond *et al.*, 1998). S'il s'agit plutôt de temps de loisir, les propositions sont aussi très variables. Drummond *et al.* (1998) suggèrent un taux égal à zéro, au revenu moyen régional ou à la rémunération moyenne des heures supplémentaires, prix qu'un employeur doit payer pour acheter le temps libre de ses employés. Plusieurs auteurs, Bettio, Mazzotta et Solinas (2007), Bettio et Solinas (2009), O'Shea *et al.* (1990, 1993), Robinson (1993) et Wright (1987), réfèrent à une valorisation égale à 25 % du coût d'opportunité du marché (salaire). Cette proportion est issue d'une étude sur la valeur du temps de déplacement réalisée par le ministère des transports au Royaume-Uni (Leitch Commission, 1978) et Wright (1987), dans une étude approfondie sur le coût des soins informels fournis par des parents ou des amis, précise que cette méthode de valorisation du temps de loisir est celle qui se rapproche le plus de l'évaluation que les aidants font de leur temps.

Nous constatons des différences importantes dans ces taux horaires et plusieurs critiques peuvent être soulevées. Tout d'abord, il n'est pas toujours possible d'obtenir l'information sur les caractéristiques propres à chacun des aidants ou au type de temps sacrifié. Les aidants qui n'exercent pas de travail rémunéré posent problème. De plus, les disparités importantes dans les taux horaires gagnés par les aidants créent des inégalités dans la valorisation d'une même tâche (Hébert *et al.*, 1997a).

Une autre approche, celle du coût de remplacement, est aussi proposée (Hollander, Miller, MacAdam, Chappel et Pedlar, 2009). Gold *et al.* (1996), Miller, Hollander et MacAdam (2008, dans Hollander *et al.*, 2009), O'Shea *et al.* (1993) et Rheault (1994) parlent de salaire sur le marché adapté à la tâche, référant au secteur privé. Mais Wright (1987) suggère un coût pour embaucher une personne ayant les compétences requises pour les services fournis offerts par le secteur public ou par le secteur privé. Par contre, Gold *et al.* (1996) et Max *et al.* (1995) soulignent la possibilité que ces méthodes surévaluent les coûts, invoquant que la décision de recourir à l'entourage est souvent basée sur le fait qu'elle soit plus économique.

Le caractère non consensuel de la valorisation de l'aide fournie bénévolement par les proches impose la réalisation d'une analyse de sensibilité (Drummond *et al.*, 1998; Gold *et al.*, 1996). Nous retenons trois scénarios : A) coût de remplacement basé sur un tarif privé ajusté pour le temps de surveillance; B) zéro; C) coût de remplacement basé sur un tarif privé pour tous les types de services.

Dans notre étude, trois types de services ont été compilés au titre du temps offert bénévolement par les proches. Il s'agit des services de soutien pour les AVD, d'assistance pour les AVQ et de surveillance. Concernant les AVD et les AVQ, un coût de remplacement basé sur le même type de service effectué par le secteur privé est assez courant dans les études (Gold *et al.*, 1996; Miller *et al.*, 2008 dans Hollander *et al.*, 2009; O'Shea *et al.*, 1993; Rheault, 1994; Wright, 1987). Nous retenons cette

technique de valorisation dans les scénarios A et C. Parmi les études consultées, ayant adopté une perspective sociétale, la surveillance a été évaluée seulement dans deux études, Hébert *et al.* (1997a) et Dubuc *et al.* (2002b). Dans ces deux études, trois scénarios avaient été retenus pour la valorisation de ces services, zéro, coût de remplacement privé et coût de remplacement public. La surveillance consiste en une présence, en dehors des moments consacrés à l'assistance pour les AVD et les AVQ. L'aidant peut, tout en assurant la surveillance de la personne âgée, réaliser d'autres tâches ou bénéficier de loisirs à domicile. C'est pourquoi, la valorisation considérant du temps de loisir nous semble pertinente. Nous avons retenu la méthode préconisée par Wright (1987) et adoptée par Bettio *et al.* (2007, 2009), O'Shea *et al.* (1990, 1993) et Robinson (1993), tel qu'expliqué précédemment. Cette méthode consiste à utiliser 25 % du coût de remplacement. Une brève analyse de la situation des aidants nous a permis de constater que dans 51 % des cas, l'aidant est le conjoint ou la conjointe du participant. Dans ces cas, la présence, considérée comme surveillance, est somme toute normale. Le conjoint aidant risque certes d'éprouver un certain isolement social, un manque de sommeil ou de la fatigue, mais Brouwer, Rutten et Koopmanschap (2001) précisent que ces conséquences doivent être captées en termes de qualité de vie plutôt qu'en valeur monétaire. Dans notre étude, ces conséquences sont mesurées à l'aide de la variable fardeau des aidants parmi les mesures d'effets. Dans un souci de ne pas compter ces conséquences en double, nous avons donc choisi d'ajuster le coût unitaire des heures de surveillance bénévoles pour le faire passer à 12 % du coût de remplacement privé ($25 \% * (1 - 51 \%)$). En résumé, le scénario A comprend l'assistance pour les AVD et les AVQ valorisée au coût de remplacement privé et la surveillance valorisée à 12 % du coût de remplacement privé.

Le scénario B, valorisation à zéro, est très courant et, en excluant l'aide offerte par les proches des personnes âgées, il propose une autre perspective, celle des dépenses engagées par le secteur public et le secteur privé. Finalement, le scénario C, coût de remplacement privé pour tous les services, représente une perspective sociétale utile pour l'avenir. Les changements profonds au sein des familles et

l'accroissement de l'âge de la retraite entraîneront une réduction de la disponibilité des proches pour assurer la surveillance.

4.2.3.5 *La répartition des sources de financement*

La répartition des sources de financement est faite automatiquement pour les services obtenus de dispensateurs du secteur public ou privé. Pour les dispensateurs d'organismes bénévoles ou de l'économie sociale qui obtiennent du financement public et privé, la répartition a été faite selon les proportions publique/privée des revenus observées aux états financiers des organismes ayant servi de sources pour les données.

Les participants résidant dans les domiciles collectifs 4A et 5A et les CHSLD 6 et 8 paient une contribution journalière couvrant une partie des frais d'hébergement, de soutien, de surveillance et de soins infirmiers et d'assistance. Les études d'Hébert *et al.* (1997a) et de Dubuc *et al.* (2002b) ont considéré ces contributions afin d'établir les coûts moyens répartis entre part publique et part privée pour ces services. L'équipe du PRISMA-Estrie a utilisé les proportions observées dans ces études après s'être assurée que les contributions journalières avaient évolué au même rythme que les coûts concernés.

En résumé, la variable coût servant à la vérification des hypothèses énoncées au chapitre précédent comprend le coût du RISPA, pour les sous-régions expérimentales, et le coût de tous les services listés au tableau 10 pour toutes les sous-régions. Ces coûts sont répartis selon les sources publiques, privées et bénévoles.

4.3 L'autonomie fonctionnelle

L'autonomie fonctionnelle a été mesurée à l'aide du score incapacité du SMAF (voir l'annexe H) qui est intégré au cahier d'évaluation servant à la rencontre initiale et aux rencontres annuelles. La fiabilité, la validité et la sensibilité de cet instrument ont été démontrées à plusieurs reprises (Desrosiers, Bravo, Hébert et Dubuc, 1995; Hébert et Bilodeau, 1986; Hébert, Carrier, et Bilodeau, 1988; Langlais, 1998) et il montre une bonne validité de construit dans sa capacité à discriminer les sujets bénéficiant de services d'intensité différente (Tourigny *et al.*, 2004b). De plus, le SMAF est intégré à l'OÉMC qui est maintenant utilisé dans toute la province de Québec comme outil d'évaluation pour les personnes âgées en milieu institutionnel et communautaire. C'est donc un instrument reconnu qui peut être utilisé pour évaluer l'efficacité d'une intervention (d'un programme) (Hébert *et al.*, 2001b).

Le SMAF permet la mesure de 29 fonctions définies à partir de la conception fonctionnelle de la santé et de la classification internationale des déficiences, des incapacités et des handicaps de l'organisation mondiale de la santé (WHO, 1980, dans Hébert *et al.*, 2001b). Ces fonctions sont regroupées en cinq secteurs, les AVQ, la mobilité, les communications, les fonctions mentales et les AVD. Les cinq cotes pour chacun des 29 items du SMAF sont : 0 pour une autonomie totale, -0,5 pour une capacité avec difficulté, -1 à -3 pour une incapacité légère jusqu'à totale. Le score du SMAF est établi sur un total de -87 points.

Le SMAF doit être complété par un professionnel de la santé formé, en questionnant le participant, ses proches ou en observant ou testant le participant (Hébert *et al.*, 2007a). Toutes les évaluatrices ayant participé au PRISMA-Estrie sont des professionnelles de la santé et elles ont été dûment formées par une infirmière ayant participé à plusieurs recherches portant sur l'instrument et qui l'utilise et supervise son utilisation dans sa pratique professionnelle.

4.4 Le déclin fonctionnel

Hébert, Spiegelhalter, et Brayne (1997*b*, dans Hébert *et al.*, 2001*b*) ont établi qu'une perte de 5 points et plus au score incapacité du SMAF représente une différence métriquement significative entre deux groupes ou à l'intérieur d'un groupe de participants entre deux temps de mesure. Cette limite de 5 points a servi de mesure du déclin fonctionnel en tant que variable de résultat dans une étude d'efficacité (Hébert, Robichaud et Roy, 2001*c*, dans Hébert *et al.*, 2001*b*).

La variable déclin fonctionnel (perte d'autonomie fonctionnelle) observée sur une période d'un an, étudiée par Tourigny *et al.* (2004*b*) et Hébert *et al.* (2007*a*), est une variable dichotomique basée sur l'occurrence d'au moins un des événements suivants : perte de 5 points ou plus au score incapacité du SMAF, institutionnalisation ou décès. Nous avons retenu cette variable pour mesurer le déclin fonctionnel des participants.

4.5 Le fonctionnement social

Une dimension de fonctionnement social a été ajoutée au SMAF du cahier d'évaluation à partir de 2003 (T2). Cette dimension ayant pour objectif de rendre compte du fonctionnement social de la personne a été développée par Pinsonneault, Desrosiers, Dubuc, Kalfat, Colvez et Delli-Colli (2002). Ces auteurs ont défini ce concept comme étant « rattaché à la capacité d'avoir des relations, de maintenir des liens émotionnels significatifs, d'entrer en contact avec les autres, d'interagir avec son réseau social, d'être actif socialement et de s'adapter à son environnement ». Six items ont été retenus, les activités sociales et récréatives, les relations sociales, l'utilisation du réseau social, le respect des autres, les rôles sociaux et l'affirmation de soi. Le score est établi sur un total de -18 points.

La validité de ce nouvel instrument a été vérifiée par Pinsonneault, Dubuc, Desrosiers, Delli-Colli et Hébert (2009) à l'aide de trois types d'études. D'abord les fidélités test-retests et les inter-juges présentent une bonne concordance (moyennes de 85 %) et des coefficients de corrélation intraclasse qui oscillent entre 0,78 et 0,96, alors que les tests de contenu font ressortir des corrélations significatives avec trois instruments mesurant des concepts reliés au fonctionnement social.

4.6 La satisfaction des personnes âgées

Considérant les faiblesses méthodologiques des questionnaires de satisfaction existants, l'équipe du PRISMA-Estrie a développé un nouveau questionnaire adapté à l'évaluation de la satisfaction des participants à propos des services sociaux et de santé en général et non sur une intervention ou un service en particulier (Gagnon, Hébert, Dubé et Dubois, 2006a). Le nouveau questionnaire tend à répondre aux critiques adressées aux questionnaires précédents : il a un solide fondement conceptuel; il tient compte des deux dimensions à la base de la satisfaction par le biais d'un processus de comparaison des attentes avec les performances perçues (Oliver, 1980, 1993 et Pascoe, 1983, dans Gagnon *et al.*, 2006a); plusieurs mesures ont été prises afin d'éviter le phénomène de consentement (tendance à acquiescer à un énoncé sans considérer ce qu'il comporte, Wiggins, 1980, dans Gagnon *et al.*, 2006a) en excluant le terme satisfaction des questions et en évitant les termes insidieux dans les énoncés et les questions.

Le questionnaire comprend 26 énoncés auxquels sont reliées deux questions, une sur la perception quand à la performance (ci-après, P) et l'autre sur l'importance (ci-après, I) de l'item. Les choix de réponses proposent quatre niveaux. Afin d'accroître la variabilité des scores et d'éviter l'effet plafond, la compilation des scores a été inspirée des travaux de Wilde, Larsson, Larsson et Starrin (1994, dans Gagnon *et al.*, 2006a). Le produit de chacun des 26 énoncés est compilé à l'aide de

l'équation suivante : $I (2P - I)$. Le score de satisfaction correspond à la moyenne des 26 énoncés et il varie entre -8 et 16.

Gagnon *et al.* (2006a) ont testé la fidélité de l'instrument avec la technique du test - retest, dont le coefficient de corrélation intraclasse se situe à 0,72, ainsi que la cohérence interne à l'aide de l'alpha de Cronbach qui atteint 0,93. Ces chercheurs ont aussi réalisé une analyse factorielle qui a permis de confirmer trois aspects importants de la satisfaction (3 facteurs expliquant 52,8 % de la variance totale), la satisfaction face à la relation avec les professionnels rencontrés, face à la prestation des services et face à l'organisation des services. Ces résultats démontrent que ce questionnaire de satisfaction a de bonnes propriétés psychométriques et une structure factorielle appropriée. Il est donc un instrument valable pour mesurer le concept de satisfaction dans ses deux dimensions, perception de performance et importance, sans fournir des scores surestimés.

4.7 L'autonomisation des personnes âgées

L'équipe de PRISMA-Estrie a aussi développé un questionnaire pour mesurer le degré d'autonomisation (*empowerment*) relié aux services sociaux et de santé individuels (Gagnon, Hébert, Dubé et Dubois, 2006b). Ces chercheurs ont utilisé la même méthodologie que celle utilisée par Gagnon *et al.* (2006a) pour élaborer et tester les 10 énoncés qui permettent de mesurer le concept d'autonomisation. S'inspirant de Beckingham et Watt (1995) et de Fetterman, Kaftarian et Wandersman (1996), ils définissent ce dernier comme la capacité d'un individu de contrôler le cours de sa vie à travers des actions qui modifient les facteurs limitant sa capacité de prendre soin de lui-même. Deux dimensions sont aussi importantes pour saisir adéquatement ce concept, la perception d'avoir le contrôle et l'importance accordée à l'exercice de ce contrôle.

Le questionnaire comprend 10 énoncés comportant chacun deux questions reliées aux deux dimensions précitées. Les choix de réponses proposent aussi quatre niveaux. La compilation du score est toutefois différente. Gagnon *et al.* (2006b) calculent d'abord, pour chaque énoncé, le produit de la cote de perception de contrôle et de celle de l'importance du contrôle. Le score d'autonomisation est obtenu en calculant la moyenne de ces produits, il s'étend donc de 1 à 16.

Le test de fidélité, avec la technique du test - retest, donne un coefficient de corrélation intra-classe de 0,70, celui de la cohérence interne, l'alpha de Cronbach, atteint 0,83. L'analyse factorielle a confirmé trois aspects importants de l'autonomisation qui expliquent 68 % de la variance totale, l'implication dans les décisions de traitements, l'implication dans l'interaction avec les professionnels rencontrés et le niveau de contrôle face aux services reçus. Ces résultats démontrent que ce questionnaire d'autonomisation a de bonnes propriétés psychométriques et une structure factorielle qui correspond à la définition de l'autonomisation liée aux services sociaux et de santé individuels.

4.8 Les besoins non comblés

Dubuc *et al.* (2002b) ont utilisé le score handicap du SMAF afin d'identifier les besoins non comblés par les ressources disponibles. Le handicap représente l'écart entre les incapacités et tous les services mis en place pour compenser ces incapacités; il peut ainsi servir de mesure pour les besoins non comblés par l'ensemble des ressources potentielles (Isaacs et Neville, 1976, dans Hébert *et al.*, 2001b).

Pour établir le score handicap de chacun des items du SMAF, le score incapacité est d'abord considéré. S'il est à zéro, alors le score handicap est aussi de zéro. Pour tout score incapacité qui n'est pas égal à zéro, l'évaluatrice vérifie si les ressources mises en place (type de ressources et fréquences) permettent de compenser complètement l'incapacité, si c'est le cas, le score handicap est de zéro, sinon, le

score handicap est égal au score incapacité. Hébert *et al.* (2001b) soulignent que cette technique de cotation risque de surestimer le handicap lorsque l'incapacité est partiellement compensée. Considérant la difficulté de convertir, objectivement, en points du SMAF, l'écart entre les besoins découlant de l'incapacité et les ressources insuffisantes mises en place, tout autre mode de cotation du handicap risquerait d'être arbitraire. C'est pourquoi nous retenons le score handicap du SMAF, mesuré selon les explications précitées, comme mesure des besoins non comblés des participants.

4.9 Le fardeau des aidants

Le *Zarit Burden Interview* (ZBI) (Zarit *et al.*, 1985) est l'outil d'évaluation le plus courant pour déterminer le fardeau éprouvé par les aidants qui s'occupent de personnes atteintes de démence (Hébert, Bravo et Préville, 2000). Le fardeau est défini, selon George et Gwyther (1986, dans Hébert *et al.*, 2000), comme étant les problèmes physiques, psychologiques ou émotionnels, sociaux et financiers qui peuvent être vécus par les membres de la famille qui soignent des personnes âgées fragiles. Plusieurs chercheurs ont testé la validité et la fidélité du ZBI. Gallagher, Rappaport, Benedict, Lovett, Silven, et Kraemer (1985) ont démontré la fidélité et la cohérence interne de la version anglaise. Pour la version française, Hébert, Bravo et Girouard (1993) en ont démontré la fidélité (coefficient de 0,89) et la cohérence interne (alpha de 0,91), et Hébert *et al.* (2000) présentent un coefficient alpha de Cronbach de 0,92. Ces derniers ont aussi démontré, par l'analyse des relations entre le fardeau mesuré et différents facteurs, que la version française du ZBI donne des résultats qui ne sont pas différents de ceux produits par la version anglaise, notamment l'absence de relation avec l'âge et le genre, et une forte corrélation avec l'état dépressif de l'aidant et les problèmes de comportement des sujets.

Le ZBI a été intégré au questionnaire à l'aidant pour toutes les périodes (T0 à T4). Il mesure le fardeau perçu par les aidants à partir de 22 énoncés portant sur des émotions vécues dans la relation avec la personne âgée. Les réponses font ressortir

des fréquences qui vont de 0 pour jamais, à 4 pour presque toujours. Le score total peut donc atteindre 88. Hébert *et al.* (2000) ont établi des valeurs de référence à l'aide des résultats d'une étude réalisée avec un échantillon représentatif de 312 aidants : des scores de 8 à 17 représentent un fardeau modéré, de 18 à 32, un fardeau élevé, au-delà de 32, c'est un fardeau grave.

5. LE TRAITEMENT DES DONNÉES

Avant de soumettre les données à des analyses statistiques, nous avons, avec l'équipe du PRISMA-Estrie, soumis la base de données à de nombreuses vérifications afin d'en contrôler la qualité. Tout d'abord, lors de la saisie, une programmation servant à détecter les incohérences a permis d'éviter l'entrée de données erronées. À titre d'exemple, si le SMAF indiquait des incapacités pour un des 29 items, il était impossible d'enregistrer un score de zéro pour la mesure du handicap de cet item sans qu'une ressource ayant permis de combler ces besoins ne soit identifiée. De plus, les nouvelles personnes attirées à la saisie ont toutes été soumises à un test quant à l'exactitude des entrées réalisées. Une deuxième saisie des mêmes grilles, réalisée par une personne expérimentée, permettait d'établir un taux d'erreur. Durant toute la durée de l'étude, tous les taux d'erreurs obtenus étaient sous le seuil de 2 % accepté par Statistique Canada. Par ailleurs, plus de 140 requêtes de cohérence ont été programmées et exécutées sur toute la base de données afin de s'assurer d'une grande fiabilité des données (e.g. concordance du milieu de vie avec les listes de résidences d'accueil, impossibilité d'obtenir des services à domicile lors de périodes d'hospitalisation, impossibilité d'obtenir des services après la date du décès).

Nous avons accordé une attention particulière aux données relatives aux coûts. Une bonne visualisation des coûts pour chaque type de service nous a permis de nous assurer que les valeurs extrêmes n'étaient pas causées par des erreurs. De nombreuses vérifications de cohérence des types de services utilisés et des coûts ont été réalisées à partir du milieu de vie, du nombre de jours de participation, des scores

incapacités et handicaps du SMAF, de la date de complétion du SMAF le plus près de la période concernée et du statut du participant (évalué, refus, décédé, ...).

Rappelons que l'objectif de la recherche est de vérifier si le RISPA de type coordination a permis une utilisation plus efficiente des ressources. La mesure de l'efficience est basée sur la comparaison du coût différentiel du RISPA et de ses effets différentiels pour les personnes âgées et leurs aidants. Le différentiel, pour le coût et les effets, est établi en comparaison avec une situation habituelle, le SNI observé dans la région de comparaison.

L'ACC, analyse coût-conséquences décrite au chapitre précédent, a été retenue. Elle consiste à fournir des données non agrégées (Mauskopf *et al.*, 1998). Cette forme d'analyse donne plus de flexibilité et pose moins de problèmes sur le plan technique que les ACE décrites au chapitre précédent (Rousseau *et al.*, 2003). L'ACC est la forme d'analyse la plus appropriée pour les variables d'effets différentiels décrites aux sous-sections 4.3 à 4.10. Puisqu'elles possèdent des fondements conceptuels différents, il est préférable de les présenter et de les analyser de façon non agrégée.

Concernant la variable de coût différentiel, il est généralement recommandé de la décomposer pour faire ressortir isolément les coûts médicaux directs, les coûts non-médicaux directs et les coûts indirects (Mauskopf *et al.*, 1998; Rousseau *et al.*, 2003). Dans le contexte de notre étude, cette forme de décomposition est moins pertinente. Nous avons choisi, tel que suggéré par Bourgueil *et al.* (2001), de compiler séparément les coûts publics, privés et bénévoles. La perspective sociétale étant privilégiée, nous analyserons les coûts totaux qui regroupent ces trois sources de financement. Étant donnée l'absence de consensus quant à la valorisation des soins et services rendus bénévolement par la famille et les proches, nous ferons une analyse de sensibilité à l'aide des trois scénarios décrits à la sous-section 4.2.3.4.

Quant à la variable indépendante, groupes expérimental et de comparaison, puisque nous disposons de trois sous-groupes par groupe, l'interdépendance statistique existant entre les membres d'un sous-groupe sera assez bien contrôlée (Bravo, Raïche, Dubois et Hébert, 2008).

Malgré la rigueur du processus d'échantillonnage et l'importance de la taille des échantillons, il est possible que les groupes de comparaison présentent des caractéristiques sociodémographiques ou d'état de santé significativement différents au début (cohorte A T0, cohorte B T2). Des analyses statistiques de comparaison (test t pour les variables de type continue et test du Chi-carré pour les variables catégoriques) seront effectuées afin d'identifier les variables potentiellement à contrôler dans les analyses.

Pour les variables de coûts totaux, Monette *et al.* (2001) ont identifié trois facteurs d'influence importants, l'âge, les limitations fonctionnelles (score SMAF incapacité) et le coût des services de l'année précédente. Cette dernière donnée n'est pas disponible, mais nous avons utilisé des données sur l'obtention de certains services tels que les hospitalisations et les services de maintien à domicile fournis par le CLSC au cours de l'année précédant l'étude. Finalement trois autres variables ont été considérées, le sexe, la santé perçue et le milieu de vie (domicile individuel ou collectif).

Nous expliquons les analyses prévues afin de vérifier chacune des hypothèses, énoncées au chapitre précédent, dans les sous-sections qui suivent.

5.1 L'hypothèse 1

Les RISPA de type coordination permettent une utilisation plus efficiente des ressources publiques, privées et bénévoles.

Cette hypothèse est supportée par quatre sous-hypothèses mutuellement exclusives qui expriment les quatre couples (coût-effets) de résultats qui permettraient de démontrer l'hypothèse (voir la sous-section 4.1 du chapitre précédent). Pour vérifier cette hypothèse nous devons recourir à un test de comparaison, groupes expérimental et de comparaison, pour chacune des variables dépendantes. Nous décrivons successivement les analyses pour les variables continues et la variable dichotomique.

5.1.1 *Les analyses pour les variables continues*

Les modèles de croissance, aussi nommés modèles multi-niveaux du changement, ont été choisis pour analyser les variables continues de coût et d'effet. Ces modèles ont été décrits par Singer et Willett (2003) et leur pertinence pour l'étude de l'évolution de l'état de santé a été démontrée par Dubois, Hébert et Raïche (2005). Ces auteurs mettent en lumière les principales caractéristiques de ces modèles : ils sont basés sur la modélisation linéaire dans le temps qui tient compte simultanément du changement intra et inter-individus à l'aide d'une paire de sous-modèles; tous les participants contribuent à la modélisation même s'ils n'ont pas participé à tous les temps de mesure; les estimés ne sont pas biaisés pour tous les types de non-réponse ignorable. Le modèle pour notre étude est basé sur trois équations. L'équation (1) représente le premier niveau et elle sert à modéliser la trajectoire de changement de chaque participant dans le temps. Le deuxième niveau, constitué des équations (2) et (3), illustre l'effet de la région sur ce changement.

$$(1) \quad Y_{ij} = \pi_{0i} + \pi_{1i} T_{ij} + \varepsilon_{ij}$$

Où :

Y : variable dépendante

π_{0i} : ordonnée à l'origine tirée du premier sous-modèle (équation 2)

π_{1i} : pente tirée du deuxième sous-modèle (équation 3)

T : mesure du temps (nombre d'années depuis le 1^{er} janvier 2001)

ε : erreur de mesure

i : sujet (1 à 1501)

J : temps de mesure (pour les coûts : 1, 2, 3, 4; pour les effets : 0, 1, 2, 3, 4)

$$(2) \quad \pi_{0i} = \gamma_{00} + \gamma_{01} \text{RÉGION}_i + \zeta_{0i}$$

Où :

γ_{00} : ordonnée à l'origine moyenne des participants de la région expérimentale

γ_{01} : différence moyenne (participants région de comparaison – participants région expérimentale) de l'ordonnée à l'origine

ζ_{0i} : erreur de mesure

$$(3) \quad \pi_{1i} = \gamma_{10} + \gamma_{11} \text{RÉGION}_i + \zeta_{1i}$$

Où

γ_{10} : pente moyenne des participants de la région expérimentale

γ_{11} : différence moyenne (participants région de comparaison – participants région expérimentale) de la pente

ζ_{1i} : erreur de mesure

Cette modélisation, réalisée à l'aide de SAS PROC MIXED (SAS Institute Inc., Cary, NC) version 8.02, a permis d'analyser les trajectoires de changement des variables dépendantes à l'intérieur de chacune des deux régions ainsi que de comparer ces trajectoires entre les régions.

5.1.2 *L'analyse pour la variable dichotomique d'effet*

Le déclin fonctionnel est une variable dichotomique (oui-non) qui peut être analysée à l'aide du test du Chi-carré. Pour ce faire notre analyse porte sur la prévalence du déclin et elle est réalisée en deux étapes : a) prévalence du déclin au cours des deux premières années de l'étude (degré de mise en œuvre du RISPA assez faible), b) prévalence du déclin au cours des deux dernières années de l'étude (degré de mise en œuvre excédant 70 %).

5.1.3 *Les règles de confirmation*

Dans les analyses statistiques, nous jugerons des différences entre les moyennes des groupes avec un degré de confiance de 95 %, valeur assez courante dans les analyses statistiques.

Les six variables d'effets pour les personnes âgées donneront lieu à six tests de comparaison des deux mêmes échantillons. C'est pourquoi nous avons étudié la pertinence de recourir à une correction pour analyses multiples telle que celle de Bonferroni. Le principe de correction ne fait pas consensus. La correction est jugée trop conservatrice (Bender et Lange, 1999; Bland et Altman, 1995), elle accroît l'erreur de type II (Nakagawa, 2004; Perneger, 1998) et réduit la puissance du test pour détecter de vrais différences entre les populations (Bland *et al.*, 1995). Perneger (1998) souligne la difficulté de définir le nombre de tests à considérer pour faire une telle correction (un programme de recherche, un article, ...) et le caractère arbitraire de l'interprétation quant aux résultats si elle dépend du nombre de tests effectués.

Bien qu'il n'existe pas de consensus formel quant aux situations qui nécessitent l'utilisation d'une correction (Nakagawa, 2004), un bref survol de la littérature fait ressortir qu'elle serait pertinente lorsque l'intérêt porte sur l'hypothèse nulle de l'ensemble des tests effectués ou lorsque le même test est réalisé avec plusieurs sous-échantillons (Perneger, 1998). Ces deux situations ne se retrouvent pas dans notre recherche, notre intérêt porte sur chacune des variables d'effet sans les agréger (ACC) et nos analyses ne portent pas sur des sous-échantillons. Nous n'utiliserons pas de correction pour modifier la règle de confirmation de 95 %.

L'hypothèse 1 sera confirmée ou rejetée au regard de chacune des variables d'effet pour les personnes âgées et leurs aidants. Elle serait automatiquement confirmée si une ou l'autre des sous-hypothèses 1A (coût équivalent, effet supérieur), 1B (coût inférieur, effet supérieur) ou 1C (coût inférieur, effet équivalent) était avérée. Elle pourrait aussi être confirmée si la sous-hypothèse 1D (coût supérieur, effets supérieurs) était avérée et que la valeur de la différence de l'ensemble des effets était jugée supérieure à la différence de coût. Le cas échéant, nous devons explorer différentes techniques pour valoriser les effets, notamment le coût de la maladie (Petitti, 2000).

5.2 L'hypothèse 2

Les RISPA de type coordination n'ont pas d'effet sur la composition publique, privée et bénévole du coût total des services fournis aux personnes âgées.

Pour cette hypothèse, la comparaison des proportions de chacune des trois sources de financement, sur l'ensemble des coûts, sera réalisée à l'aide des modèles de croissance. Quant à la règle de confirmation, nous jugerons des différences étudiées à l'aide des analyses statistiques en considérant un degré de confiance de 95 %.

5.3 Les hypothèses 3 et 4

3. Les RISPA de type coordination ont pour effet de réduire l'utilisation et le coût total des services publics institutionnels.

4. Les RISPA de type coordination ont pour effet d'augmenter l'utilisation et le coût total des services publics de proximité.

Les modèles de croissance sont aussi privilégiés pour analyser les coûts publics institutionnels et de proximité. Toutefois, plusieurs participants sont susceptibles de ne pas avoir recours aux services publics institutionnels (hébergement en CHSLD, services hospitaliers). Les modèles de croissance n'étant pas applicables dans cette situation, la vérification de l'hypothèse est alors basée sur deux analyses. Premièrement, la comparaison, à l'aide du Chi-carré, des proportions d'usagers de ces services pour chacune des années de l'étude. En deuxième, la comparaison, à l'aide de tests t, des coûts annuels moyens de ces services. La confirmation sera basée sur un degré de confiance de 95 %.

6. LA RIGUEUR SCIENTIFIQUE

La rigueur scientifique d'un processus de recherche est fondée sur deux critères, la validité et la fiabilité (Drucker-Godard, Ehlinger et Grenier, 2003). La validité possède différentes dimensions : la validité stratégique (Contandriopoulos, 2003), la validité de construit (Drucker-Godard *et al.*, 2003), la validité des instruments de mesure (Contandriopoulos, 2003; Drucker-Godard *et al.*, 2003), la validité interne et la validité externe (Contandriopoulos *et al.*, 1990; Drucker-Godard *et al.*, 2003; Pourtois, Desmet et Lahaye, 2001). Quant à la fiabilité, elle se situe à deux niveaux, les instruments de recherche et la recherche dans sa globalité (Drucker-Godard *et al.*, 2003).

La validité stratégique de notre recherche a été étayée dans le chapitre premier où nous avons fait ressortir la pertinence de la recherche. La validité de construit est fondée sur la conceptualisation de l'efficacité décrite au chapitre deuxième. Nous passons en revue les éléments étayant la validité et la fiabilité des mesures, la validité interne de la recherche, sa fiabilité globale et sa validité externe.

6.1 La validité et la fiabilité des mesures

La validité et la fiabilité (fidélité) des instruments et des techniques de mesure sont abondamment décrites dans la section 4 du présent chapitre, consacrée à la collecte des données. La collecte des données a été effectuée selon les modes les plus appropriés au contexte de l'étude. Les personnes âgées et leurs aidants sont les meilleures sources concernant l'utilisation des services sociaux et de santé. Le suivi téléphonique assisté (calendrier) sur une période relativement courte, deux mois, réduit le risque de biais de mémoire. La majorité des instruments de collecte de données ont été complétés par des évaluatrices. Celles-ci ont bénéficié d'une formation approfondie sur chacun des instruments et d'un encadrement continu. La fidélité des données sur l'utilisation des services, recueillies à l'aide des suivis téléphoniques, a été démontrée.

L'évaluation de tous les coûts pertinents est conforme aux principes de l'économie de la santé, notamment les concepts de coût différentiel, de coût d'opportunité ou de remplacement et de l'unité monétaire constante. Dans la mesure du possible, les principes de la comptabilité par activité ont été appliqués pour la valorisation des ressources et des services, afin de considérer des coûts complets.

Les instruments ayant servi à mesurer l'autonomie fonctionnelle, le fonctionnement social, la satisfaction, l'autonomisation et le fardeau des aidants ont fait l'objet d'études de fidélité et de validité concluantes. La mesure du déclin fonctionnel a déjà été utilisée dans une autre étude et elle est basée sur une limite

minimale, perte de 5 points au score incapacité du SMAF, qui a été démontrée comme cliniquement significative. La mesure des besoins non comblés à l'aide du score handicap du SMAF a aussi été utilisée dans une étude antérieure, mais sa validité n'a pas encore été démontrée.

6.2 La validité interne

La validité interne est favorisée par des efforts visant à éliminer l'influence des variables autres que la variable indépendante sur les variables dépendantes (Contandriopoulos *et al.*, 1990). Pour ce faire nous avons tenté d'éliminer les biais liés à l'histoire et ceux liés à la mesure des effets qui menacent particulièrement les recherches à devis quasi-expérimental faisant appel à des séries chronologiques (*ibid*, p. 49). Nous avons aussi porté une attention particulière aux biais liés à la mortalité expérimentale et la sélection.

6.2.1 Les biais liés à l'histoire

Contandriopoulos *et al.* (1990) mettent en garde contre les événements qui auraient pu influencer les variables dépendantes en cours d'étude, risquant de fausser les résultats (Campbell et Stanley, 1966, dans Drucker-Godard *et al.*, 2003). Quelques événements sont effectivement survenus en cours d'étude.

Tout d'abord, l'implantation du RISPA a été plus lente que prévue, il a fallu deux années pour que le degré de mise en œuvre atteigne 70 %. L'équipe du PRISMA-Estrie a surmonté ce problème en prolongeant l'étude de deux ans afin d'être en mesure de saisir les effets du RISPA.

Tel que discuté à la section 2, quelques projets pilotes d'intégration des services dans la région de comparaison sont venus jeter un doute sur la capacité de cette région de représenter une situation habituelle essentielle pour évaluer l'effet du

RISPA. Bien que l'équipe du PRISMA-Estrie n'ait pas réussi à mesurer le degré d'implantation dans les sous-régions de comparaisons, les informations obtenues de différentes sources permettent de conclure que le degré d'implantation d'un RISPA y était très faible au cours de l'étude. Cette situation représente tout de même une limite de notre étude.

Finalement, la fluctuation des coûts, sans représenter un événement majeur, exerce une influence sur la variable coût à l'étude. Afin de contrer ce problème, nous avons utilisé une unité monétaire constante dans les opérations de valorisation des ressources et des services.

6.2.2 *Les biais liés à la mesure des effets*

Dans les études longitudinales, certains biais peuvent survenir suite à des changements dans les instruments de mesure (Contandriopoulos *et al.*, 1990) ou la façon de les utiliser. Quelques modifications mineures ont certes été apportées au début de l'étude. Mais il s'agit principalement de l'ajout d'instruments de mesure.

Il peut aussi survenir un biais lié à l'accoutumance au test (Campbell *et al.*, 1966, dans Drucker-Godard *et al.*, 2003; Contandriopoulos *et al.*, 1990). Nous considérons les risques liés à l'accoutumance plutôt faibles. Tout d'abord, dans la collecte des données portant sur l'utilisation, l'accoutumance peut produire un effet positif, c'est-à-dire que la personne, connaissant les questions qui seront posées bimensuellement, se prépare de mieux en mieux pour ne pas oublier de service utilisé. Quant aux mesures d'effets pour les personnes âgées et leurs aidants, il s'écoulait au moins un an entre chaque rencontre, plusieurs instruments étaient utilisés à chaque année et, pour la plupart, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Pour terminer, rappelons que les évaluatrices ont reçu une formation approfondie, et qu'en plus d'être expérimentées, elles étaient très bien supervisées.

6.2.3 *Les biais liés à la mortalité expérimentale*

Il est fréquent, dans les études longitudinales, de constater de nombreux abandons parmi les participants. Campbell *et al.* (1966, dans Drucker-Godard *et al.*, 2003) suggèrent de remplacer les participants sans changer les caractéristiques de l'échantillon. C'est ce qui a été fait lors du recrutement de la deuxième cohorte à T2.

Contandriopoulos *et al.* (1990) mettent aussi en garde contre les biais occasionnés par des taux d'abandon différents dans le groupe expérimental et le groupe de comparaison. Nous avons comparé les taux d'abandon dans l'analyse des effectifs au prochain chapitre.

6.2.4 *Les biais liés à la sélection*

Le biais de sélection survient lorsqu'il existe des différences entre les échantillons des groupes expérimental et de comparaison. Tel que mentionné à la section 5, des tests statistiques ont été effectués afin de vérifier si les échantillons sont équivalents quant aux principales caractéristiques (variables) susceptibles d'influer sur les variables dépendantes. Au besoin, ces variables seront contrôlées dans les analyses statistiques.

6.3 **La fiabilité globale de la recherche**

Selon Drucker-Godard *et al.* (2003), la fiabilité d'une recherche repose sur l'obtention des mêmes résultats lors de la réplication de la recherche en d'autres lieux ou d'autres temps, que cette réplication soit réalisée par le même ou un autre chercheur. Trois stratégies peuvent favoriser cette fiabilité. Tout d'abord, il est essentiel de consigner tous les aspects importants de la méthodologie qui pourraient servir à la réplication. Les sections qui précèdent celle-ci fournissent la description de ces aspects.

Deuxièmement, il est important de contrôler l'influence du chercheur sur son terrain. Vu l'ampleur du programme de recherche mené par PRISMA-Estrie et le recours à une équipe expérimentée d'évaluatrices ayant assumé l'ensemble des contacts avec les participants, les chercheurs n'étaient pas en position d'exercer une influence notable sur le terrain.

Finalement, dans le cas d'une recherche quantitative, la fiabilité de la recherche dépend davantage de la fiabilité des instruments de mesure. Ce thème a été couvert à la sous-section 6.1.

6.4 La validité externe

La validité externe s'étudie en deux temps, selon Drucker-Godard *et al.* (2003) : a) la généralisation des résultats à l'ensemble de la population étudiée à travers l'échantillon, b) la transférabilité des résultats de l'étude à d'autres terrains. Les analyses statistiques, telles que prévues à la section 5, permettent de valider la généralisation à toute la population visée par le RISPA de l'Estrie. Quant à la transférabilité, elle repose essentiellement sur la validité des instruments de mesure et sur l'inférence des résultats d'une population à une autre (*ibid*, p. 284). Nous avons déjà couvert la validité des instruments de mesure. L'inférence d'une population à une autre mérite quelques explications.

Le devis de recherche ne permet pas d'isoler l'effet de chacune des composantes du RISPA. Considérant que le RISPA correspond aux orientations ministérielles québécoises, il sera possible de faire l'inférence des résultats de cette recherche aux populations des autres régions du Québec, développées autour d'une agglomération urbaine, qui pourraient éventuellement être desservies par un RISPA répondant aux orientations du MSSS.

Quant à la transférabilité des résultats à des populations hors Québec, elle est favorisée par la composition du RISPA qui regroupe les meilleures pratiques en intégration des services sociaux et de santé. Toutefois, la transférabilité de certains des résultats est limitée aux populations desservies par un RISPA, de type coordination, à l'intérieur duquel les proportions des contributions publiques, privées et bénévoles sont équivalentes à celles observées au Québec.

Par ailleurs, Contandriopoulos *et al.* (1990) mettent en lumière certains biais qui risquent de nuire à la validité externe d'une recherche, il s'agit de biais associés à la réactivité des participants et de biais associés à un contrôle imparfait de l'intervention.

6.4.1 *Les biais liés à la réactivité des participants*

Le biais le plus probable pour une étude longitudinale avec série chronologique est le *désir de plaire à l'évaluateur* (*ibid.*, p. 49). Quelques éléments ont permis de se prémunir contre ce biais potentiel dans la collecte de données réalisée par l'équipe du PRISMA-Estrie. Le recours à des évaluatrices expérimentées et bien formées à l'ensemble des instruments rappelant régulièrement aux participants qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Aussi, l'utilisation de nombreux instruments dont la fiabilité et la validité ont été démontrées.

Concernant le groupe de comparaison, le risque de *biais de contagion* est presque nul étant donné la distance géographique qui le sépare du groupe expérimental. Quant aux *biais liés aux réactions de compensation* du groupe de comparaison, faire bonne figure ou se démoraliser, le risque est aussi très faible. Un changement dans l'organisation des services, contrairement à un traitement, touche la personne de moins près. Ne disposant pas d'information détaillée sur le RISPA expérimenté en Estrie, ces participants ont pu se faire une idée plutôt abstraite de l'expérience et ainsi ne pas se sentir lésés.

6.4.2 *Les biais liés à un contrôle imparfait de l'intervention*

À ce sujet, Contandriopoulos *et al.* (1990) identifient quatre principaux biais que nous commentons à tour de rôle.

Les attentes de l'expérimentateur peuvent influencer sur les résultats. Ici encore, le risque est faible pour les données recueillies par PRISMA-Estrie. L'utilisation de plusieurs instruments de mesure reconnus et le recours à plusieurs évaluatrices expérimentées domiciliées dans la région qui leur était assignée, ont sans doute dilué l'effet potentiel des attentes de l'expérimentateur.

L'interaction entre l'intervention et la situation expérimentale peut faire ressortir des facteurs influents comme l'enthousiasme du promoteur d'une expérience pilote, un milieu favorable à l'intervention ou un moment particulièrement peu propice à une nouvelle façon de faire (*ibid*, p.46). Nous ne pouvons ignorer l'influence possible de tels facteurs, toutefois, l'implantation d'un RISPA prend beaucoup de temps et fait appel à un grand nombre d'établissements, de départements et d'individus. Tous les facteurs d'influence, tant positive que négative, sont susceptibles de s'être retrouvés chez les nombreux acteurs impliqués. Leurs effets pourraient s'être neutralisés à travers l'ensemble.

L'interaction entre les différentes composantes d'une intervention est aussi désignée comme l'effet placebo. Il est effectivement possible que les participants de la région expérimentale aient développé une attitude plus positive, ayant perçu que des changements étaient apportés. Par contre, les participants n'ont pas été informés, à travers leur participation, des composantes du changement ni des effets attendus. Il leur était donc difficile d'anticiper des avantages concrets pour eux-mêmes.

Finalement, l'interaction entre les observations et l'intervention peut causer un biais lorsque les participants sont sensibilisés au contenu d'une intervention par le biais d'un questionnaire pré-expérimentation. Dans le cas du questionnaire postal ayant servi au recrutement des participants de l'étude PRISMA-Estrie et de la lettre qui l'accompagnait, aucune information précise n'a été fournie concernant les modifications en cours d'implantation.

7. LES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

La mesure de l'efficacité du RISPA implanté en Estrie constitue un volet du PRISMA-Estrie. L'équipe du PRISMA-Estrie est rattachée au Centre de recherche sur le vieillissement (CRV) de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (IUGS; suite à une récente fusion, l'Institut porte maintenant le nom de Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke). PRISMA-Estrie a obtenu des certificats de conformité à l'éthique en matière de recherche sur des humains, accordés par le comité d'éthique de la recherche de l'IUGS, pour toutes les années depuis 2000 jusqu'à 2007.

Ce programme de recherche portant uniquement sur une réorganisation de services, il ne présente ni avantage, ni risque pour les participants. Le formulaire de consentement liant chaque participant à l'équipe de recherche a permis l'obtention d'un consentement libre et éclairé de la part des participants, personnes âgées en perte d'autonomie et aidants. Ces formulaires, présentés à l'annexe J, informent le participant de l'objectif de la recherche, l'évaluation de la mise en place et des impacts des outils et mécanismes visant à améliorer la continuité et l'intégration des services de santé; précisent la nature de la participation (décrite à la sous-section 4.1); soulignent l'absence d'avantage personnel et de risque pour le participant; spécifient les inconvénients en termes de temps consacré aux entrevues.

Le participant y est aussi rassuré quant au respect de toutes les règles de confidentialité (renseignements anonymes, accès restreint aux données conservées sous clefs) et à l'utilisation des données restreinte à des communications scientifiques et professionnelles. Finalement, les lettres de consentement confirment le droit du participant de se retirer de l'étude en tout temps sans pénalité quant à l'obtention future de services dispensés par l'ensemble du SSSS. Au besoin, les formulaires de consentement étaient aussi signés par un représentant du participant.

CHAPITRE QUATRIÈME

RÉSULTATS

Ce chapitre regroupe la présentation des résultats des analyses de données nécessaires pour vérifier les hypothèses énoncées à la fin du deuxième chapitre. Nous commençons par la description des échantillons. Par la suite, nous présentons les résultats relatifs à la comparaison des coûts totaux, des mesures d'effets pour les participants et les aidants, de la composition des coûts totaux, des coûts des services publics institutionnels et des coûts des services publics de proximité.

1. LES PARTICIPANTS ET LES AIDANTS

Les personnes âgées recrutées en deux phases, T0 cohorte A et T2 cohorte B, sont désignées comme participantes. Les échantillons de participants sont décrits à la première sous-section. Une partie de ces participants bénéficiait du soutien fourni par des aidants, ceux qui ont accepté de collaborer à la recherche font l'objet de la deuxième sous-section.

1.1 Les participants

Le tableau 14 résume les résultats des deux phases de recrutement, la première en date du début de 2001 et la deuxième du début de 2003. Hébert, Raïche, Dubois, Gueye, Dubuc, Tousignant et le groupe PRISMA (2009) ont comparé les personnes ayant refusé de participer et les participants pour les deux phases de recrutement. Il n'y avait pas de différence significative quant à l'âge, le sexe, le nombre d'années d'étude, la santé perçue et les services de santé reçus au cours de l'année précédente. Toutefois, les participants ont signalé plus d'hospitalisations au

cours de l'année précédente et une plus grande proportion de ceux-ci étaient très satisfaits des services de santé reçus.

Tableau 14
Le recrutement des participants

		Nombre	Pourcentage
Cohorte A en 2001 :			
Liste RAMQ personnes de 75 ans et plus		<u>19 981</u>	
Sélection aléatoire, envoi du questionnaire postal		4 881	
Non admissibles selon le questionnaire postal ou mauvaise adresse		<u>2 862</u>	
		2 019	
Non admissibles selon premier contact		<u>346</u>	
		1 673	100 %
Refus de participer (manque d'intérêt ou de temps)		<u>753</u>	<u>45 %</u>
		<u>920</u>	55 %
Région expérimentale	501		
Région de comparaison	419		
Cohorte B en 2003 :			
Liste RAMQ personnes de 75 ans et plus		19 981	
Moins sélection aléatoire de 2001		<u>4 881</u>	
		<u>15 100</u>	
Sélection aléatoire, envoi du questionnaire postal		2 909	
Non admissibles selon le questionnaire postal ou mauvaise adresse		<u>1 538</u>	
		1 371	
Non admissibles selon premier contact		<u>322</u>	
		1 049	100 %
Refus de participer (manque d'intérêt ou de temps)		<u>468</u>	<u>45 %</u>
		<u>581</u>	55 %
Région expérimentale	227		
Région de comparaison	354		

Pour les deux phases d'échantillonnage, 7 790 questionnaires postaux ont été envoyés à des échantillons aléatoires de personnes âgées de 75 ans et plus (77 ans pour la phase B) non institutionnalisées. Des 2 722 personnes répondant à tous les critères de sélection, 1 501 (55 %) ont accepté de participer. De cet échantillon global 728 faisaient partie de la région expérimentale et 773 de la région de comparaison.

Quelques statistiques descriptives permettant de comparer les caractéristiques des échantillons des deux régions, recrutés à T0 pour la cohorte A et à T2 pour la cohorte B, sont présentées au tableau 15. L'âge moyen au 1^{er} janvier 2001 des participants recrutés à T0 était légèrement plus élevé dans la région expérimentale, 83,3 ans, que dans la région de comparaison, 82,5 ans. Bien qu'il s'agisse d'une différence statistiquement significative ($p < 0,05$), nous avons choisi de ne pas contrôler cette variable dans les analyses, car il ne s'agit pas d'une différence significative du point de vue clinique. Les participants recrutés à T2 présentaient un âge moyen au 1^{er} janvier 2001, dans le même ordre, de 81,1 et de 81,4 ans.

De 60 à 64 % des participants entrés à T0 et T2 était des femmes. Les scores incapacité du SMAF ne présentaient pas de différence significative à chacun des temps d'entrée dans l'étude, se situant, en moyenne, entre 18,5 et 19,9 à T0, puis de 19,1 à 20,6 à T2. Bien que le test t signale, à T2, une différence statistiquement significative pour les fonctions cognitives, mesurées à l'aide du Mini Mental State Examination (MMSE) (Folstein, Folstein et Mchugh, 1975), les scores moyens sont très semblables s'échelonnant entre 23,3 et 24,8 sur un score maximum de 30. Cette variable ne sera donc pas contrôlée dans les analyses statistiques.

Les proportions de participants jugeant leur santé relative bonne ou excellente ne présentent pas de différence significative à chacun des temps d'entrée, il y a toutefois un écart de près de 10 % entre T0 (62 % à 64 %) et T2 (75 % à 76 %).

Tableau 15
Les statistiques descriptives des participants

	Cohorte A à T0 (2001)			Cohorte B à T2 (2003)		
	Région expérimentale (n = 501)	Région de comparaison (n = 419)	Valeur p	Région expérimentale (n = 227)	Région de comparaison (n = 354)	Valeur p
Âge au 1 ^{er} janvier 2001	83,3 ± 4,9	82,5 ± 5,1	0,016 ^a	81,1 ± 4,9	81,4 ± 4,9	0,553 ^a
Sexe féminin	64,1 %	60,1 %	0,221 ^b	61,7 %	62,2 %	0,909 ^b
SMAF incapacité	18,5 ± 11,8	19,9 ± 12,9	0,089 ^a	19,1 ± 12,6	20,6 ± 12,9	0,145 ^a
Fonctions cognitives (MMSE)	24,8 ± 4,9	24,3 ± 5,9	0,177 ^a	24,4 ± 4,9	23,3 ± 6,6	0,023 ^a
Santé perçue (excellente ou bonne)	64,4 %	62,2 %	0,489 ^b	74,9 %	75,9 %	0,490 ^b
Hospitalisé au cours des 12 derniers mois	29,7 %	28,6 %	0,735 ^b	26,4 %	33,2 %	0,911 ^b
Services de maintien à domicile du CLSC au cours des 6 derniers mois	20,8 %	30,1 %	0,001 ^b	14,1 %	39,6 %	<0,001 ^b
Milieu de vie individuel	64,9 %	77,4 %	<0,001 ^b	66,1 %	68,1 %	0,616 ^b

a : test t

b : test du Chi-carré

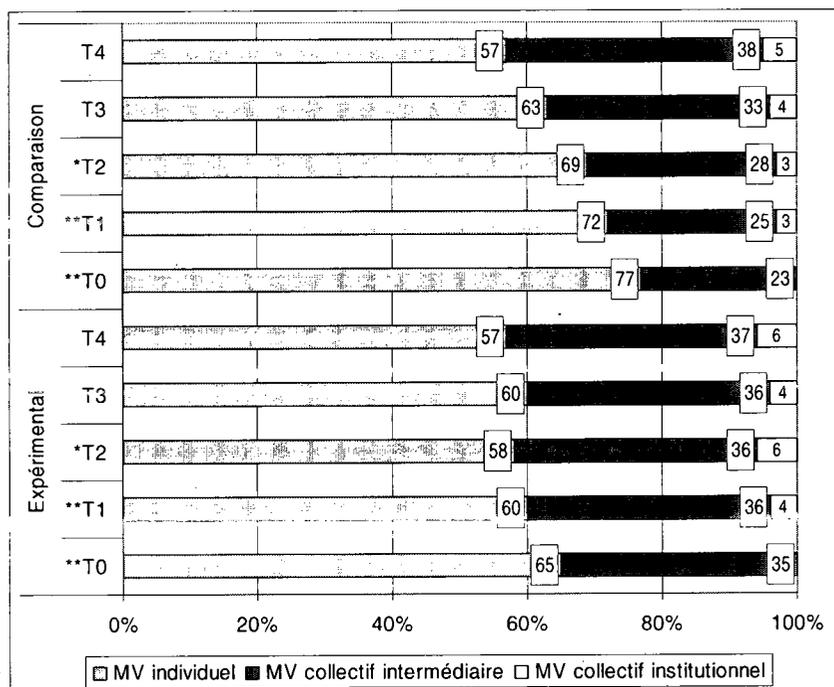
La proportion moyenne des participants ayant été hospitalisés s'échelonne entre 26,4 % et 33,2 %; elle ne présente pas de différence statistiquement significative entre les régions. Ce n'est pas le cas de la proportion des participants ayant reçu des services de maintien à domicile du CLSC, près de 10 % de plus des participants de la région de comparaison (30,1 % comparé à 20,8 %) avaient reçu ce type de services au cours des six mois précédent T0, alors que la différence s'accroît à T2, la région de comparaison présente un taux moyen de 39,6 % et la région expérimentale de 14,1 %. L'écart à T0 peut être expliqué par l'écart significatif dans les proportions de participants vivant dans un domicile individuel, 77,4 % pour la région de comparaison en comparaison à 64,9 % pour la région expérimentale. Le fait de vivre dans un domicile individuel peut entraîner un coût total plus important surtout causé par les coûts d'hébergement et des services offerts par les proches. Ces derniers ont un effet direct sur le fardeau des aidants. Nous avons donc envisagé de contrôler la variable « participant vivant dans un milieu de vie individuel » dans les analyses statistiques. Il en est de même pour la variable « ayant reçu des services de maintien à domicile du CLSC au cours des six derniers mois » dont l'écart à T2 reste inexplicable. Des personnes ayant déjà reçu des services du CLSC sont plus susceptibles d'en recevoir dans le courant de l'étude, ce qui peut aussi influencer sur le coût total.

Nous avons toutefois renoncé au contrôle de ces deux variables pour plusieurs raisons. Tout d'abord, le RISPA pourrait avoir un effet sur le maintien à domicile et sur l'obtention de services du CLSC, et il n'est pas indiqué de contrôler des variables présentes dans les relations causales expérimentales. Les variables à l'entrée dans l'étude ne peuvent pas non plus être contrôlées étant donné qu'il y a deux dates d'entrée dans l'étude. Les deux variables en cause risquent d'être corrélées. De plus, pour la cohorte B recrutée à T2, il n'y a pas de différence statistiquement significative quant à la proportion de participants vivant dans un domicile individuel. Finalement, les analyses statistiques basées sur les modèles de croissance tiennent compte de la première année comme année de base pour l'étude de la trajectoire de changement ; si

la variable « participant vivant dans un milieu de vie individuel » a un effet sur le coût total, ou sur une autre variable d'effet pour les participants ou les aidants, nous pourrions en tenir compte dans l'interprétation des résultats. Quant à l'écart important pour la variable « ayant reçu des services de maintien à domicile du CLSC au cours des six derniers mois » constatée à T2, nous avons comparé les taux d'accès à des services de maintien à domicile du CLSC (obtention d'au moins un service au cours d'une année) pour les quatre années de l'étude et ces taux ne présentent pas de différence statistiquement significative après la première année. Soulignons que la différence dans les taux d'accès à ces services de la première année est inversée par rapport à la différence constatée à T0 et T2 (région expérimentale 70 %, région de comparaison 59 %).

Pour favoriser l'interprétation des résultats en lien avec les différences quant aux milieux de vie à T0, nous avons analysé l'évolution des échantillons à travers trois grandes catégories de milieux de vie : les domiciles individuels (milieux 1 à 3 du tableau 11), les domiciles collectifs intermédiaires (milieux 4 et 5 du tableau 11) et les domiciles collectifs institutionnels (milieux 6 à 8 du tableau 11). Les résultats, en termes de proportion des échantillons, sont présentés à la figure 6. Nous observons des différences statistiquement significatives au seuil de 1 % à T0 et T1 (cohorte A) et une différence statistiquement significative au seuil de 5 % à T2 (ensemble des cohortes). Pour ces trois temps de mesure, la proportion de participants vivant dans des domiciles individuels est supérieure dans la région de comparaison, en ordre chronologique 77 %, 72 % et 69 % pour cette région et 65 %, 60 % et 58 % pour la région expérimentale.

Figure 6
L'évolution dans les milieux de vie



* Chi-carré $p < 0,05$

** Chi-carré $p < 0,01$

Le suivi du nombre de participants recrutés puis évalués à domicile chaque année (excluant les personnes institutionnalisées en milieu de vie 6 à 8) est décrit au tableau 16 qui fait aussi ressortir les principales raisons d'abandon des participants : le refus de poursuivre, le déménagement hors des territoires de MRC à l'étude, le décès ou l'impossibilité d'être retracé. La cohorte A comptait 920 participants à l'entrée ; de ce nombre, seulement 70 % a été évalué à domicile à la fin de la deuxième année. Les taux de rétention des groupes expérimental et de comparaison sont très semblables. À partir de T2, l'entrée de la cohorte B porte à 1 501 le nombre de participants recrutés en tout. Le taux global de rétention est de 55 % à la quatrième année et ce taux est pratiquement équivalent pour les deux groupes.

Tableau 16
Le suivi du nombre de participants

	Ensemble		Expérimental		De comparaison	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Entrée à T0^A	920	100	501	100	419	100
Institutionnalisés	40	4	27	5	13	3
Décédés	62	7	27	5	35	8
Non évalués*	71	8	27	5	44	11
Évalués à T1^A	747	81	420	84	327	78
Institutionnalisés	21	2	11	2	10	2
Décédés	54	6	33	7	21	5
Non évalués*	29	3	15	3	14	3
Évalués à T2^A	643	70	361	72	282	67
Entrée à T2 ^B	581		227		354	
Entrée à T0+T2^{A+B}	1 501	100	728	100	773	100
Évalués à T2^{A+B}	1 224	82	588	81	636	82
Institutionnalisés	55	4	21	3	34	4
Décédés	95	6	46	6	49	6
Non évalués*	81	5	38	5	43	6
Évalués à T3^{A+B}	993	66	483	66	510	66
Institutionnalisés	61	4	36	5	25	3
Décédés	74	5	38	5	36	5
Non évalués*	29	2	14	2	15	2
Évalués à T4^{A+B}	829	55	395	54	434	56

* : non évalués pour cause de refus, déménagement hors-zone ou sujet perdu de vue

^A : cohorte A recrutée à T0

^B : cohorte B recrutée à T2

La composition annuelle des échantillons de chacune des régions, en termes de type de MRC, est présentée au tableau 17. Trois types de MRC composent l'échantillon de chacune des régions et les différences entre les régions quant aux proportions de chacun de ces types sont toutes inférieures à 5 %. Considérant l'ensemble des deux régions, nous retrouvons entre 41 % et 46 % des participants dans une MRC urbaine, entre 27 % et 32 % dans une MRC rurale sans CH et entre 25 % et 32 % dans une MRC rurale avec CH.

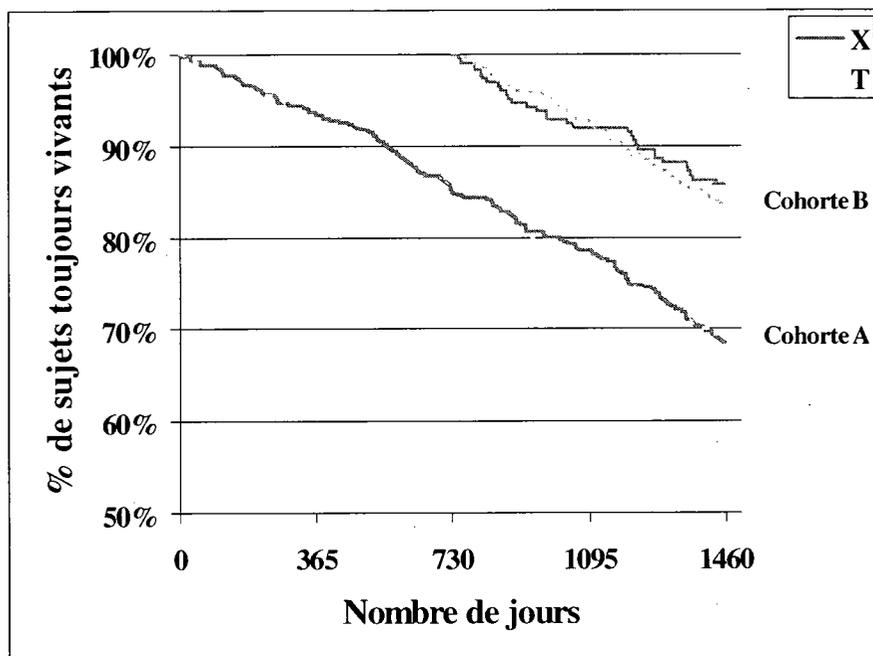
Tableau 17
La composition annuelle des échantillons régionaux

	T0		T1		T2		T3		T4	
	nombre	%								
Estrie (région expérimentale)	501	100	420	100	588	100	483	100	395	100
Sherbrooke (urbaine)	205	41	171	41	260	44	209	44	175	44
Coaticook (rurale sans CH)	142	28	114	27	158	27	137	28	110	28
Granit (rurale avec CH)	154	31	135	32	170	29	137	28	110	28
Chaudière-Appalaches (région de comparaison)	419	100	327	100	636	100	510	100	434	100
Lévis (urbaine)	176	42	139	42	294	46	231	45	188	43
L'Islet (rurale sans CH)	123	29	93	29	176	28	148	29	137	32
Montmagny (rurale avec CH)	120	29	95	29	166	26	131	26	109	25

Certaines études font état de coûts très élevés au cours de l'année précédant le décès (Menec, Lix, Steinbach, Ekuma, Sirski, Dahl et Soodeen, 2004; Pollock, 2001). Nous devons nous assurer que le RISPA n'a pas eu d'effet sur le taux de mortalité et ainsi influé sur les coûts des services utilisés. La figure 7, tirée de Hébert, Raïche, Dubois, Dubuc, Tousignant, Gueye et le groupe PRISMA-Estrie (2007c) illustre les courbes de survie de Kaplan-Meier, basées sur un modèle de régression de Cox, pour les deux cohortes. Ces analyses ne relèvent aucune différence significative entre les proportions de décès des deux régions tant pour la cohorte A que la cohorte B. Tel que prévu, le RISPA ne semble pas avoir eu d'effet sur le taux de mortalité.

En résumé, l'échantillon aléatoire a atteint 1 501 participants en comptant les deux cohortes et les taux de rétention sur les quatre années de l'étude, autour de 55 %, sont équivalents dans les régions expérimentale et de comparaison. Lors de la comparaison des échantillons de départ de la cohorte A une différence significative quant au type de milieu de vie (quantifiée à la figure 6), qui ne peut pas être contrôlée, a été prise en compte dans l'interprétation des résultats.

Figure 7
Les courbes de survie



X : région expérimentale C : région de comparaison

Cohorte A, Hazard ratio = 1,011; intervalle de confiance à 95 % : (0,788 - 1,297)

Cohorte B, Hazard ratio = 1,145; intervalle de confiance à 95 % : (0,536 - 1,554)

Figure 12.4 tirée de Hébert, R., Raïche, M., Dubois, M.-F., Dubuc, N., Tousignant, M., Gueye, N. R., et groupe PRISMA-Estrie. (2007c). Les impacts du réseau intégré de services sur les personnes âgées et leurs aidants dans l'étude PRISME-Estrie. In R. Hébert, A. Tourigny, et M. Raïche (directeurs), *PRISMA volume II, L'intégration des services: les fruits de la recherche pour nourrir l'action* (p.243-269). Québec: Edisem Inc.

1.2 Les aidants

Les aidants identifiés par les participants ont été sollicités pour participer à l'étude annuellement en complétant le questionnaire de l'aidant. Le tableau 18 présente les statistiques descriptives concernant l'échantillon d'aidants ayant accepté de participer pour les cohortes A et B. Ils sont au nombre de 1 170.

Tableau 18
Les statistiques descriptives des aidants

	Cohorte A à T0 (2001)			Cohorte B à T2 (2003)		
	Région expérimentale (n = 409)	Région de comparaison (n = 306)	Valeur p	Région expérimentale (n = 193)	Région de comparaison (n = 263)	Valeur p
Participants ayant un aidant qui a répondu au questionnaire de l'aidant	81,6 %	73,0 %	0,002 ^b	85,0 %	74,3 %	0,002 ^b
Sexe féminin	72,4 %	78,8 %	0,051 ^b	67,9 %	74,1 %	0,143 ^b
Relation avec l'aidé :			0,579 ^b			0,814 ^b
Conjoint	33,7 %	36,9 %		42,0 %	39,5 %	
Enfant	50,4 %	49,4 %		43,0 %	46,0 %	
Autre	15,9 %	13,7 %		15,0 %	14,4 %	
Cohabitation avec l'aidé	44,6 %	65,9 %	<0,001 ^b	59,6 %	60,5 %	0,851 ^b
Fardeau de l'aidant	17,3 ± 14,9	20,1 ± 16,3	0,016 ^a	17,9 ± 14,5	17,7 ± 14,9	0,898 ^a

a : test t

b : test du Chi-carré

Nous observons, pour les deux cohortes, une participation significativement ($p < 0,01$) plus importante des aidants de la région expérimentale, 81,6 % et 85,0 %, que celle de la région de comparaison, 73,0 % à 74,3 %. Soulignons que ces proportions ne représentent pas le nombre de participants pouvant compter sur un aidant, mais bien ceux dont l'aidant a accepté de participer à l'étude.

Les aidants sont majoritairement des femmes (68 % à 79 %) dont une bonne proportion est la conjointe (34 % à 42 %) ou l'enfant (43 % à 50 %) du participant. Dans la cohorte A, il y a significativement ($p < 0,01$) moins d'aidants de la région expérimentale qui cohabitent avec le participant (44,6 % comparé à 65,9 %). Ceci est cohérent avec les résultats portant sur les milieux de vie qui présentent un nombre significativement plus élevé de participants vivant dans des domiciles collectifs intermédiaires dans la région expérimentale (voir sous-section 1.1). Toujours pour la cohorte A, cette variable pourrait aussi expliquer l'écart statistiquement significatif ($p < 0,05$) entre les scores moyens de fardeau des aidants de 17 dans la région expérimentale comparé à 20 dans la région de comparaison à T0.

En cours d'étude, l'élaboration des scénarios de valorisation des services bénévoles de surveillance a nécessité une analyse de la relation entre le participant et l'aidant. Nous avons isolé les participants bénéficiant de ce type de services et observé qu'au cours de l'étude dans une proportion relativement stable de 51 %, les aidants concernés étaient les conjoints des participants pour l'ensemble de l'échantillon. Cette proportion a été utilisée à la sous-section 4.2.3.4 du chapitre précédent dans l'établissement du scénario A.

2. LES COÛTS ANNUELS TOTAUX

Tous les coûts du RISPA, décrits à la sous-section 4.2.1 du chapitre précédent, ainsi que les coûts des services, décrits à la sous-section 4.2.2, ont été additionnés annuellement pour chacun des participants afin de définir une variable de coût annuel

total. Pour l'étude de ces coûts annuels totaux, nous avons retenu l'approche sociétale qui consiste à regrouper les dépenses financées par les secteurs public, privé et bénévole. Tel que justifié à la sous-section 4.2.3.4 du chapitre précédent, nous avons retenu trois scénarios pour la valorisation des dépenses financées par le secteur bénévole.

Nous présentons des coûts annuels moyens par région concernant les différentes catégories de services ayant composé les variables de coûts annuels totaux pour chacune des quatre années. Les tableaux 19 à 21 illustrent ces statistiques, moyennes et écarts-types, pour chacun des trois scénarios. Des tests t ont été réalisés pour comparer les deux régions. Soulignons que seulement trois catégories de services sont affectées par les scénarios de valorisation des services bénévoles : le soutien, incluant l'entretien ménager, la buanderie et l'alimentation ; les soins infirmiers et d'assistance ; la surveillance.

Pour les autres catégories de services, très peu de différences statistiquement significatives ont été observées : l'hébergement et les services hospitaliers la première année ; les consultations et traitements les troisième et quatrième années. Pour les services de soutien ainsi que les soins infirmiers et d'assistance, les scénarios A et C sont équivalents, la valorisation des services bénévoles étant basée sur un tarif privé. La comparaison avec le scénario B, où le bénévolat n'est pas valorisé, nous permet d'observer que ces services sont principalement financés par les secteurs publics et privés et qu'il y a peu de différences significatives entre les deux régions. Quant aux services de surveillance, aucune différence significative n'est identifiée pour le scénario B, tandis que le scénario A, valorisation des services bénévoles à un tarif privé ajusté (12 %), occasionne des différences entre les deux régions pour les première, troisième et quatrième années, et que la valorisation au tarif privé complet, scénario C, fait aussi ressortir des différences, mais cette fois elles se manifestent pour les trois premières années.

Tableau 19
Les coûts annuels moyens par catégorie – scénario A

	An 1		An 2		An 3		An 4	
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type
Nombre	E	435	377	496	418			
	C	329	295	537	452			
Hébergement	E	4 585 †	4 724	1 485	4 621	1 152	4 610	1 052
	C	4 762 †	4 760	1 136	4 727	1 083	4 668	1 290
Soutien	E	4 029	4 278	2 065	4 181 †	1 768	4 472	2 670
	C	4 131	1 829	1 984	4 487 †	3 053	4 492	3 551
Soins infirmiers et d'assistance	E	797	1 357	4 781	930	3 120	1 147	3 294
	C	836	2 359	937	1 342	3 893	1 338	3 607
Surveillance, gardiennage	E	1 786 †	2 725	2 056	2 006 †	1 919	2 212 †	1 837
	C	2 311 †	4 107	2 620	2 370 †	2 414	2 589 †	2 830
Hôpital et centre de jour, répit	E	308	1 033	318	368	1 520	570	1 905
	C	221	1 175	213	385	1 490	368	1 295
Services hospitaliers et déplacements afférents	E	3 702 †	8 413	2 433	3 207	8 436	4 007	8 627
	C	2 626 †	6 613	2 157	3 551	7 687	3 411	7 896
Consultations et traitements	E	1 671	1 948	1 524	1 448 †	2 770	1 343 †	3 130
	C	1 820	2 314	1 922	2 029 †	3 074	2 371 †	3 406
Médicaments	E	1 967	1 447	2 345	2 681	1 977	2 581	2 007
	C	2 136	1 568	2 419	2 741	2 988	2 700	2 710
Coût RISPA	E	11	69	104	129	486	200	543
	C	17 870	11 501	18 478	18 872	12 392	20 466	12 756
Coût total	E	17 963	10 615	18 439	20 442	13 842	20 734	13 958
	C							

E : région expérimentale C : région de comparaison

† : test t, p<0,05

: test t, p<0,01

Tableau 20
Les coûts annuels moyens par catégorie – scénario B

	An 1		An 2		An 3		An 4	
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type
Nombre	E	435	377	496	418			
	C	329	295	537	452			
Hébergement	E	4 585 †	4 724	1 485	1 152	4 610	1 052	
	C	4 762 †	4 760	1 136	1 083	4 668	1 290	
Soutien	E	3 451	3 748	2 011	1 656	3 771	2 487	
	C	3 414	3 617	1 837	2 856	3 973	3 440	
Soins infirmiers et d'assistance	E	670	1 242	4 767	3 065	941	2 992	
	C	622	2 243	780	3 679	1 205	3 569	
Surveillance, gardiennage	E	1 078	1 313	3 223	1 933	1 051	1 792	
	C	1 131	3 897	1 439	2 562	1 353	3 031	
Hôpital et centre de jour, répit	E	308	1 033	318	1 520	570	1 905	
	C	221	1 175	213	1 490	368	1 295	
Services hospitaliers et déplacements afférents	E	3 702 †	8 413	2 433	8 436	4 007	8 627	
	C	2 626 †	6 613	2 157	7 687	3 411	7 896	
Consultations et traitements	E	1 671	1 948	1 524	2 770	1 343 †	3 130	
	C	1 820	2 314	1 922	3 074	2 371 †	3 406	
Médicaments	E	1 967	1 447	2 345	1 977	2 581	2 007	
	C	2 136	1 568	2 419	2 988	2 700	2 710	
Coût RISPA	E	11	69	104	486	200	543	
	C	16 504	11 359	17 086	12 152	18 477	12 338	
Coût total	E	15 901	10 390	16 335	13 430	18 832	13 945	
	C	15 901	10 390	16 335	13 430	18 832	13 945	

E : région expérimentale

† : test t, p<0,05

: test t, p<0,01

C : région de comparaison

Tableau 21
Les coûts annuels moyens par catégorie – scénario C

	An 1		An 2		An 3		An 4	
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type
Nombre	E	435	377	496	418			
	C	329	295	537	452			
Hébergement	E	4 585 †	4 724	4 621	4 610			
	C	4 762 †	4 760	4 727	4 668			
Soutien	E	4 029	4 278	4 181 †	4 472			
	C	4 131	4 306	4 487 †	4 492			
Soins infirmiers et d'assistance	E	797	1 357	930	1 147			
	C	836	937	1 342	1 338			
Surveillance, gardiennage	E	6 977 †	7 509 †	9 140 †	10 732			
	C	10 964 †	11 900	11 281 †	11 656			
Hôpital et centre de jour, répit	E	308	318	368	570			
	C	221	213	385	368			
Services hospitaliers et déplacements afférents	E	3 702 †	2 433	3 207	4 007			
	C	2 626 †	2 157	3 551	3 411			
Consultations et traitements	E	1 671	1 524	1 448 †	1 343 †			
	C	1 820	1 922	2 029 †	2 371 †			
Médicaments	E	1 967	2 345	2 681	2 581			
	C	2 136	2 419	2 741	2 700			
Coût RISPA	E	11	104	129	200			
	C	23 101 †	23 925 †	26 012 †	28 927			
Coût total	E	14 870	15 075	16 577	17 223			
	C	26 617 †	27 122 †	29 376 †	29 682			

E : région expérimentale C : région de comparaison

† : test t, p<0,05

: test t, p<0,01

Les coûts annuels totaux, présentés aux tableaux 19 à 21, sont aussi illustrés à la figure 8. Seul le scénario C fait ressortir des différences significatives entre les régions pour les trois premières années. C'est cette variable qui a servi à vérifier la première hypothèse de notre recherche. Elle a été analysée à l'aide des modèles de croissance, expliqués à la sous-section 5.1.1 du chapitre précédent, basés sur une relation linéaire avec le temps mesuré en fonction de l'année concernée. Vu les problèmes constatés au niveau des résidus dans ces analyses, faites à partir des coûts annuels totaux, nous avons transformé ces variables en logarithme (ci-après ln) pour réaliser des analyses de croissance valables. Le tableau 22 présente les résultats de ces analyses pour les trois scénarios de coûts annuels totaux. Dans la légende de ce tableau, nous présentons la statistique d'ajustement (*fit statistic*) de chacune des modélisations. Cette statistique est le résultat de la comparaison de la mesure de déviance du modèle avec celle d'un modèle établi sans les variables de prédiction. L'équation est :

$$\text{Deviance}_0 - \text{Deviance}_c = -2 (LL_0 - LL_c)$$

Où :

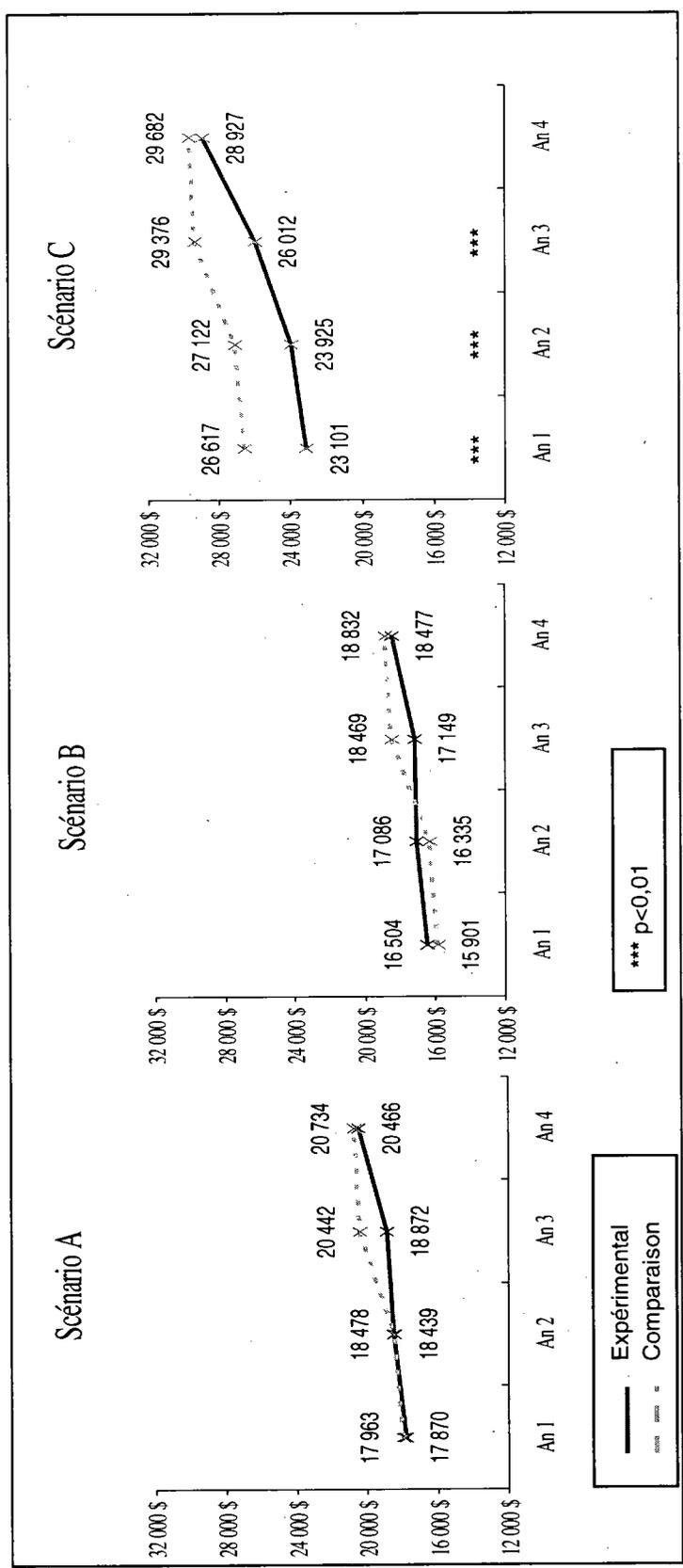
0 : modèle avec l'ordonnée à l'origine seulement

C : modèle courant

LL : logarithme du rapport de vraisemblance (*log likelihood*)

Les résultats pour chacun des scénarios font état de statistiques d'ajustement significatives, confirmant la validité des modèles. Les comparaisons réalisées à l'aide de ces modélisations sont illustrées à la figure 9. Puisque la modélisation est basée sur les ln des coûts annuels totaux, nous avons choisi d'illustrer les modélisations en termes de ln. Nous évitons ainsi le manque de précision que peut causer la conversion des ln en valeurs monétaires.

Figure 8
Les coûts annuels totaux moyens



— Expérimental
 Comparaison

*** p < 0,01

Tableau 22
Les analyses de croissance des coûts annuels totaux

Scénario	An 1		An 2		An 3		An 4		Évolution		E vs C	
	E (435)	C (329)	E (377)	C (295)	E (496)	C (537)	E (418)	C (452)	E	C		
A : Ln moyen IC 95 %	9,63 (9,60 à 9,67)	9,66 (9,62 à 9,70)	9,72 (9,68 à 9,75)	9,73 (9,70 à 9,77)	9,80 (9,76 à 9,83)	9,81 (9,77 à 9,84)	9,88 (9,83 à 9,92)	9,88 (9,84 à 9,92)	9,88 (9,72 à 9,81)	<0,001	<0,001	0,563
B : Ln moyen IC 95 %	9,54 (9,50 à 9,58)	9,52 (9,48 à 9,56)	9,62 (9,58 à 9,65)	9,60 (9,57 à 9,64)	9,69 (9,65 à 9,73)	9,68 (9,65 à 9,72)	9,76 (9,72 à 9,81)	9,77 (9,72 à 9,81)	9,77 (9,72 à 9,81)	<0,001	<0,001	0,526
C : Ln moyen IC 95 %	9,86 (9,81 à 9,90)	10,04 (9,99 à 10,09)	9,96 (9,93 à 10,00)	10,10 (10,06 à 10,14)	10,07 (10,03 à 10,11)	10,16 (10,13 à 10,20)	10,18 (10,13 à 10,23)	10,23 (10,18 à 10,28)	10,23 (10,18 à 10,28)	<0,001	<0,001	0,001

E : région expérimentale (nombre de participants)

C : région de comparaison (nombre de participants)

IC : intervalle de confiance

Évolution : valeur p pour l'évolution intra-groupe

E vs C : valeur p pour comparaison intergroupe

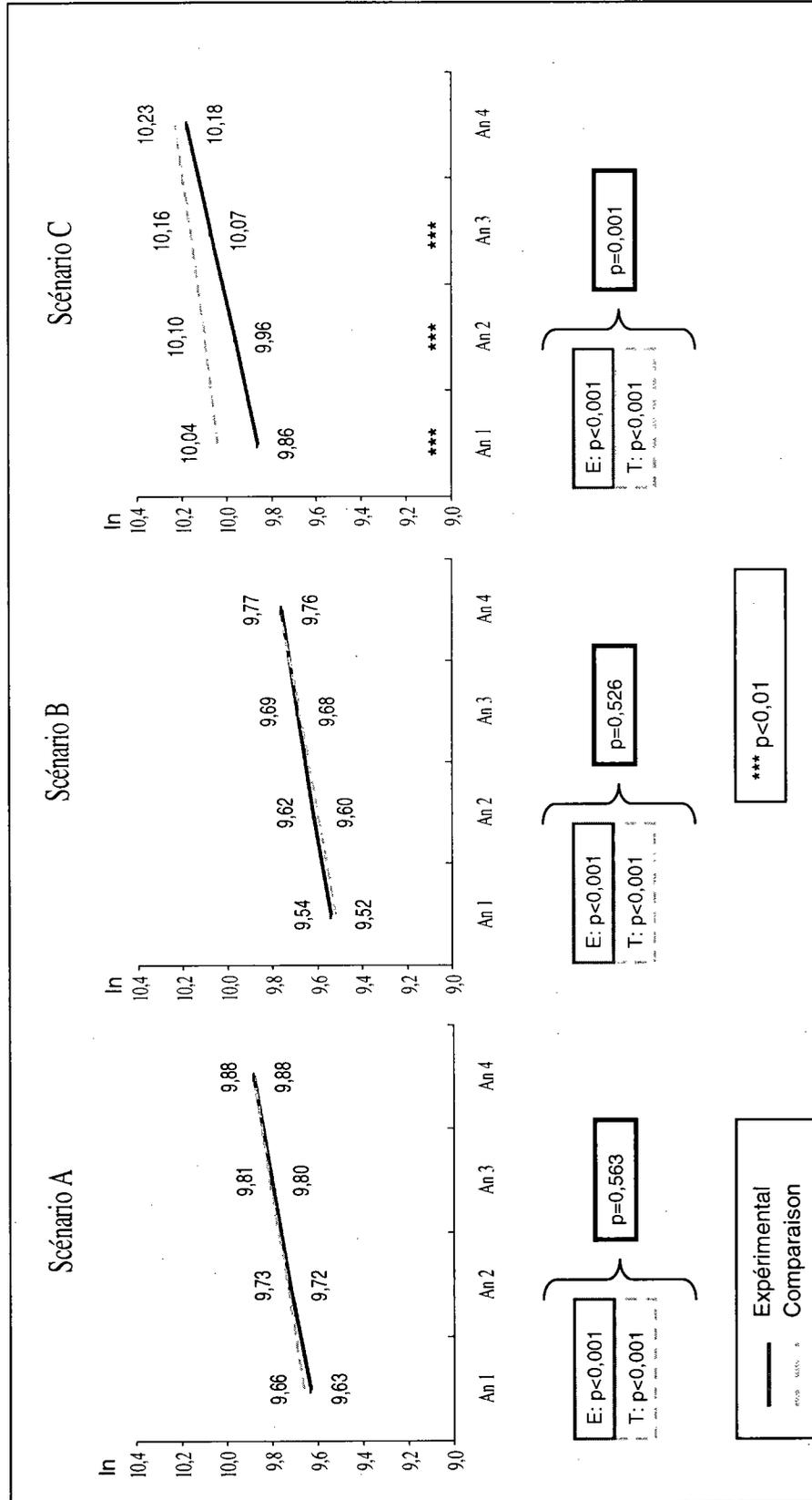
Statistiques d'ajustement (*fit statistic*) :

Scénario A : 233,2 (p<0,001)

Scénario B : 211,9 (p<0,001)

Scénario C : 355,8 (p<0,001)

Figure 9
L'évolution des coûts annuels totaux (modélisation du In)



Les résultats quant aux évolutions intra-groupe illustrent des hausses significatives des coûts annuels totaux pour les trois scénarios et les comparaisons intergroupe ne présentent aucune différence significative pour les scénarios A et B.

3. LES EFFETS POUR LES PERSONNES ÂGÉES ET LES AIDANTS

Hébert *et al.* (2009) ont présenté des résultats détaillés concernant l'autonomie fonctionnelle (score d'incapacité du SMAF), la satisfaction et l'autonomisation des personnes âgées ainsi que le fardeau des aidants. Nous reprenons ces résultats à l'annexe K. Dans les quatre premières sous-sections, nous complétons la présentation de ces résultats. Les autres sous-sections permettent de présenter les résultats quant au déclin fonctionnel, aux besoins non comblés et au fonctionnement social.

Nous rappelons que les mesures d'effet ont été recueillies à chaque année, nous disposons donc d'un maximum de cinq mesures pour chaque participant, T0 à T4. Pour l'analyse statistique des quatre premiers effets, Hébert *et al.* (2009) ont utilisé les modèles de croissance basés sur une relation linéaire avec le temps (autonomie fonctionnelle et autonomisation) et, lorsque celle-ci n'était pas significative, ils ont utilisé une relation quadratique (satisfaction et fardeau de l'aidant). Les mesures de temps sont définies en fonction du nombre d'années depuis le 1^{er} janvier 2001 (début du T0). Les résultats de ces analyses de croissance ont été illustrés par Hébert *et al.* (2007c) et ils sont reproduits à l'annexe L.

3.1 L'autonomie fonctionnelle

La première figure de l'annexe L présente la modélisation de l'évolution du score d'incapacité mesuré à l'aide du SMAF qui sert de mesure de l'autonomie fonctionnelle. Nous observons des courbes très semblables qui font ressortir une réduction progressive de l'autonomie fonctionnelle, passant de -17,0 à -28,3 (score

total -87). Cette réduction est statistiquement significative ($p < 0,01$) dans les deux régions et la comparaison des évolutions de ces scores dans les deux régions ne présente pas de différence significative ($p = 0,684$). Le RISPA n'aurait donc pas eu d'effet sur le niveau d'autonomie fonctionnelle.

3.2 La satisfaction des personnes âgées

La deuxième figure de l'annexe L fait ressortir des évolutions dans les scores de satisfaction significativement différentes d'une région à l'autre. Dans la région expérimentale, la satisfaction a augmenté de façon significative ($p < 0,01$) passant de 7,50 à 8,67, sur un score maximum de 16, il s'agit d'une amélioration de 7,3 %. La région de comparaison avait un meilleur score de satisfaction au début de l'étude, s'élevant à 7,97, mais il a diminué jusqu'à 7,70 après quatre ans. Cette diminution n'est pas significative ($p = 0,107$). Les comparaisons annuelles illustrent aussi des différences significatives ($p < 0,01$) pour les années 1, 3 et 4. Au début, la région expérimentale montrait des scores nettement inférieurs à ceux de la région de comparaison, alors qu'elle présentait des scores nettement supérieurs les troisième et quatrième années. Considérant l'amélioration significative dans la région expérimentale et la différence significative entre les évolutions, en sens inverse, des scores de satisfaction des deux régions, le RISPA a eu un effet positif sur la satisfaction des personnes âgées.

3.3 L'autonomisation des personnes âgées

Les résultats de l'analyse de croissance des scores d'autonomisation, voir la troisième figure de l'annexe L, prennent une forme semblable à celle des résultats de la satisfaction. La région de comparaison présente, dès le départ, une autonomisation significativement ($p < 0,05$) plus grande que celle de la région expérimentale (respectivement 8,26 et 7,78, ce qui équivaut à un écart de 3 % sur un score maximum de 16). L'autonomisation diminue ensuite dans les deux régions, mais la

diminution est moins prononcée pour la région expérimentale qui produit une amélioration à partir de la deuxième année pour atteindre une amélioration significative à la quatrième année avec un score de 7,89. La région de comparaison, malgré une légère remontée à la quatrième année donnant un score de 7,43, présente un niveau d'autonomisation significativement inférieur à celui de la région expérimentale ($p < 0,01$). De plus, la comparaison intergroupe des évolutions fait ressortir une différence significative ($p < 0,01$) entre les deux régions. Ces évolutions significatives en sens contraire appuient la conclusion que le RISPA a eu un effet favorable sur le niveau d'autonomisation des personnes âgées.

3.4 Le fardeau des aidants

La quatrième figure de l'annexe L illustre une différence statistiquement significative ($p < 0,05$) au début seulement. La région expérimentale présente alors un score inférieur de 2 points ce qui indique un fardeau moins lourd de 2,3% considérant le score maximum de 88. Cependant, le fardeau dans la région expérimentale a augmenté par la suite de 5,5% et cette augmentation est statistiquement significative ($p < 0,01$). À la quatrième année, la mesure du fardeau est de près de 1,4% plus élevée dans la région expérimentale. À ce moment, le fardeau des deux régions ne présente pas de différence statistiquement significative (21,2 et 20,0). Dans la région de comparaison, on observe une tendance ($p = 0,098$) à une lente augmentation qui est significativement ($p < 0,05$) moins prononcée que celle de la région expérimentale. À première vue, le RISPA semble avoir eu un effet négatif sur le fardeau des aidants.

3.5 Le déclin fonctionnel

Le déclin fonctionnel est une variable dichotomique. Le participant aura perdu de l'autonomie, donc subi un déclin fonctionnel, si un de ces trois événements s'est produit : décès, institutionnalisation ou perte d'au moins cinq points dans la mesure

d'incapacité du SMAF (autonomie fonctionnelle). Hébert *et al.* (2009) ont analysé la prévalence du déclin établie à partir des participants toujours exposés au RISPA au début de chaque période (non institutionnalisés et non décédés). Cette analyse a été faite en deux temps, les deux premières années (T0 à T2) où le degré de mise en œuvre du RISPA était plutôt faible et les deux dernières années (T2 à T4) présentant un degré de mise en œuvre supérieur à 70 %. Le tableau présenté à l'annexe M reprend les résultats de cette analyse statistique basée sur le Chi-carré. Pour les deux dernières années, il fait ressortir un nombre significativement moins élevé ($p < 0,05$) de participants avec un déclin fonctionnel dans la région expérimentale. L'écart est de 6 % et, tel qu'illustré à la figure aussi présentée à l'annexe M, cette différence est due à un événement en particulier, la perte de cinq points dans la mesure d'incapacité. Le RISPA aurait donc eu pour effet de réduire la prévalence du déclin fonctionnel.

Hébert *et al.* (2007c) rapportent aussi une étude de l'incidence de nouveaux cas de déclin fonctionnel, établie à partir des participants non déclinés depuis le début de l'étude. Pour la quatrième année, l'incidence du déclin fonctionnel est significativement ($p < 0,01$) moins élevée dans la région expérimentale, l'écart entre les deux régions est de 14 %. Dans cette étude d'incidence, l'événement réduction significative du niveau d'autonomie fonctionnelle explique cet écart. Le RISPA aurait aussi eu pour effet de réduire l'incidence du déclin fonctionnel.

3.6 Les besoins non comblés

Le score handicap du SMAF, mesuré à partir de T1, nous informe sur les besoins non comblés des personnes âgées. Plus ce score est élevé, plus la personne a des besoins qui ne sont pas comblés. Cette variable a été analysée à l'aide des modèles de croissance selon un modèle linéaire à partir du ln. Le tableau 23 présente les résultats de l'analyse de croissance et la figure 10 illustre les scores handicap moyens et la comparaison des évolutions faite à partir des ln.

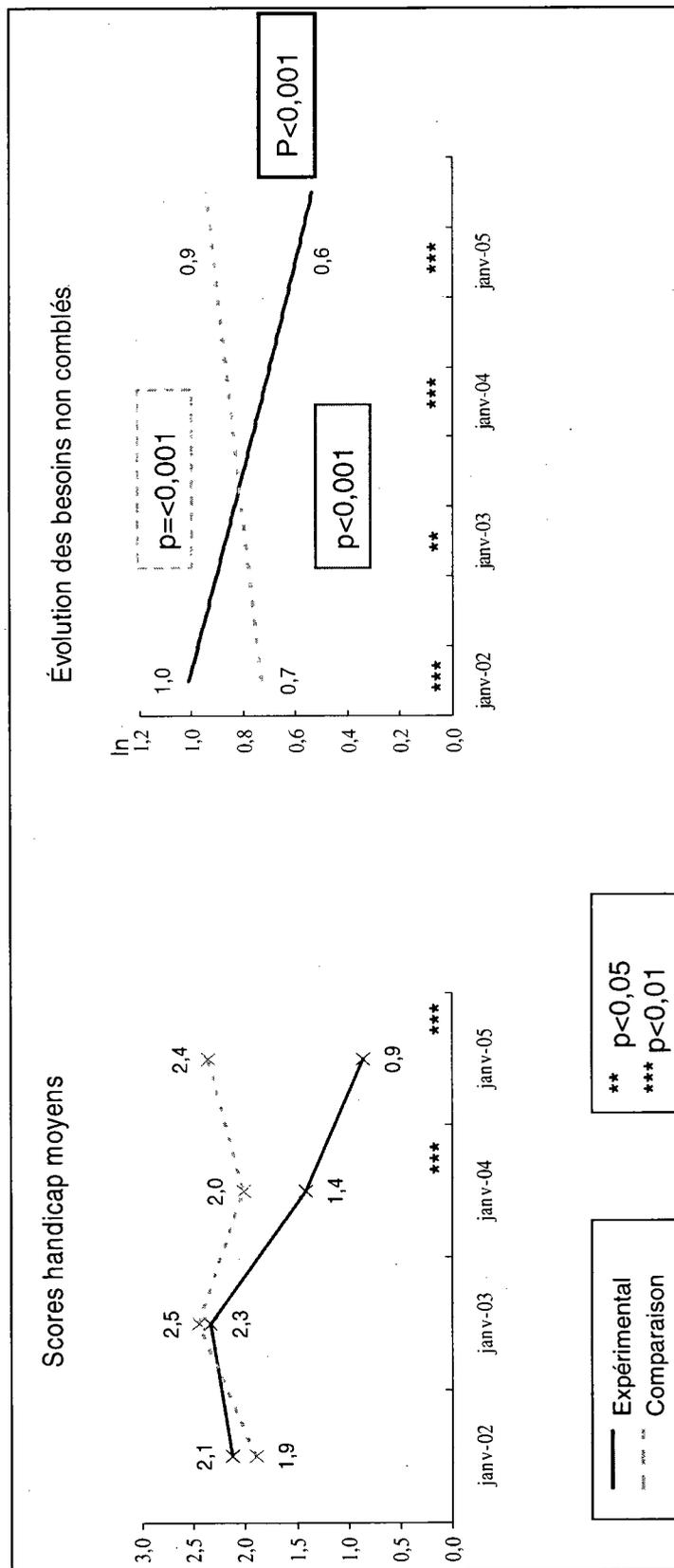
Tableau 23
Les analyses de croissance des besoins non comblés

	E			C		
	Nombre	ln moyen	IC à 95 %	Nombre	ln moyen	IC à 95 %
Janvier 2002	419	1,01	0,94 à 1,08	327	0,73	0,66 à 0,80
Janvier 2003	588	0,87	0,82 à 0,93	636	0,79	0,73 à 0,84
Janvier 2004	483	0,73	0,69 à 0,78	509	0,85	0,80 à 0,89
Janvier 2005	394	0,60	0,54 à 0,65	433	0,91	0,86 à 0,96
p intra-groupe	↓ <0,001			↑ <0,001		
p intergroupe	<0,001					
Statistique d'ajustement	141; p<0,001					

E : région expérimentale
C : région de comparaison
IC : intervalle de confiance

L'observation des scores handicap moyens met en lumière une réduction des besoins non comblés dans la région expérimentale pour les deux dernières mesures, passant d'un score de 2,3 à 0,9. L'évolution de la région de comparaison est un peu plus en dents de scie, hausse à la deuxième mesure, score de 2,5, baisse à la troisième mesure qui est suivie d'une hausse à la dernière mesure ramenant le score à 2,4. L'analyse de croissance illustre des évolutions significatives ($p < 0,01$) inverses. Selon la modélisation, un an après le début de l'implantation du RISPA, la région expérimentale présentait un niveau de besoins non comblés significativement ($p < 0,01$) plus élevé que celui de la région de comparaison. La situation s'est beaucoup améliorée dans la région expérimentale alors qu'elle s'est détériorée dans la région de comparaison. Le RISPA aurait donc permis de réduire le niveau des besoins non comblés des personnes âgées.

Figure 10
 Les scores handicap moyens et l'évolution des besoins non comblés (modélisation du ln)



3.7 Le fonctionnement social

La mesure du fonctionnement social est basée sur le score incapacité du SMAF social. Cette mesure est disponible à partir de T2, c'est-à-dire au moment où le RISPA atteignait un degré de mise en œuvre de plus de 70 %. Le tableau 24 présente les résultats de l'analyse de croissance et la figure 11 illustre la modélisation des évolutions des deux régions.

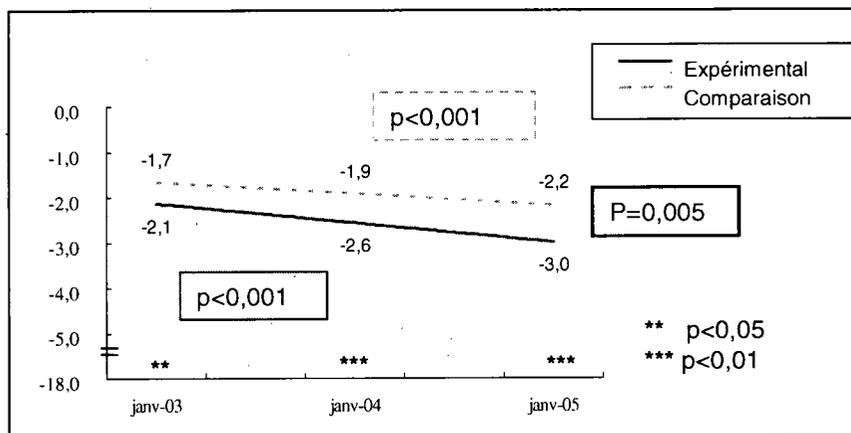
Tableau 24
Les analyses de croissance du fonctionnement social

	E			C		
	Nombre	score moyen	IC à 95 %	Nombre	score moyen	IC à 95 %
Janvier 2003	588	- 2,13	-1,88 à - 2,37	634	- 1,67	- 1,43 à - 1,91
Janvier 2004	483	- 2,56	- 2,34 à - 2,78	510	- 1,93	- 1,72 à - 2,14
Janvier 2005	395	- 2,99	- 2,77 à - 3,22	434	- 2,18	- 1,97 à - 2,40
p intra-groupe	↓ <0,001			↓ <0,001		
p intergroupe	0,005					
Statistique d'ajustement	130; p<0,001					

E : région expérimentale
C : région de comparaison
IC : intervalle de confiance

Pour les trois mesures, les scores de la région expérimentale sont significativement ($p<0,05$ et $p<0,01$) moins élevés, indiquant un moins bon fonctionnement social. La comparaison des évolutions met en lumière une détérioration significative du fonctionnement social des participants de la région expérimentale. Elle est significativement plus prononcée que celle de la région de comparaison ($p<0,01$). Sur un score total de -18, la région expérimentale présente une détérioration de 5,0 % alors que celle de la région de comparaison se chiffre à 2,8 %.

Figure 11
L'évolution du score incapacité du fonctionnement social



Le RISPA aurait donc eu un effet défavorable sur le fonctionnement social des personnes âgées.

4. LA COMPOSITION DES COÛTS TOTAUX

Dans la composition des coûts totaux, le critère de catégorisation d'intérêt est la source du financement des services selon qu'il provienne des secteurs public, privé ou bénévole. Puisque les coûts totaux ont été analysés en fonction de trois scénarios différents pour la valorisation des services bénévoles, nous avons aussi analysé leur composition selon ces trois scénarios. La figure 12 présente la répartition des proportions moyennes par type de financement des coûts annuels totaux par participant. Les tableaux 25 et 26 présentent les résultats des analyses de croissance concernant les proportions des coûts publics et des coûts privés pour chacun des scénarios au cours des quatre années de l'étude. L'évolution des coûts publics est illustrée à la figure 13 et celle des coûts privés se retrouve à la figure 14.

Figure 12
Les répartitions des proportions moyennes par type de financement

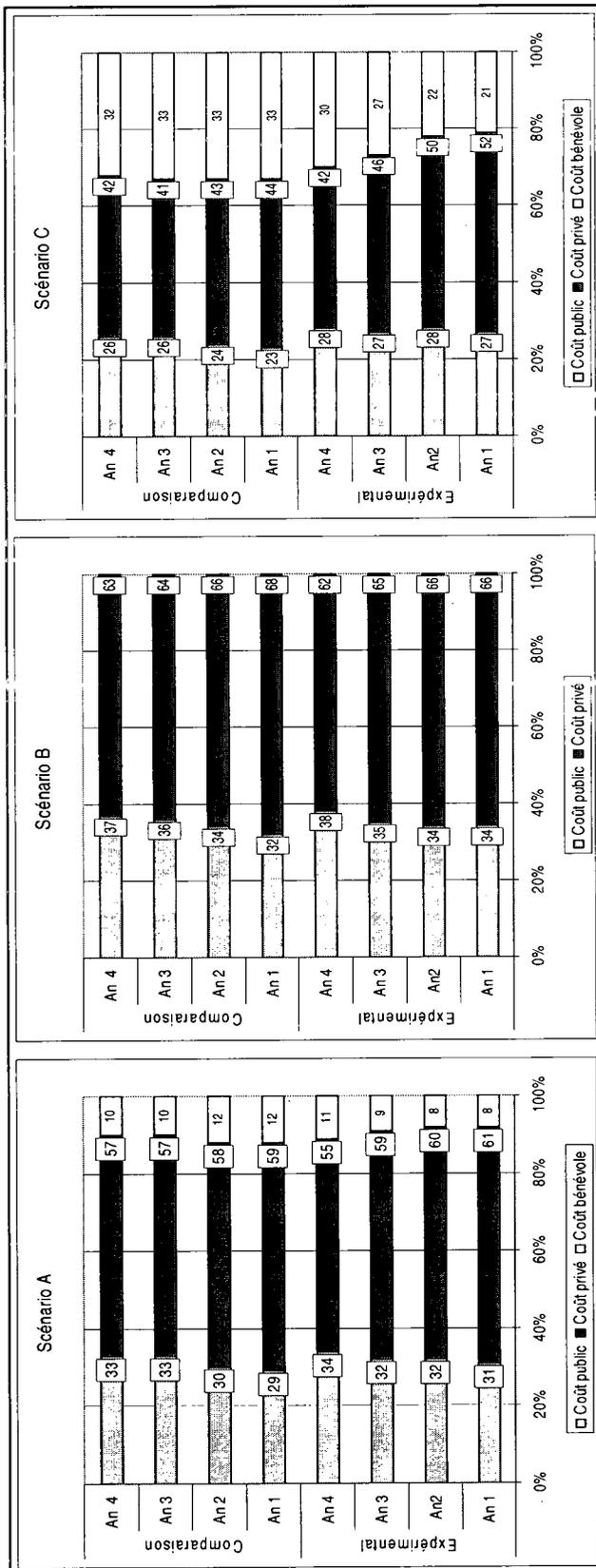


Tableau 25
Les analyses de croissance des proportions de coûts publics

Scénario	An 1		An 2		An 3		An 4		Évolution		E vs C
	E (435)	C (329)	E (377)	C (295)	E (496)	C (537)	E (418)	C (452)	E	C	
A : proportion IC à 95 %	0,30 (0,28 à 0,32)	0,28 (0,26 à 0,30)	0,32 (0,31 à 0,34)	0,30 (0,29 à 0,32)	0,35 (0,33 à 0,36)	0,33 (0,32 à 0,35)	0,37 (0,35 à 0,39)	0,36 (0,34 à 0,38)	↑ <0,001	↑ <0,001	0,441
B : proportion IC à 95 %	0,32 (0,30 à 0,34)	0,31 (0,29 à 0,33)	0,35 (0,33 à 0,36)	0,34 (0,32 à 0,35)	0,37 (0,36 à 0,39)	0,37 (0,35 à 0,38)	0,40 (0,38 à 0,42)	0,39 (0,38 à 0,41)	↑ <0,001	↑ <0,001	0,751
C : proportion IC à 95 %	0,26 (0,24 à 0,28)	0,21 (0,20 à 0,23)	0,27 (0,26 à 0,29)	0,24 (0,22 à 0,25)	0,29 (0,28 à 0,31)	0,26 (0,25 à 0,28)	0,31 (0,29 à 0,33)	0,29 (0,27 à 0,31)	↑ <0,001	↑ <0,001	0,189

E : région expérimentale (nombre de participants)

C : région de comparaison (nombre de participants)

IC : intervalle de confiance

Évolution : valeur p pour l'évolution intra-groupe

E vs C : valeur p pour comparaison intergroupe

Statistiques d'ajustement (*fit statistic*) :

Scénario A : 134,7 (p<0,001)

Scénario B : 143,1 (p<0,001)

Scénario C : 144,2 (p<0,001)

Figure 13
L'évolution des proportions de coûts publics

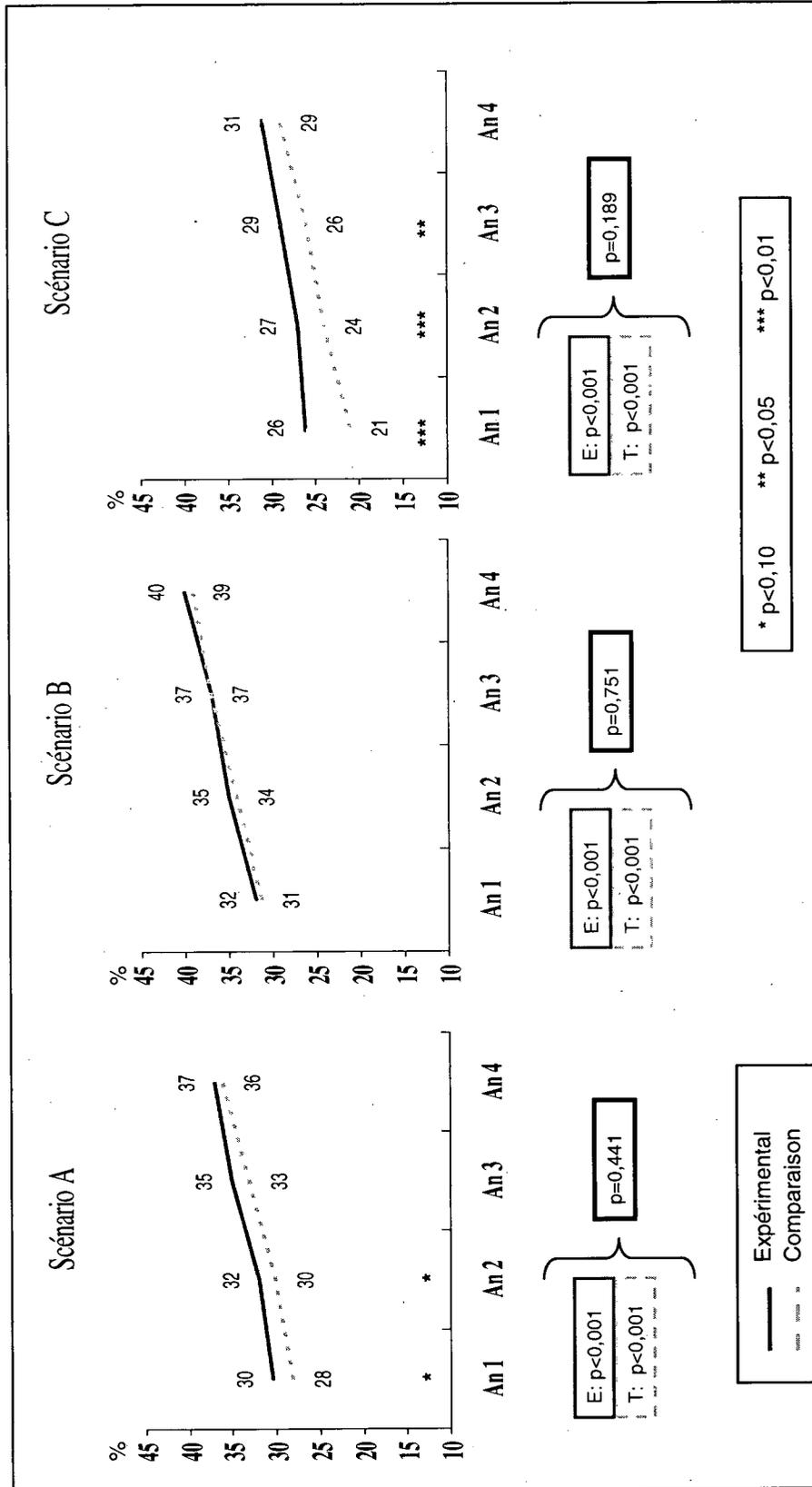


Tableau 26
Les analyses de croissance des proportions de coûts privés

Scénario	An 1		An 2		An 3		An 4		Évolution		E vs C
	E (435)	C (329)	E (377)	C (295)	E (496)	C (537)	E (418)	C (452)	E	C	
A : proportion IC à 95 %	0,62 (0,60 à 0,64)	0,61 (0,59 à 0,62)	0,59 (0,58 à 0,61)	0,58 (0,57 à 0,60)	0,56 (0,55 à 0,58)	0,56 (0,55 à 0,57)	0,53 (0,51 à 0,55)	0,54 (0,52 à 0,56)	↓ <0,001	↓ <0,001	0,147
B : proportion IC à 95 %	0,68 (0,66 à 0,70)	0,69 (0,67 à 0,71)	0,65 (0,64 à 0,67)	0,66 (0,65 à 0,68)	0,63 (0,61 à 0,64)	0,63 (0,62 à 0,65)	0,60 (0,58 à 0,62)	0,61 (0,59 à 0,63)	↓ <0,001	↓ <0,001	0,751
C : proportion IC à 95 %	0,52 (0,50 à 0,54)	0,44 (0,42 à 0,46)	0,49 (0,47 à 0,50)	0,43 (0,41 à 0,44)	0,45 (0,43 à 0,46)	0,41 (0,40 à 0,43)	0,41 (0,39 à 0,43)	0,40 (0,38 à 0,42)	↓ <0,001	↓ 0,004	<0,001

E : région expérimentale (nombre de participants)

C : région de comparaison (nombre de participants)

IC : intervalle de confiance

Évolution : valeur p pour l'évolution intra-groupe

E vs C : valeur p pour comparaison intergroupe

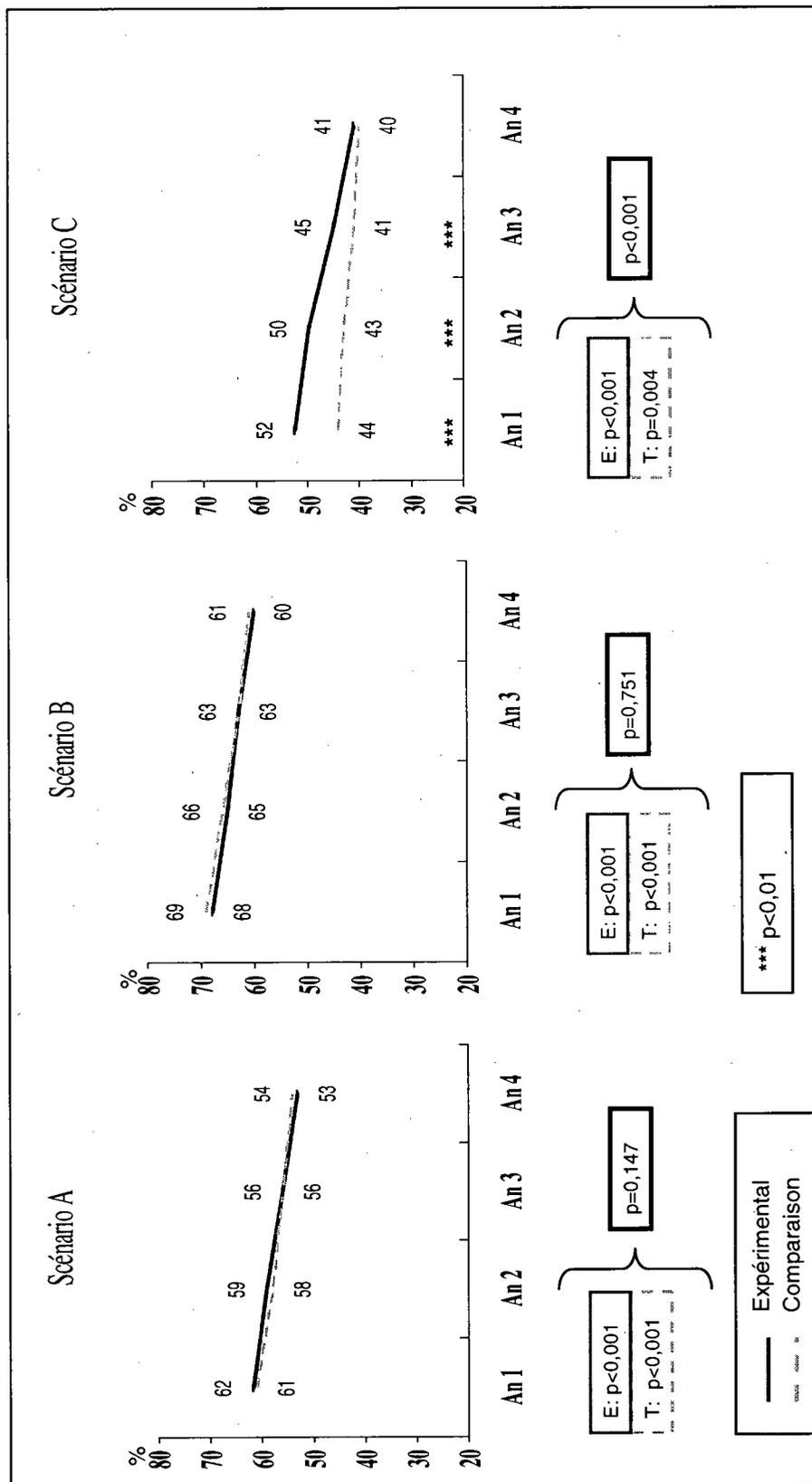
Statistiques d'ajustement (*fit statistic*) :

Scénario A : 164,3 (p<0,001)

Scénario B : 143,1 (p<0,001)

Scénario C : 277,3 (p<0,001)

Figure 14
L'évolution des proportions de coûts privés



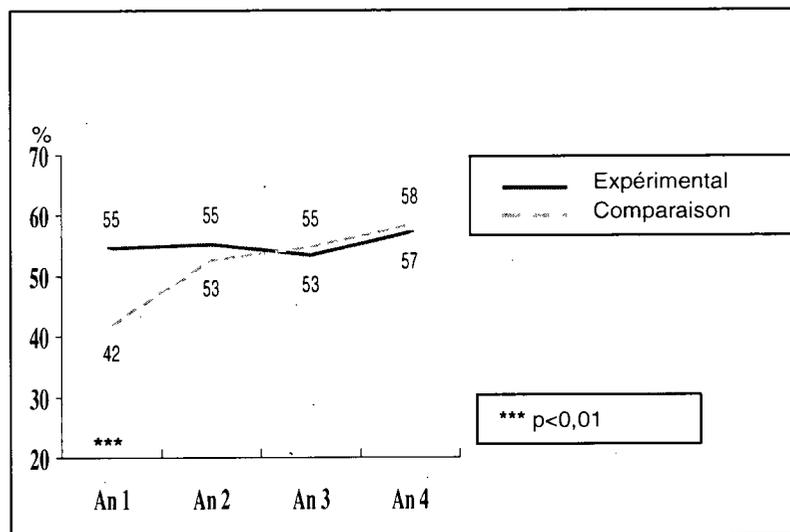
L'observation de la figure 12 permet de constater peu d'écarts entre les proportions des deux régions. Les principaux écarts émergent du scénario C et concernent principalement les années 1 et 2, moment où il y avait un déséquilibre dans les milieux de vie des deux régions (voir figure 6). Les analyses de croissance réalisées à partir des proportions des coûts publics n'illustrent pas de différence significative entre les deux régions (voir figure 13), tandis que celles réalisées à partir des proportions des coûts privés font ressortir une différence significative seulement en fonction du scénario C (voir figure 14). Le nombre trop élevé de participants ne bénéficiant pas de services bénévoles fait en sorte qu'il n'était pas possible de réaliser des analyses valables à partir des proportions relatives à ces coûts. Puisque cette variable est un complément des proportions de coûts publics et privés dans la composition des coûts totaux (100 %), nous avons basé l'analyse de cette variable sur les résultats des deux autres proportions.

En résumé, au fil du temps, la proportion des coûts publics croît de façon significative dans les deux régions, celle des coûts privés diminue de façon significative dans les deux régions. Par ailleurs, le RISPA ne semble pas avoir d'effet sur la composition publique, privée et bénévole des coûts annuels totaux.

5. LES COÛTS DES SERVICES PUBLICS INSTITUTIONNELS

Une proportion importante de participants ne fait pas appel aux services publics institutionnels. Nous présentons, à la figure 15, les pourcentages des participants qualifiés d'utilisateurs sur la base de l'obtention d'au moins un service public institutionnel au cours de chacune des quatre années de l'étude. Nous observons un pourcentage d'utilisateurs significativement (test t : $p < 0,01$) plus élevé dans la région expérimentale au cours de la première année seulement. Considérant l'évolution des pourcentages, il y a un faible accroissement (55 % à 57 %) dans la région expérimentale alors que dans la région de comparaison nous constatons une plus forte augmentation (42 % à 58 %).

Figure 15
Les pourcentages d'usagers des services publics institutionnels

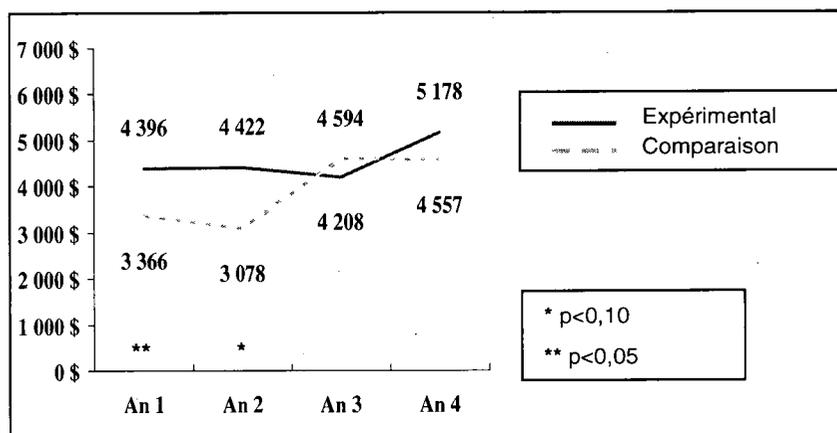


L'analyse de croissance n'est pas réalisable lorsqu'une proportion aussi importante de participants présente des résultats à zéro. Notre analyse statistique est donc basée sur des tests t réalisés à partir des coûts annuels totaux des services publics institutionnels pour tous les participants. Les résultats de ces tests sont présentés à la figure 16 qui illustre, par le fait même, les coûts annuels totaux moyens des services publics institutionnels établis pour l'ensemble des participants pour chacune des quatre années de l'étude.

Dans l'ensemble, les coûts annuels totaux moyens s'accroissent dans la région expérimentale, passant de 4 396 \$ à 5 178 \$ et l'accroissement est encore plus marqué dans la région de comparaison, de 3 366 \$ à 4 557 \$. Tout comme pour le pourcentage d'usagers, les résultats de la figure 16 mettent en lumière une différence significative ($p < 0,05$) entre les régions pour la première année seulement. Pour la deuxième année nous constatons une tendance ($p < 0,10$) vers une différence

significative. Toutefois, au cours des deux dernières années, les coûts totaux des services publics institutionnels sont équivalents dans les deux régions. Nous en concluons que le RISPA n'a pas eu d'effet sur les coûts des services publics institutionnels.

Figure 16
Les coûts annuels totaux moyens des services publics institutionnels



6. LES COÛTS DES SERVICES PUBLICS DE PROXIMITÉ

La plupart des participants ont recours aux services publics de proximité, principalement parce que cette catégorie de services inclut les coûts des médicaments dont le gouvernement paie une partie importante en vertu du programme québécois d'assurance-médicaments. Dans l'ensemble de l'étude, seuls trente-sept participants n'avaient pas reçu de services de proximité. Nous avons dû retirer ces participants de l'échantillon pour être en mesure de réaliser des analyses de croissance valables. Le tableau 27 présente les résultats des analyses de croissance réalisées à partir des ln. Soulignons que les analyses de croissance précédemment réalisées avec tous les participants, bien que présentant des problèmes au niveau des résidus, démontraient les mêmes résultats en termes de valeur p.

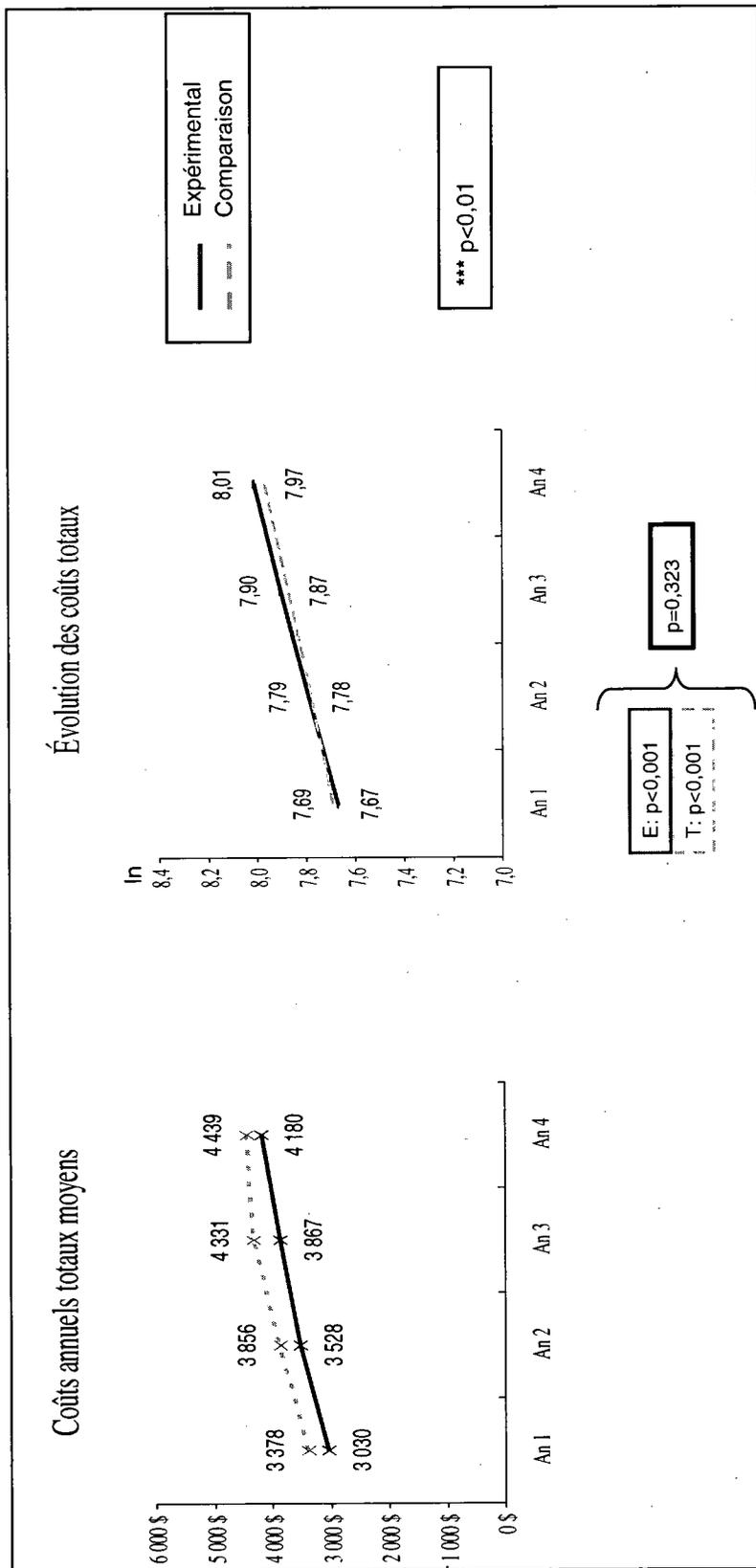
Tableau 27
Les analyses de croissance des coûts totaux des services publics de proximité

	E			C		
	Nombre	In moyen	IC à 95 %	Nombre	In moyen	IC à 95 %
Année 1	433	7,67	7,60 à 7,75	329	7,69	7,61 à 7,77
Année 2	363	7,79	7,71 à 7,86	290	7,78	7,71 à 7,85
Année 3	489	7,90	7,82 à 7,98	533	7,87	7,80 à 7,95
Année 4	415	8,01	7,92 à 8,10	448	7,97	7,88 à 8,05
p intra-groupe	↑ <0,001			↑ <0,001		
p intergroupe	0,323					
Statistique d'ajustement	247,5; p<0,001					

E : région expérimentale
C : région de comparaison
IC : intervalle de confiance

La figure 17 regroupe un graphique illustrant les coûts annuels totaux moyens des services publics de proximité et un autre illustrant les évolutions de ces coûts selon la modélisation des ln. Dans le premier graphique, nous observons des coûts annuels totaux moyens semblables d'une région à l'autre et un accroissement progressif de ces coûts (3 030 \$ à 4 180 \$ dans la région expérimentale; 3 378 \$ à 4 439 \$ dans la région de comparaison). La modélisation des évolutions des coûts annuels totaux des services publics de proximité confirme l'accroissement significatif de ces coûts dans les deux régions. La comparaison intergroupe démontre des évolutions semblables pour les deux régions (p=0,323).

Figure 17
 Les coûts annuels totaux moyens et l'évolution des coûts des services publics de proximité (modélisation du ln)



Soulignons que toutes les comparaisons annuelles portant sur les coûts annuels totaux moyens et sur les ln n'ont pas fait ressortir de différence significative entre les régions. Ces résultats suggèrent que le RISPA n'a pas d'effet sur les coûts des services publics de proximité.

CHAPITRE CINQUIÈME

DISCUSSION

La discussion se divise en trois grandes sections. Nous débutons avec la vérification des hypothèses qui sous-tendent notre recherche. Cette section est aussi l'occasion de comparer nos résultats avec ceux des recherches antérieures. Par la suite, nous précisons la contribution de notre recherche tout en envisageant des développements futurs. La troisième section relève les forces et les faiblesses de notre recherche.

1. LA VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES

Nous débutons la discussion en traitant chacune des hypothèses énoncées à la section 6 du deuxième chapitre : la première sous le thème de l'efficacité du RISPA, la seconde sous le thème de la substitution parmi les sources de financement, la troisième sous le thème de la variation dans les services publics institutionnels et la dernière sous le thème de la variation dans les services publics de proximité.

1.1 **L'efficacité du RISPA**

Le cadre d'analyse de l'efficacité d'un RISPA, à la figure 5, fait ressortir quatre situations permettant de conclure que le RISPA de type coordination permet une utilisation plus efficace des ressources publiques, privées et bénévoles. Ces quatre situations sont illustrées dans les quatre sous-hypothèses 1A à 1C (section 6 du deuxième chapitre). Afin de vérifier si l'efficacité a été atteinte, notre intérêt se porte d'abord sur la comparaison des coûts totaux que nous étudierons en fonction de chacun des trois scénarios de valorisation des services bénévoles. Ceci nous permettra

de déterminer laquelle des sous-hypothèses pourrait être confirmée suite à l'étude des différents effets pour les personnes âgées et leurs aidants. Pour cette étude, nous procéderons successivement à l'examen de chacun des sept effets pour les participants. Nous serons alors en mesure de déterminer si le RISPA s'est montré efficient au regard de chacun de ces effets. Une synthèse de ces conclusions termine cette sous-section.

1.1.1 *La comparaison des coûts totaux*

1.1.1.1 *Le scénario A*

Ce scénario est constitué des coûts publics, privés et bénévoles. Les coûts bénévoles étant valorisés à l'aide d'un coût de remplacement basé sur un tarif privé qui a été ajusté pour la surveillance (12 % du tarif privé tel qu'expliqué à la sous-section 4.2.3.4 du troisième chapitre). En analysant les coûts annuels totaux moyens, à l'aide de la figure 8, nous observons des coûts très semblables pour les deux régions (variant entre 17 870 \$ et 20 734 \$) au cours des quatre années. L'évolution de ces coûts traduit une hausse aux alentours de 2 600 \$ à 2 800 \$ sur les quatre années. Le vieillissement des participants peut expliquer cette hausse. L'examen du tableau 19 nous fournit plus de détails quant à l'évolution des coûts annuels moyens des différents types de services. Nous rappelons que les coûts unitaires utilisés pour établir les coûts par service ont été déterminés une fois pour toute la durée de l'étude afin d'exclure l'effet de l'inflation dans nos analyses. Ce faisant, nous sommes en mesure d'identifier, en termes économiques, l'effet de l'évolution de la quantité des services utilisés.

L'hébergement, dont les coûts annuels moyens s'échelonnent entre 4 585 \$ et 4 762 \$, n'a pas beaucoup évolué et, considérant que ce service n'est pas influencé par la quantité (toutes les participations sont compilées pour une année de 365 jours), nous pouvons en conclure que les changements de milieux de vie en cours d'étude

ont eu peu d'effet sur les coûts moyens. Plus précisément, entre la première et la quatrième année, nous observons aux tableaux 19 à 21 que les coûts annuels moyens ont augmenté de 25 \$ dans la région expérimentale et diminué de 94 \$ dans la région de comparaison. Cette évolution en sens inverse s'explique par le déséquilibre dans les milieux de vie entre les régions au début de l'étude (voir la figure 6) et les coûts quotidiens des trois grandes catégories de milieux de vie (voir l'annexe I). Une brève analyse des effectifs des deux régions au cours des quatre années nous indique une prédominance importante du milieu de vie 5B pour les participants vivant en domicile collectif intermédiaire et la même prédominance du milieu de vie 8 pour les participants institutionnalisés. Les coûts quotidiens d'hébergement (incluant les frais administratifs pour les milieux de vie collectifs) des milieux de vie individuels se chiffrent en moyenne à 14 \$, ceux du milieu de vie 5B à 9,50 \$ et ceux du milieu de vie 8 à 30 \$. Considérant ces coûts quotidiens, il semble cohérent que le déplacement de participants de la région de comparaison qui sont passés d'un milieu de vie individuel à un milieu de vie collectif intermédiaire en plus grand nombre que ceux de la région expérimentale (voir la figure 6) ait produit la baisse du coût annuel moyen de l'hébergement de 94 \$ observée aux tableaux 19 à 21.

Les services de soutien, incluant l'aide pour les AVD, la buanderie et l'alimentation, ont, quant à eux, contribué à la hausse des coûts annuels totaux. Leurs coûts annuels moyens de la première année s'élevaient, dans l'ordre habituel, à 4 029 \$ et à 4 131 \$. Ils se sont accrus de 443 \$ dans la région expérimentale et de 361 \$ dans la région de comparaison (voir les tableaux 19 et 21). La hausse des besoins de soutien, due au vieillissement des participants, explique ces résultats. Il en va de même pour les soins infirmiers et l'assistance pour les AVQ dont les coûts annuels moyens se sont échelonnés entre 797 \$ et 1 357 \$, témoignant d'une hausse de 350 \$ dans la région expérimentale et de 502 \$ dans la région de comparaison (voir les tableaux 19 et 21).

La surveillance a aussi contribué à l'accroissement des coûts annuels totaux. Toutefois, nous observons des coûts annuels moyens significativement différents d'un groupe à l'autre sauf la deuxième année. Au tableau 19, la comparaison des coûts annuels moyens de l'année 4 avec ceux de l'année 1 fait ressortir un accroissement plus important dans la région expérimentale, 426 \$ (passant de 1 786 \$ à 2 212 \$), que celui dans la région de comparaison, 278 \$ (passant de 2 311 \$ à 2 589 \$). Des analyses plus poussées dans la composition des coûts de surveillance annuels totaux ont permis de démontrer que les hausses et les écarts sont principalement dus aux services offerts bénévolement par les proches. Les proportions de participants bénéficiant de surveillance bénévole sont significativement ($p < 0,01$) plus importantes dans la région de comparaison au cours des trois premières années. Ceci concorde avec des proportions plus importantes de participants de la région de comparaison vivant dans des milieux de vie individuels (65 % comparé à 77 % à T0, voir tableau 13 et figure 6), donc susceptibles de bénéficier de ce type de services. Lorsque les milieux de vie se sont équilibrés aux alentours de T3 (60 % comparé à 63 %, voir la figure 6) l'écart entre les régions s'est estompé.

Les visites à l'hôpital de jour, au centre de jour et les périodes d'hébergement temporaire en CHSLD (répit) ont aussi été plus nombreuses au cours des années amenant un accroissement des coûts annuels moyens de 262 \$ (passant de 308 \$ à 570 \$) pour la région expérimentale et de 147 \$ (passant de 221 \$ à 368 \$) pour la région de comparaison (voir les tableaux 19 à 21).

L'ensemble des services hospitaliers a aussi contribué à la hausse des coûts annuels totaux moyens d'une façon plus substantielle dans la région de comparaison, 785 \$, que dans la région expérimentale, 305 \$ (voir les tableaux 19 à 21). Soulignons toutefois que les coûts annuels moyens des services hospitaliers ont toujours été plus élevés dans la région expérimentale. Il y avait un écart significatif seulement la première année, alors que le coût annuel moyen de la région expérimentale s'élevait à

3 702 \$ et que celui de la région de comparaison était de 2 626 \$. Raïche *et al.* (2007) ont analysé l'utilisation de l'urgence et les hospitalisations. Leurs résultats pourraient expliquer les différences entre les deux régions. Au cours de la première année, 46 % des participants de la région expérimentale avaient visité l'urgence au moins une fois comparativement à 32 % pour la région de comparaison. Alors que la région expérimentale a connu une certaine stabilité au cours des années suivantes (47 % à 49 %), la région de comparaison a connu un accroissement significatif ($p < 0,01$) (38 % à 52 %) jugé normal pour une population vieillissante. La comparaison intergroupe fait ressortir une différence significative ($p < 0,01$). Soulignons que leurs analyses du nombre annuel moyen de visites n'a pas fait ressortir de différence significative entre les régions pour les quatre années. Ce nombre annuel moyen est resté relativement stable à 2 visites. Quant aux hospitalisations, les résultats ne présentent pas de différence significative quant aux proportions de participants ayant été hospitalisés au moins une fois dans l'année, au nombre moyen d'hospitalisations par année et à la durée moyenne des séjours hospitaliers. Toutefois, les évolutions des proportions de participants ayant eu au moins une hospitalisation dans l'année ressemblent à celles des visites à l'urgence. Ces proportions sont relativement stables dans la région expérimentale et elles s'accroissent de façon significative dans la région de comparaison. Toutefois, la comparaison intergroupe ne présente pas de différence significative.

L'utilisation des consultations et des traitements à domicile ou en clinique a évolué inversement d'une région à l'autre et les coûts annuels moyens sont significativement différents pour les deux dernières années. Dès la première année, la région expérimentale présentait un coût annuel moyen inférieur à celui de la région de comparaison, respectivement 1 671 \$ et 1 820 \$. Ces coûts ont diminué au fil du temps de 328 \$ dans la région expérimentale (voir les tableaux 19 à 21) alors qu'ils se sont accrus de 551 \$ dans la région de comparaison.

Le coût annuel moyen des médicaments prescrits aux participants a connu une croissance nette de 614 \$ (passant de 1 967 \$ à 2 581 \$) dans la région expérimentale et de 564 \$ (passant de 2 136 \$ à 2 700 \$) dans la région de comparaison. Aucune différence significative n'a été détectée entre les régions.

Finalement, dans la région expérimentale, le coût annuel moyen du RISPA a connu une croissance de 189 \$ entre la première et la quatrième année.

Nous pouvons résumer l'analyse des coûts annuels moyens des différents services en concluant que l'utilisation de la plupart des services a connu une hausse entre la première et la quatrième année de l'étude, que l'utilisation de quelques types de services a été significativement différente d'une région à l'autre. Ces résultats confirment les modifications, non ciblées, prévues dans l'utilisation des services par les personnes âgées conséquemment à l'implantation d'un RISPA.

Nous poursuivons avec la modélisation de l'évolution des coûts annuels totaux illustrée à la figure 9 et réalisée à partir des ln. Ces derniers ont augmenté de façon significative ($p < 0,01$) au cours des quatre années dans les deux régions. Par ailleurs, selon le scénario A, l'évolution des coûts annuels totaux de la région expérimentale ne se distingue pas de celle de la région de comparaison ($p = 0,563$).

1.1.1.2 *Le scénario B*

Le scénario B ne tient pas compte des services bénévoles, il regroupe donc seulement les coûts publics et privés. La figure 8 illustre les coûts annuels totaux moyens variant entre 15 901 \$ et 18 832 \$. Nous observons le même comportement que celui du scénario A, des coûts ne présentant pas de différence significative entre les deux régions et une évolution qui se traduit par un accroissement des coûts annuels totaux d'environ 2 000 \$ sur quatre ans pour la région expérimentale et 2 900 \$ pour la région de comparaison.

La composition des coûts annuels totaux, détaillée au tableau 20, présente les mêmes résultats que pour le scénario A pour tous les services non concernés par le bénévolat. Parmi ces derniers, les services de soutien ont été significativement moins utilisés dans la région expérimentale au cours de la troisième année seulement et, entre la première et la quatrième année, leurs coûts annuels moyens ont augmenté de 320 \$ (passant de 3 451 \$ à 3 771 \$) dans cette région pendant qu'ils augmentaient de 559 \$ (passant de 3 414 \$ à 3 973 \$) dans la région de comparaison. Lorsque nous comparons ces résultats avec ceux du scénario A (tableau 19), valorisant les services bénévoles au tarif privé ajusté pour la surveillance, nous constatons que la majeure partie des services de soutien sont assumés par les secteurs public et privé.

Il en va de même pour les soins infirmiers et d'assistance dont les coûts annuels moyens, regroupant le financement public et privé, représentent au plus le tiers des coûts annuels moyens des services de soutien. Ces coûts se sont accrus, dans l'ordre habituel, de 271 \$ et 583 \$ entre la première et la quatrième année de l'étude.

Le dernier service concerné par le bénévolat est la surveillance. Ces services, financés par les secteurs public et privé, sont légèrement moins utilisés dans la région expérimentale que dans la région de comparaison, sans toutefois dégager d'écart significatif. Les coûts annuels moyens s'y rapportant ont évolué en dents de scie dans les deux régions. La région expérimentale présentait un coût moyen de 1 078 \$ la première année et il est tombé à 1 051 \$ la quatrième année. Pour les mêmes années ceux de la région de comparaison se sont situés à 1 131 \$ et 1 353 \$. La comparaison avec les données du scénario A (tableau 19), valorisant la surveillance au taux privé ajusté, permet de constater qu'il en coûte, en moyenne, presque autant en surveillance assumée bénévolement par les proches que celle assumée par les secteurs public et privé réunis.

La modélisation des coûts annuels totaux, réalisée à l'aide des ln à la figure 9, illustre des résultats semblables à ceux du scénario A, des augmentations statistiquement significatives ($p < 0,01$) et aucune différence significative ($p = 0.526$) dans la comparaison des évolutions des deux régions.

1.1.1.3 *Le scénario C*

Le scénario C se distingue du scénario A seulement par une valorisation des services de surveillance bénévole au tarif privé sans ajustement. La figure 8 présente des coûts annuels totaux moyens nettement plus élevés que pour les deux scénarios, ces coûts s'échelonnent entre 23 101 \$ et 29 682 \$. Nous observons une différence statistiquement significative entre les régions pour les années 1 à 3 (en valeurs monétaires les écarts respectifs sont d'environ 3 500 \$, 3 200 \$ et 3 400 \$). C'est la région de comparaison qui présente les coûts totaux moyens les plus élevés.

En comparant les trois scénarios, nous constatons que les services de surveillance bénévole sont responsables de l'importance de ces différences. Le tableau 21 confirme l'importance des écarts quant aux coûts annuels moyens de surveillance, particulièrement au cours des trois premières années. Alors que ces coûts évoluent de 6 977 \$ à 10 732 \$ (augmentation de 3 755 \$) dans la région expérimentale, l'accroissement est moins important dans la région de comparaison passant de 10 964 \$ à 11 656 \$ (augmentation de 692 \$). L'explication élaborée pour le scénario A, basée sur la plus grande proportion de participants vivant en domicile collectif dans la région de comparaison entre T0 et T3, est aussi valable pour le scénario C. L'accroissement des écarts constatés dans le scénario C découle d'un tarif horaire de 100 % comparé à un tarif de 12 % pour le scénario A.

La figure 9 présente les comparaisons intra-groupe et fait ressortir des variations significatives ($p < 0,01$) dans l'évolution des coûts annuels totaux. Quant aux comparaisons annuelles intergroupe, elles présentent des différences

significatives déjà commentées pour les années 1 à 3. Contrairement aux deux autres scénarios, la comparaison des évolutions des deux régions démontre une différence significative ($p < 0,01$). La région expérimentale, dont la valeur est inférieure à l'an 1, présente une pente plus prononcée que la région de comparaison. Toutefois, à l'an 4, la région expérimentale présente toujours des coûts totaux moyens inférieurs à ceux de la région de comparaison, sans pour autant faire ressortir de différence significative.

1.1.1.4 *La synthèse des résultats concernant les coûts annuels totaux*

Cette synthèse nous permet d'étayer la conclusion que le RISPA n'a pas eu d'effet sur les coûts annuels totaux des services offerts aux personnes âgées. Cette conclusion est basée sur des coûts relativement équivalents ayant évolué dans la même mesure pour les scénarios A et B. Quant au scénario C, les écarts constatés sont expliqués par une différence significative dans les milieux de vie des participants des deux régions. Cette différence dans les milieux de vie s'est estompée à la quatrième année qui présente des coûts totaux équivalents dans les deux régions.

Le RISPA de type coordination ayant généré un coût équivalent au SNI, nous retenons la sous-hypothèse 1A (les RISPA de type coordination génèrent un coût équivalent et des effets supérieurs à ceux produits par les SNI) pour la poursuite de la vérification de cette première hypothèse. Avant de poursuivre, nous comparons ces résultats à ceux de la littérature.

1.1.1.5 *La comparaison avec la littérature*

Dans la littérature, à notre connaissance, aucune autre étude portant sur un RISPA n'a adopté une approche sociétale dans la réalisation de son analyse économique. La plupart des auteurs dont les résultats sont résumés au tableau 6 ont étudié séparément les coûts publics et les coûts privés. Nous les comparerons à nos

résultats dans la sous-section 1.3. Les deux études qui font exception en ayant agrégé les coûts publics et privés, arrivent à des résultats contradictoires, d'une part, une réduction de ces coûts (Eng *et al.*, 1997) et, d'autre part, une hausse (Newcomer *et al.*, 1995). Toutefois, ces études n'ont pas considéré un aussi grand nombre de catégories de dépenses, ils se sont concentrés surtout sur les coûts d'hébergement en CHSLD, les coûts médicaux et de coordination.

Parmi les lois de l'intégration décrites par Leutz (1999), la deuxième stipule que l'intégration génère des coûts avant de rapporter. Sur le plan des coûts, cet auteur identifie trois grandes catégories, a) les frais liés à la formation du personnel et aux systèmes de support, b) le coût des services rendus et c) les coûts d'implantation. Nous avons considéré ces trois catégories, la première et la troisième font partie des coûts du RISPA décrits à la sous-section 4.2.1 du troisième chapitre et la deuxième catégorie est illustrée dans la comparaison de tous les services reçus, au cours de l'étude, par les participants des deux régions. Toujours selon Leutz, la gestion de cas est la composante la plus coûteuse de l'intégration, dans les années 1986 à 1992, elle pouvait atteindre de 100 \$US à 150 \$US par mois par personne et même plus lorsqu'il est question des expérimentations de PACE. Selon les données de notre étude, présentées à l'annexe I, le coût mensuel moyen par personne bénéficiant de la gestion de cas et du DCI est d'environ 175 \$ de 2002 (coûts quotidiens de 4,72 \$ à 6,75 \$) pour l'année terminée le 31 mars 2005. Ce montant est comparable considérant les écarts dans les devises, dans les dates et l'inclusion des frais liés au DCI dans nos données.

Sur le plan des économies annoncées dans sa deuxième loi de l'intégration, Leutz les situent au niveau de l'espoir de rendement, stipulant qu'il est nécessaire d'engager des coûts pour réussir l'intégration. Tel que mentionné dans le chapitre du cadre opératoire, sous-section 4.2.1, nous n'avons pas identifié de source précise d'économie liée au gain de productivité potentiel, allégeant que ce gain était plutôt réinvesti dans la qualité de la relation avec les personnes âgées. Toutefois,

considérant les résultats de notre étude, nous pouvons considérer que le RISPA a produit des économies sur le plan des services rendus et que ces économies ont permis de compenser les coûts générés par le RISPA, puisque nous avons constaté des coûts annuels totaux équivalents à ceux de la région de comparaison.

1.1.2 *L'effet sur le niveau d'autonomie fonctionnelle*

Soulignons qu'en fonction de la sous-hypothèse 1A, confirmée quant à sa partie coût, pour que le RISPA soit efficient, il doit produire un effet supérieur à celui du SNI. Les évolutions des niveaux d'autonomie fonctionnelle comparés à l'annexe L ne présentent aucune différence significative. Nous en concluons que, ayant produit des résultats équivalents quant au niveau d'autonomie fonctionnelle des personnes âgées, le RISPA de type coordination ne permet pas une utilisation plus efficiente des ressources tout en n'entraînant pas une utilisation moins efficiente.

Par ailleurs, le SMAF ayant servi à la mesure du niveau d'autonomie fonctionnelle tient compte des besoins quant aux AVQ, aux AVD, à la mobilité, aux communications et aux fonctions mentales. Les études des Bois-Francis (Durand *et al.*, 2001b; Tourigny *et al.*, 2004b) et du SIPA (Béland *et al.*, 2004,2006) ayant utilisé le même instrument de mesure ont aussi constaté des évolutions équivalentes dans les régions expérimentale et de comparaison (ou témoin) quant au niveau d'autonomie fonctionnelle. Des études ayant limité la mesure de l'autonomie fonctionnelle aux incapacités quant aux AVQ (Kemper *et al.*, 1986), aux AVQ et aux AVD (Bernabei *et al.*, 1998) ou aux AVQ, AVD et aux incapacités visuelles et auditives (Chatterji *et al.*, 1998) avaient toutefois constaté une amélioration de l'autonomie fonctionnelle sur une période de six à douze mois.

1.1.3 *L'effet sur le déclin fonctionnel*

Le déclin fonctionnel permet d'étudier l'autonomie fonctionnelle sous un autre angle en combinant une réduction significative du niveau d'autonomie fonctionnelle (5 points) au fait d'être institutionnalisé ou décédé. Considérant une prévalence et une incidence du déclin fonctionnel plus faible dans la région expérimentale, démontrée à la sous-section 3.5 du chapitre précédent, le RISPA de type coordination permet une utilisation plus efficace des ressources.

À notre connaissance, seule une autre étude s'est intéressée au déclin fonctionnel et les résultats sont peu concluants, la prévalence du déclin étant significativement inférieure dans la région expérimentale pour la première année d'une étude de trois ans (Durand *et al.*, 2001b; Tourigny *et al.*, 2004b).

Les trois variables qui composent la mesure du déclin fonctionnel ont été étudiées séparément dans la littérature. Nos résultats montrent des taux de mortalité équivalents (courbes de survie de la figure 7; prévalence illustrée à l'annexe M) tout comme d'autres auteurs ayant étudié des RISPA (Bernabei *et al.*, 1998; Durand *et al.*, 2001b; Johri *et al.*, 2003; Tourigny *et al.*, 2004b). Pour l'institutionnalisation, nos résultats présentent aussi une équivalence entre les deux régions, ce qui est cohérent avec les études portant sur SIPA de Béland *et al.* (2004, 2006) et portant sur Channeling de Kemper *et al.* (1986). Pour l'expérimentation dans les Bois-Francs, Durand *et al.* (2001b) et Tourigny *et al.* (2004b) présentent une tendance à la baisse de la probabilité d'hébergement sur trois ans. Pour leur part, Johri *et al.* (2003) soulignent des réductions du taux d'institutionnalisation pour les expérimentations de l'Italie (Rovereto et SNHC) et pour Darlington. À notre connaissance, la réduction significative (perte de 5 points au SMAF) du niveau d'autonomie fonctionnelle n'a pas été retenue isolément pour d'autres recherches portant sur des RISPA.

1.1.4 *L'effet sur la satisfaction des personnes âgées*

À l'annexe L, la figure de l'évolution de la satisfaction des personnes âgées illustre une amélioration significative dans la région expérimentale alors qu'elle s'est légèrement détériorée dans la région de comparaison. L'analyse de croissance confirme un effet favorable significatif produit par le RISPA. Nous en concluons que, concernant la satisfaction des personnes âgées, le RISPA de type coordination permet une utilisation plus efficiente des ressources.

Ces résultats quant à la satisfaction des personnes âgées sont cohérents par rapport aux résultats d'autres études évaluatives portant sur des RISPA, notamment celles de Challis *et al.* (1991*b*), Kemper *et al.* (1986) et Pinnel Beaulne Associates Ltd (1998). D'autres présentent des résultats significativement positifs au cours de la première année d'étude sur trois ans (Durand *et al.*, 2001*b*) ou de la première année sur deux (Béland *et al.*, 2001; Chatterji *et al.*, 1998).

La mesure globale de satisfaction face aux services de santé a été décomposée en trois facteurs (sous-échelles). Hébert *et al.* (2007*c*) présentent les résultats pour les deux facteurs les plus étroitement liés au RISPA, la satisfaction quant à la prestation des services et la satisfaction quant à l'organisation des services. Pour ces deux éléments, les résultats sont cohérents par rapport à ceux de la satisfaction globale. Soulignons que la satisfaction quant à la prestation des services s'est améliorée significativement dans la région expérimentale sur les quatre années, alors qu'elle a diminué significativement dans la région de comparaison. La satisfaction quant à l'organisation était similaire au début de l'étude dans les deux régions, elle s'est améliorée significativement dans la région expérimentale tandis qu'elle restait stable dans la région de comparaison.

1.1.5 *L'effet sur l'autonomisation des personnes âgées*

La comparaison des évolutions dans l'autonomisation, décrite à la sous-section 3.3 du chapitre précédent, illustre aussi une amélioration dans la région expérimentale et une détérioration dans la région de comparaison. Ces évolutions sont significativement différentes. Alors, au regard de l'autonomisation, le RISPA de type coordination permet une utilisation plus efficiente des ressources.

Deux sous-échelles analysées par Hébert *et al.* (2007c) présentent aussi des évolutions significativement différentes d'une région à l'autre. Sur le plan du niveau de contrôle, les résultats sont très semblables à ceux illustrés à l'annexe L pour la mesure globale d'autonomisation, alors que pour l'implication dans la décision, les deux régions commencent avec le même score, mais la baisse dans la région de comparaison est beaucoup plus prononcée avant une légère reprise amorcée à T3. Pour les deux dernières années de l'étude, moment où le RISPA a atteint un degré d'implantation intéressant, des différences significatives à la faveur de la région expérimentale sont observées.

Dans les Bois-Francs, l'étude du niveau de contrôle sur les services a fait ressortir des écarts significatifs à la faveur de la région expérimentale pour la première des trois années de l'étude (Durand *et al.*, 2001b; Tourigny *et al.*, 2004b).

1.1.6 *L'effet sur les besoins non comblés*

Les résultats de l'analyse de croissance, illustrée à la figure 10, démontrent une réduction significative des besoins non comblés dans la région expérimentale et un accroissement significatif de ceux-ci dans la région de comparaison. Par ailleurs, Hébert *et al.* (2009) relèvent une prévalence de besoins non comblés significativement ($p < 0,01$) inférieure dans la région expérimentale de 314 cas par 1 000 personnes au cours de la quatrième année de l'étude. Tous ces résultats

appuient la conclusion que le RISPA de type coordination permet une utilisation plus efficiente des ressources au regard des besoins non comblés.

Soulignons que ces résultats sont cohérents avec l'expérimentation Channeling. Kemper *et al.* (1986) ont démontré une réduction significative des besoins non comblés, cette réduction était en moyenne de 0,2 sur un total de quatre besoins potentiellement non comblés.

1.1.7 *L'effet sur le fonctionnement social*

Une détérioration du fonctionnement social plus prononcée dans la région expérimentale, démontrée à la figure 11, nous pousse à conclure que le RISPA de type coordination entraîne une utilisation moins efficiente des ressources. Cependant, deux informations, non disponibles, auraient permis de mieux étayer notre conclusion sur ce sujet. Nous ne disposons pas de résultats pour l'année de base, T0 à T1, alors que le degré d'implantation du RISPA était faible. S'il existait déjà des écarts significatifs entre les deux régions au cours de cette année, notre conclusion n'aurait peut-être pas été la même. Finalement, l'instrument de mesure, le SMAF social, est assez récent et aucun seuil de signification clinique n'a encore été établi limitant ainsi notre capacité de juger de l'importance des écarts identifiés dans la comparaison statistique des résultats de chaque région.

Parmi les études portant sur les RISPA, seuls Chatterji *et al.* (1998) se sont intéressés au fonctionnement social. En se basant sur le nombre de personnes âgées participant à au moins une activité sociale par semaine, ils ont démontré que les participants de PACE avaient un fonctionnement social significativement plus élevé.

1.1.8 *L'effet sur le fardeau des aidants*

La modélisation de l'évolution des scores de fardeau perçu par l'aidant, que nous trouvons à l'annexe L, met en relief un accroissement significatif de cette mesure dans la région expérimentale. La région de comparaison connaît, quant à elle, un accroissement qui tend vers la significativité statistique ($p=0,098$). La comparaison intergroupe qualifie les évolutions comme significativement différentes, la hausse du score étant plus prononcée dans la région expérimentale.

Hébert *et al.* (2007c) ont étudié le désir d'institutionnaliser de l'aidant, une variable qui, logiquement, devrait aller de pair avec le fardeau perçu par les aidants. Cette nouvelle variable dichotomique regroupe toutes les situations qui permettent de témoigner de ce désir, c'est-à-dire que l'aidant en a parlé à quelqu'un, il a visité un centre d'accueil ou une institution, il a fait une demande de placement ou a placé son proche. Ces auteurs ont démontré que le désir d'institutionnaliser de l'aidant est de plus en plus ressenti par les aidants au fil du temps, il s'agit d'un accroissement significatif équivalent dans les deux régions.

Vu cette apparente incohérence, ces auteurs ont fait quelques analyses plus approfondies concernant les écarts significatifs identifiés entre les régions au sujet du fardeau des aidants à T0 et de son évolution. Les résultats de ces analyses supplémentaires expliquent ces écarts par le score moyen plus faible (15,1) des participants vivant en domicile individuel dans la région expérimentale, que ceux qui vivaient en domicile collectif dont le score moyen de 18,7 est équivalent à celui de l'ensemble des participants de la région de comparaison. Par la suite, les scores de ces participants expérimentaux vivant en domicile individuel au début de l'étude se sont accrus plus rapidement que ceux des autres participants. Hébert *et al.* (2007c) suggèrent qu'il s'agit d'une régression vers la moyenne, une tendance pour un résultat s'écartant de la moyenne de s'en rapprocher par la suite. Ils suggèrent aussi de regarder les résultats des analyses de croissance du fardeau des aidants, déjà

discutés, avec ceux des analyses de croissance des besoins non comblés. Ces résultats, commentés à la section 1.1.6 et illustrés à la figure 10, sont cohérents par rapport à ceux du fardeau des aidants. Les besoins non comblés ont diminué significativement dans la région expérimentale au cours de l'étude. Pour mieux combler les besoins des personnes âgées, il est possible que les aidants aient offert plus d'aide et qu'ainsi leur fardeau ait augmenté.

En résumé, le RISPA aurait encouragé les aidants à fournir plus de soins et services aux personnes âgées ayant pour effet de réduire les besoins non comblés de leur proche et d'accroître leur fardeau perçu. Toutefois, cet accroissement du fardeau semble avoir été assez bien vécu par les aidants qui n'ont pas davantage ressenti le désir de faire institutionnaliser leur proche. Nous sommes donc portés à conclure que, considérant le fardeau des aidants, le RISPA n'a pas permis d'utiliser les ressources de façon plus efficiente. Précisons, à l'instar de Hébert *et al.* (2007c), que le RISPA ne comportait pas d'intervention spécifique sur le fardeau.

Parmi les études consultées portant sur l'évaluation de RISPA, deux ont fait ressortir des réductions du fardeau des aidants : une réduction non significative pour les deux premières de trois années d'étude (Tourigny *et al.* 2004b); une réduction significative sur une période de six mois (Challis *et al.* 1991b).

1.1.9 *La synthèse quant à la vérification de l'hypothèse 1*

En s'inspirant du cadre de référence de l'efficience d'un RISPA (figure 5), la comparaison des coûts totaux des deux régions nous permet de situer la suite de l'analyse à la ligne du centre illustrant des coûts équivalents. Nous retenons ainsi la sous-hypothèse 1A qui précise que les effets doivent être supérieurs pour que nous puissions conclure à l'efficience du RISPA. Les trois situations possibles quant aux effets sont présentées dans le tableau 28 qui illustre une synthèse des résultats en regard de chacune des sept variables d'effet pour les personnes âgées ou leurs aidants.

L'hypothèse 1 est donc avérée pour quatre effets pour les personnes âgées : le déclin fonctionnel, la satisfaction, l'autonomisation et les besoins non comblés.

Tableau 28
La synthèse des sept mesures d'efficience d'un RISPA

		E F F E T		
		-	=	+
C O Û = T	Moins efficient	• fonctionnement social • fardeau des aidants	• niveau d'autonomie fonctionnelle	• déclin fonctionnel • satisfaction • autonomisation • besoins non comblés
	Plus efficient			

Soulignons que le degré de mise en œuvre du RISPA étudié n'avait pas atteint 100 %. Lors de la dernière mesure, aux environs de T3, il avait atteint entre 69 % et 85 %. Bien que nous n'ayons pas été en mesure de compiler le degré de mise en œuvre du RISPA à T4, nous savons que l'implantation n'était pas complète au moins pour la gestion de cas qui se situait toujours autour de 80 %. De plus, la région de comparaison pourrait n'être pas tout à fait la situation de statu quo, tel qu'expliqué à la section 2 du troisième chapitre. Il n'est pas possible d'extrapoler les résultats obtenus quant à l'efficience du RISPA, mais il serait logique qu'un RISPA implanté à 100 % soit encore plus efficient que celui que nous avons étudié.

Notre recension des écrits a fait ressortir quelques études ayant inspiré une conclusion positive quant à l'efficience des RISPA. Béland *et al.* (2001) et Bergman, (2002) ont observé des coûts publics et privés équivalents tout en constatant une amélioration de la satisfaction quant à la qualité des services (cohérent avec notre étude, voir tableau 28). Challis *et al.* (1991b) ont démontré une réduction des coûts

publics et quelques améliorations quant au moral et à la satisfaction des personnes âgées ainsi qu'une réduction significative du fardeau des aidants. Toutefois, notre recherche n'a pas démontré l'efficacité quant au fardeau des aidants.

Contrairement aux recherches antérieures, les mesures de coûts de notre recherche sont basées sur une approche sociétale. C'est pourquoi, la deuxième hypothèse s'impose. Elle fournit des mesures supplémentaires de l'efficacité d'un RISPA afin de vérifier si l'efficacité a pu être obtenue au détriment d'une source de financement.

1.2 **La substitution parmi les sources de financement**

Rappelons que la deuxième hypothèse précise que le RISPA ne cause pas de substitution parmi les sources de financement en tablant sur l'absence d'effet sur la composition publique, privée et bénévole du coût total. La composition, analysée à partir des proportions que représentent chacune des sources de financement sur le coût annuel total de chaque participant, a été analysée à l'aide des modèles de croissance pour chacun des trois scénarios.

1.2.1 *Le scénario A*

Le scénario A inclut une valorisation des services bénévoles basée sur un tarif privé ajusté pour la surveillance. La figure 12 fait ressortir une faible augmentation de la proportion moyenne des coûts publics passant de 31 % à 34 % dans la région expérimentale et de 29 % à 33 % dans la région de comparaison. L'analyse de croissance, illustrée à la figure 13, relève des accroissements significatifs ($p < 0,01$) de cette proportion dans les deux régions. La comparaison intergroupe des évolutions dans les proportions de coûts publics ne présente aucune différence significative.

Quant aux proportions moyennes des coûts privés, la figure 12 fait ressortir de faibles diminutions pour la région expérimentale, passant de 61 % à 55 %, et pour la région de comparaison, de 59 % à 57 %. Par ailleurs, les analyses de croissance, illustrées à la figure 14, confirment ces diminutions significatives ($p < 0,01$) pour les deux régions. La comparaison intergroupe des évolutions dans les proportions de coûts privés ne fait ressortir aucune différence significative.

Pour les proportions de services bénévoles, la figure 12 illustre des tendances opposées pour les deux régions à l'étude. Dans la région expérimentale, nous observons une croissance progressive de ces proportions passant de 8 % à 11 %. Dans la région de comparaison, une diminution par palier est observée, la proportion moyenne était de 12 % pour les deux premières années, puis de 10 % pour les deux dernières. Ces résultats sont cohérents avec la plus grande proportion de participants de la région de comparaison vivant en domicile individuel au début de l'étude (figure 6), alors que c'est dans ce type de milieu de vie que le participant est susceptible d'obtenir des services bénévoles selon notre méthode de valorisation des services bénévoles. Nous ne disposons pas d'analyse de croissance pour cette variable dû au nombre élevé de participants n'ayant pas bénéficié de services bénévoles. Toutefois, les analyses de croissance des mesures complémentaires de proportions (coûts publics et privés) ne font ressortir aucune différence significative dans la comparaison des évolutions des deux régions.

En résumé, selon le scénario A de valorisation des services bénévoles, aucune variation dans la composition des coûts annuels totaux ne pourrait être associée au RISPA.

1.2.2 *Le scénario B*

Le scénario B retient seulement les financements public et privé. Les proportions moyennes varient faiblement de façon très semblable dans les deux

régions, voir la figure 12. Nous observons une légère augmentation des proportions moyennes de coûts publics (passant de 34 % à 38 % dans la région expérimentale et de 32 % à 37 % dans la région de comparaison) et une réduction équivalente des proportions moyennes de coûts privés.

Dans les figures 13 et 14, les analyses de croissance font ressortir des évolutions significatives ($p < 0,01$) dans les deux régions. Nous ne relevons aucune différence significative dans la comparaison intergroupe. Ceci nous amène à la conclusion que, selon le scénario B de valorisation des services bénévoles, aucune variation dans la composition des coûts totaux ne pourrait être associée au RISPA.

1.2.3 *Le scénario C*

Le scénario C qui valorise tous les services bénévoles au tarif privé, sans ajustement, amplifie les différences entre les deux régions (voir la figure 12) et une partie de cette différence est expliquée par le nombre plus important de participants de la région de comparaison qui étaient susceptibles d'avoir recours aux services bénévoles (résidents en milieu de vie individuel) au cours des premières années.

Dans la figure 12, nous observons une certaine stabilité des proportions moyennes de coûts publics dans la région expérimentale, entre 27 % et 28 %, alors qu'il s'agit d'une faible augmentation dans la région de comparaison, entre 23 % et 26 %. La modélisation servant aux analyses de croissance présente des écarts significatifs au cours des trois premières années ($p < 0,01$ et $p < 0,05$) entre les régions et met en lumière des accroissements significatifs ($p < 0,01$) dans les deux régions au cours des quatre années. Malgré ces écarts, la comparaison intergroupe des évolutions de proportions de coûts publics ne fait pas ressortir de différence significative.

Quant aux proportions moyennes de coûts privés, figure 12, elles sont en décroissance dans la région expérimentale, passant de 52 % à 42 %, tandis que la

décroissance est moins importante dans la région de comparaison, passant de 44 % à 42 %. Dans les analyses de croissance de la figure 14, la modélisation fait ressortir une réduction significative ($p < 0,01$) de ces proportions et cette réduction est significativement ($p < 0,01$) plus prononcée dans la région expérimentale. Il y a aussi des différences significatives ($p < 0,01$) entre les régions pour les trois premières années.

Quant aux proportions moyennes de coûts bénévoles, figure 12, elles passent de 21 % à 30 % dans la région expérimentale, alors que dans la région de comparaison ces proportions sont relativement stables (33 %, 32 %). Tel que mentionné précédemment, un nombre plus élevé de participants susceptibles de bénéficier de services bénévoles dans la région de comparaison, lors des mesures T0 à T2 (figure 6), pourrait expliquer ces différences. L'observation de la figure 12, proportions moyennes, et de la figure 14, modélisation des proportions de coûts privés, suggère que la hausse (9 %) des coûts bénévoles aurait été compensée par une réduction des coûts privés dans la région expérimentale.

En résumé, nous observons une substitution de services privés par des services bénévoles. Cependant, une partie de cette substitution est attribuable au déséquilibre des échantillons des premières années. C'est pourquoi, sur la foi des proportions de coûts relativement équivalentes dans les deux régions pour la quatrième année, nous concluons que, selon le scénario C de valorisation des services bénévoles, aucune variation dans la composition des coûts totaux ne pourrait être associée au RISPA.

1.2.4 *La synthèse des résultats concernant la substitution des sources de financement*

La synthèse des résultats relatifs aux trois scénarios étudiés appuie l'absence d'effet du RISPA sur la composition publique, privée et bénévole des coûts totaux. La deuxième hypothèse est donc avérée.

1.3 **La variation dans les services publics institutionnels**

Le nombre important de participants qui n'ont pas obtenu de services publics institutionnels nous prive de l'analyse de croissance qui est une analyse statistique très utile pour comparer l'évolution d'une variable. À la figure 15, nous observons une différence significative dans le pourcentage d'utilisateurs de ce type de services pour la première année de l'étude. L'écart se situe à 13 %. Par la suite, les proportions d'utilisateurs dans chacune des régions sont relativement équivalentes. Raïche *et al.* (2007) fournissent une explication à cet écart. Ils ont étudié le pourcentage de participants ayant fait au moins une visite à l'urgence dans chacune des années et, au cours de la première année, 14 % plus de participants de la région expérimentale avait fréquenté l'urgence au moins une fois, l'écart baisse à 9 % au cours de la deuxième année, puis les pourcentages sont équivalents pour les deux dernières années.

Ces auteurs, en observant les courbes d'utilisateurs de l'urgence, considèrent que les résultats de la région de comparaison correspondent à l'évolution attendue, vu l'âge des participants. Le pourcentage d'utilisateurs croît progressivement, passant de 32 % à 52 % sur quatre ans. Tandis que ce pourcentage est relativement stable dans la région expérimentale, passant de 46 % à 49 % sur la même période. Selon eux, le RISPA aurait permis de corriger une utilisation abusive de l'urgence. Au départ, elle semblait servir de porte d'entrée dans le réseau. La création de la porte d'entrée unique aura fourni une solution plus appropriée pour les personnes âgées.

Une autre partie importante des services publics institutionnels est l'hospitalisation, Raïche et al. (2007) n'ont pas identifié de différence significative dans les pourcentages de personnes hospitalisées dans les deux régions pour toute la durée de l'étude.

Nous avons choisi de comparer les coûts annuels totaux à partir de tests t menés sur des moyennes établies en considérant tous les participants. Cette façon de faire permet de tenir compte simultanément des pourcentages d'usagers ainsi que de l'importance des coûts dans l'ensemble, voir la figure 16. Nous observons une différence significative ($p < 0,05$) au cours de la première année. Cette différence est en partie expliquée par l'utilisation de l'urgence discutée plus haut. Considérant les deux dernières années, moment où le RISPA était implanté à plus de 70 %, les coûts annuels totaux moyens sont relativement équivalents dans les deux régions. Sur la foi de ces résultats, nous concluons que le RISPA n'a pas d'effet sur l'utilisation ni sur les coûts des services publics institutionnels. Ainsi, la troisième hypothèse n'est pas avérée.

Ces résultats vont à l'encontre de toutes les études évaluatives de RISPA portant sur les hospitalisations, car Béland *et al.* (2004, 2006), Bernabei *et al.* (1998), Eng *et al.* (1997), Landi *et al.* (1999b, 2001), Newcomer *et al.* (1995), Pinnel Beaulne Associates Ltd (1998) ont tous observé une réduction de l'hospitalisation pour des périodes de 12 à 24 mois. Les services institutionnels comprennent aussi les frais d'hébergement en CHSLD. Nous avons constaté, lors de l'étude de la prévalence du déclin fonctionnel à l'annexe M, que le RISPA n'avait pas eu d'effet sur l'utilisation de l'hébergement en CHSLD. Toutefois, quelques études (Béland *et al.*, 2004, 2006; Bernabei *et al.*, 1998; Durand *et al.*, 2001a) font ressortir une réduction dans cette utilisation, alors que Newcomer *et al.* (1995) ont démontré le contraire.

La moyenne de l'ensemble des coûts publics institutionnels compilée dans les années 1998 à 2001 (22 mois) par Béland *et al.* (2004, 2006) s'élève, lorsqu'elle est

ramenée sur une période de douze mois, à 15 000 \$ pour le groupe témoin et 13 000 \$ pour le groupe expérimental. Pour notre étude, compilée en dollars de 2002, les coûts annuels publics institutionnels moyens (figure 16) se situent aux alentours de 3 000 \$ à 5 000 \$. L'écart important entre ces résultats peut être attribué à la différence entre les critères d'échantillonnage. Les personnes âgées recrutées pour la démonstration SIPA étaient en perte d'autonomie et admises à des programmes de services à domicile du CLSC, alors que notre étude a été réalisée avec un échantillon populationnel de personnes âgées à risque de perte d'autonomie.

1.4 La variation dans les services publics de proximité

La comparaison des coûts annuels totaux des services publics de proximité, à l'aide de l'analyse de croissance du tableau 27 et de la figure 17, fournit des résultats non équivoques. Ces coûts s'accroissent significativement ($p < 0,01$) au cours des quatre années de l'étude de façon équivalente dans les deux régions. Le RISPA n'ayant pas d'effet sur l'utilisation ni sur les coûts annuels totaux des services publics de proximité, la quatrième hypothèse n'est pas avérée.

La plupart des études évaluatives portant sur des RISPA avaient constaté des hausses dans les coûts des services de proximité ou des services à domicile (Béland *et al.*, 2004, 2006; Corson *et al.*, 1986; Newcomer *et al.*, 1995; Pinnel Beaulne Associates Ltd, 1998). Seuls Bernabei *et al.* (1998) avaient démontré des baisses dans les coûts publics de proximité.

Les coûts équivalents des services publics de proximité, que nous avons constatés, pourraient être expliqués par l'absence de nouvelles allocations budgétaires pour ces types de services durant notre étude (Hébert *et al.* 2007c). Ceci n'est pas le cas de l'expérimentation SIPA qui s'était vue allouer un budget 1,5 fois plus important que les autres CLSC pour son programme de services à domicile (Béland *et al.*, 2004). Parmi les résultats de cette expérimentation, la moyenne des coûts des

services de proximité, ramenée sur une période d'un an, est d'environ 5 000 \$ pour la région témoin et 7 000 \$ pour la région expérimentale (Béland et al., 2004, 2006). Dans notre étude, ces coûts annuels moyens s'échelonnent entre 3 000 \$ et 4 500 \$. Les différences entre ces résultats sont attribuables aux écarts quant à la disponibilité des ressources soulignés ci-haut, quant aux critères d'échantillonnage tel que précisé à la sous-section précédente et quant aux types de consultations évaluées. Pour SIPA, seules les consultations auprès d'omnipraticiens en cabinet ont été considérées, alors que nous avons compilé le coût de consultations, à domicile ou en cabinet, effectuées par un ensemble de professionnels de la santé (voir le tableau 12).

2. LA CONTRIBUTION ET LES DÉVELOPPEMENTS FUTURS

La contribution de la recherche est étayée à la première sous-section. Par la suite, nous proposons des développements futurs en deux grandes catégories, les développements dans le cadre du PRISMA-Estrie et les autres développements.

2.1 La contribution de la recherche

La principale contribution de notre recherche est d'avoir démontré que le RISPA de type coordination permet une utilisation plus efficiente des ressources publiques, privées et bénévoles. Cette plus grande efficacité est atteinte grâce à des coûts équivalents et des effets supérieurs en termes de déclin fonctionnel, de satisfaction, d'autonomisation et de besoins non comblés des personnes âgées (sous-hypothèse 1A). De plus, cette amélioration de l'efficacité n'est pas obtenue au détriment d'une source de financement en particulier (hypothèse 2). Le RISPA de type coordination, implanté sans modification importante dans les allocations budgétaires, n'a pas d'effet sur l'utilisation et les coûts des services publics institutionnels (hypothèse 3) ni des services publics de proximité (hypothèse 4).

Soulignons que, n'ayant identifié aucun effet attribuable au RISPA sur le niveau d'autonomie fonctionnelle, le taux de mortalité et l'institutionnalisation, nous avons aussi démontré, qu'au regard de ces éléments, le RISPA permet une utilisation autant efficiente des ressources publiques, privées et bénévoles.

Bien que l'intégration des services soit vue par plusieurs comme un moyen logique d'améliorer l'efficience des SSSS, un récent rapport de l'OCDE (Hofmarcher, Oxley et Rusticelli, 2007) fait état du peu d'évidence quant à l'amélioration de l'efficience produite par une meilleure coordination des soins. Les études des États-Unis, du Royaume-Uni et de l'Allemagne, auxquelles ces auteurs réfèrent, sont basées sur de trop faibles échantillons et sont trop limitées quant aux catégories de dépenses évaluées pour permettre la généralisation des résultats.

Nous croyons que l'étude du PRISMA-Estrie est la plus importante recherche portant sur les RISPA en termes d'échantillon (1 501 personnes âgées, 1 170 aidants) et en termes de durée (quatre ans), car Pahor (2006) présente l'étude du SIPA, décrite par Béland *et al.* (2006), comme la plus importante avec un échantillon de 1 309 personnes âgées et une durée de 22 mois. Par ailleurs, Pahor (2006) et Reuben (2006) soulignent l'importance de mesurer plusieurs effets qui sont pertinents pour la population, les personnes âgées et les aidants, afin d'être en mesure de bien apprécier les études d'impact portant sur les coûts et l'utilisation des services. Nous avons étudié six effets pour les personnes âgées et un pour les aidants afin d'être en mesure de faire une analyse économique la plus complète possible pour étudier l'efficience.

En plus d'avoir étudié un bon nombre d'effets intéressants pour la population, notre recherche peut être qualifiée de multi-centre (3 MRC de natures différentes) tel que requis selon Reuben (2006). L'approche populationnelle, à la base du recrutement des participants, permet au PRISMA-Estrie de se distinguer des autres études portant sur des RISPA. Grâce à cette approche, nous avons étudié l'efficacité réelle (*effectiveness*) des RISPA, alors que les autres études consultées étaient

limitées à l'efficacité théorique (*efficacy*) avec des échantillons de personnes déjà inscrites à des programmes.

Par ailleurs, nous avons mesuré un grand nombre de catégories de dépenses afin de cerner toutes celles qui pouvaient être affectées par le RISPA. De plus, à notre connaissance, c'est la première étude portant sur des RISPA réalisée avec l'approche sociétale pour l'évaluation des coûts. Nos résultats fournissent suffisamment d'évidences aux responsables de l'établissement des politiques en santé pour justifier l'amorce ou la poursuite des démarches d'intégration des services.

Les résultats de notre recherche fournissent une réponse aux demandes d'information exprimées par les nombreuses parties intéressées au chapitre de la problématique. Ces demandes convergent vers l'efficacité et l'efficacités des programmes de santé. L'efficacité de production d'un RISPA de type coordination concernant les résultats finaux pour les personnes âgées a été démontrée. La population peut être rassurée quant à une bonne utilisation des fonds publics et le MSSS obtient la confirmation que l'intégration des services est une orientation pertinente. Les acteurs du SSSS sont à même de constater que le temps et l'énergie qu'ils investissent dans les RISPA peuvent produire des effets positifs pour les personnes âgées, ce qui constitue un facteur de motivation important.

2.2 Les développements futurs dans le cadre du PRISMA-Estrie

Dans notre étude, nous avons comparé deux groupes identifiés comme régions expérimentale et de comparaison. Chacun des groupes est composé de trois sous-groupes, des MRC, possédant leurs caractéristiques propres, voir le tableau 8. L'analyse de l'efficacité dans chacun de ces sous-groupes serait intéressante. Elle est sûrement souhaitée par les acteurs des RISPA de ces MRC. Il faudra toutefois solutionner deux problèmes, l'interdépendance statistique existant entre les membres

d'un sous-groupe (Bravo *et al.*, 2008) et des échantillons de taille plus restreinte limitant la puissance de certaines analyses statistiques.

Les comparaisons des coûts annuels par catégorie de services (tableaux 19 à 21) font ressortir quelques écarts significatifs. Il serait intéressant de combiner les données d'utilisation des différents services à celles qui proviennent d'études d'impact réalisées par des chercheurs du PRISMA auprès des gestionnaires et des intervenants du RISPA de Estrie. Ces recoupements, ainsi que certaines analyses plus poussées, serviraient à identifier les modifications produites par le RISPA sur les catégories et les quantités de services fournis aux personnes âgées.

Les nombreuses données quant aux coûts détaillés des multiples services offerts aux personnes âgées, aux utilisations de ces services sur une période de quatre ans, aux caractéristiques des personnes âgées et de leurs aidants, pourraient servir à l'étude des facteurs qui prédiraient les coûts des services aux personnes âgées.

Ces mêmes données seraient aussi très utiles afin d'étudier les coûts des services reçus par les personnes âgées en fonction de leur profil d'autonomie fonctionnelle et de leur type de milieu de vie.

Étant donné que le RISPA pouvait avoir un effet sur l'utilisation d'un grand nombre de services, nous avons tenté de compiler le coût de tous les services pouvant être affectés par les modifications dans les services utilisés. La compilation des quantités de services utilisés ainsi que des coûts unitaires de ces multiples services a engendré une tâche assez considérable. Maintenant que nous disposons de l'ensemble de ces données, il serait possible d'identifier les services qui entraînent des coûts significatifs afin d'alléger le travail de compilation sous-jacent à l'évaluation de l'efficacité d'un RISPA. Ceci pourrait favoriser la réplique de notre étude.

2.3 Les autres développements futurs

Sur le plan de la réplication, il serait particulièrement intéressant de refaire l'étude pour un RISPA dans une zone métropolitaine, car nous n'avons pas inclus ce type de territoire à notre étude. La réplication pourrait aussi être envisagée dans d'autres régions du Québec, car le RISPA étudié est conforme aux orientations prescrites par le MSSS. Pour ce qui est des autres provinces canadiennes ou d'autres pays, puisque la majorité des meilleures pratiques en intégration des services sociaux et de santé se retrouve parmi les composantes du RISPA de l'Estrie, la réplication serait possible. Avec le développement des réseaux locaux de services mis de l'avant par le MSSS (MSSS, 2004*a,c*), notre étude pourrait être répliquée pour différents réseaux de services visant des clientèles autres que les personnes âgées.

Si les intentions des gouvernements quant à l'informatisation de dossiers uniques partageables pouvaient se concrétiser, ceci favoriserait grandement l'établissement de mesures d'efficience inspiré par notre recherche.

Finalement, les données concernant les coûts d'implantation et de fonctionnement du RISPA que nous avons compilées à l'intérieur des coûts totaux (voir les tableaux 9 et 10 et l'annexe F) pourraient être utiles pour les responsables du développement de RISPA ou d'autres types de RIS.

3. LES FORCES ET LES FAIBLESSES DE NOTRE RECHERCHE

Une première sous-section présente les forces de notre recherche, puis la sous-section mettant en relief ses faiblesses vient clore ce chapitre.

3.1 Les forces

Notre recherche se distingue principalement grâce à son échantillon populationnel qui a permis d'étudier l'efficacité réelle d'un RISPA. Elle est aussi, à notre connaissance, la plus importante quant à la taille de l'échantillon et à la durée de l'étude. La plupart des mesures d'efficacité analysées dans les recherches antérieures font aussi partie de notre étude. De plus, nous avons circonscrit un grand nombre de services susceptibles d'être affectés par le RISPA afin de fournir une évaluation économique la plus complète possible.

Sur le plan des mesures d'efficacité, nous avons utilisé des instruments de mesures fiables, la plupart ayant déjà fait l'objet de validation. L'important financement dont a bénéficié le PRISMA-Estrie a permis d'avoir recours à des professionnels expérimentés pour la collecte des données et de leur fournir un encadrement de qualité.

Sur le plan de la mesure des coûts, nous avons choisi la méthode la plus fiable pour recueillir les données sur l'utilisation des services, c'est-à-dire le recours aux participants eux-mêmes, à l'intérieur d'un laps de temps raisonnable (deux mois), tout en leur fournissant un aide-mémoire et des directives précises. L'identification des coûts unitaires des différents services a été fondée sur un coût de remplacement, prix du marché, qu'on peut associer au coût d'opportunité dans le cas des services sociaux et de santé. De plus, la valorisation des services bénévoles a été faite à partir de la meilleure base, selon Hollander, Liu et Chappell (2008), un prix du marché basé sur le tarif d'une agence privée pour chaque type de services rendus.

Concernant la valorisation des services bénévoles, l'ajustement apporté au taux horaire applicable aux services de surveillance est innovateur (voir sous-section 4.2.3.4 du troisième chapitre). Cette façon de faire nous a permis d'éviter la double

prise en compte des conséquences que pourraient vivre les conjoints aidants, tels que la fatigue, le manque de sommeil et l'isolement social.

Un RISPA implique un grand nombre de changements d'où l'importance de connaître le degré de mise en œuvre d'une structure aussi large que complexe. Grâce à l'équipe du PRISMA-Estrie nous connaissons le degré de mise en œuvre du RISPA dans chacune des MRC expérimentales pour les trois premières années de l'étude.

Finalement, notre étude se distingue aussi par une évaluation assez complète des coûts d'implantation et de fonctionnement du RISPA. Le coût annuel total moyen de l'ensemble de ces coûts a atteint près de 200 \$ par participant de la région expérimentale au cours de la quatrième année de l'étude. Ce montant est assez faible, mais il est normal considérant l'approche populationnelle qui a fait en sorte que peu de participants ont reçu les services les plus coûteux, la gestion de cas. Toutefois, la compilation de ces coûts fournit des données précieuses pour les décideurs et les gestionnaires du SSSS public.

3.2 Les faiblesses

L'implantation d'un RISPA dans une région permet à tous les résidents de ce territoire de bénéficier de ses effets. Ce contexte a rendu impossible l'utilisation d'un devis expérimental avec répartition aléatoire des participants. Le recours au devis quasi-expérimental s'est présenté comme une solution valable. En utilisant une technique éprouvée pour identifier un territoire de comparaison, nous nous sommes assurés de la validité de l'étude comparative.

Sur le plan de la comparaison, la situation idéale est de comparer un programme implanté à 100 % à une situation de statu quo (programme non implanté). Nous n'avons pas été en mesure d'atteindre cet idéal. L'implantation du RISPA s'est faite moins rapidement que prévu. La prolongation de l'étude, faisant passer la

période d'observation de 2 à 4 ans, incluant la recrutement d'une deuxième cohorte de participants à mi-parcours, a tout de même permis de capter une partie des impacts d'une expérimentation d'une telle envergure. Il reste que nous ne disposions pas de mesure du degré de mise en œuvre du RISPA après la troisième année de l'expérimentation. Au cours de la dernière année de l'étude, nous savons que ce degré était d'au moins 80 % et qu'il n'avait pas atteint 100 %. De plus, tel que précisé à la section 2 du troisième chapitre, la région de comparaison a pu mettre en œuvre certains éléments d'intégration des services. Nous n'avons pas été en mesure d'évaluer le degré de mise en œuvre des composantes du RISPA de l'Estrie qui auraient pu être implantées dans la région de comparaison. Bien qu'il soit probable que cette région ne soit pas tout à fait une situation de statu quo, essentielle à la comparaison, nous avons obtenu suffisamment d'informations pour conclure que les composantes du RISPA à l'étude étaient très peu présentes dans la région de comparaison.

Des différences statistiquement significatives ont été identifiées lors de la comparaison des caractéristiques des échantillons de personnes âgées à leur entrée dans l'étude. Nous avons choisi de ne pas contrôler ces variables dans les analyses statistiques. Ce choix est principalement basé sur le fait que le RISPA aurait pu avoir un effet sur ces caractéristiques (obtention de services de maintien à domicile du CLSC au cours des six derniers mois ; résident en milieu de vie individuel ou collectif). Dans ces circonstances, il n'est pas recommandé de contrôler ces variables. De plus, les analyses de croissance, essentielles pour comparer l'évolution de chacune des régions, ne permettaient pas le contrôle d'une variable pour les participants d'une seule des deux cohortes. Nous avons toutefois tenté de considérer les écarts relatifs à ces caractéristiques dans l'interprétation des résultats de nos analyses statistiques.

Toutes les estimations de coûts ont été réalisées à l'aide de méthodes de calcul reconnues appliquées de façon rigoureuse. Toutefois, vu le contexte de l'étude, un

réseau d'organisations, nous avons fait appel à de nombreuses sources et plusieurs hypothèses ayant pour effet d'induire une possible instabilité dans ces données. La période d'amortissement des coûts d'implantation du RISPA est réaliste selon l'expérience des gestionnaires du SSSS que nous avons consultés. Cependant, il est impossible d'en démontrer l'exactitude. Aussi, tel que mentionné au chapitre du cadre opératoire, tous les coûts à la base de nos estimations ont été considérés comme des coûts variables dû au manque de renseignements pour départager les coûts variables et les coûts fixes. De plus, nous avons tenté d'identifier les coûts indirects pertinents et utilisé des méthodes logiques de répartition mais certains éléments pourraient ne pas avoir été pris en compte.

Dans une évaluation économique complète, nous devons estimer les coûts supplémentaires et les économies générées par le programme à l'étude. L'évaluation des coûts d'implantation et de fonctionnement du RISPA a permis de couvrir une bonne partie des coûts supplémentaires. Pour les autres coûts supplémentaires ou les économies reliés aux services dispensés, la compilation des coûts d'un nombre important de services susceptibles d'être affectés par le RISPA nous a sans doute permis de circonscrire convenablement ces éléments. Cependant, la réorganisation des services découlant du RISPA aurait pu produire des gains de productivité. Nous n'avons pas été en mesure d'identifier ces gains.

L'approche sociétale, privilégiée dans notre étude, a été appliquée avec certaines limites. Premièrement, parmi les deux grandes composantes de notre évaluation économique, les coûts et les conséquences, la composante *conséquences* comprend exclusivement des effets pour les personnes âgées et leurs aidants. Nous n'avons pas mesuré les effets pour les acteurs du SSSS ni pour la population en général. Ainsi, nos mesures d'efficience sont limitées aux résultats finaux pour les personnes âgées et leurs aidants tel qu'expliqué lors de l'étude des concepts d'efficience et d'efficacité (sous-section 3.2 du deuxième chapitre). Deuxièmement, quant à la composante *coûts*, pour les services bénévoles, nous avons retenu

seulement les services fournis par la famille et les proches des participants vivant dans un domicile individuel. La littérature est mitigée quant aux autres services bénévoles. Hébert et al. (1997a) ont constaté que ces services étaient très peu importants. Par contre, Max *et al.* (1995) ont constaté que les personnes travaillant bénévolement dans les résidences pour personnes âgées afin d'offrir des services religieux ou l'organisation d'activités sociales y consacraient environ 48 heures par année par résident, alors que les proches aidants fournissaient annuellement 360 heures de services d'aide aux AVD et aux AVQ. Toujours pour les personnes âgées vivant en résidence collective, Chappell, Havens, Hollander, Miller et McWilliam (2004) ont estimé des coûts annuels moyens entre 2 000 \$ et 8 000 \$ par personne âgée en fonction de leur niveau d'autonomie fonctionnelle. Finalement, dans notre étude, l'utilisation des services bénévoles, contrairement aux services publics et privés, n'a pas été obtenue directement des participants de l'étude, elle a été estimée à partir de la partie handicap du SMAF qui était complétée une fois par année.

CONCLUSION

La question qui était au cœur de notre recherche, l'efficacité d'un RISPA de type coordination, a émergé de notre consultation des parties intéressées et de notre recension des écrits. La population est en droit de s'interroger quant à l'efficacité des programmes de réorganisation des services sociaux et de santé encouragés par le MSSS. Nous avons constaté que les acteurs du RISPA, et le MSSS en particulier, comptaient sur des programmes de recherche menés par des chercheurs universitaires pour vérifier si ça vaut le coût d'implanter un RISPA de type coordination. La littérature suggérait une réponse affirmative sans avoir accumulé assez d'évidences à cet effet. Notre recherche apporte une réponse bien étayée à cette question.

Le RISPA de type coordination permet une utilisation plus efficace des ressources publiques, privées et bénévoles, sans pour autant affecter la quote-part de chacune de ces sources de financement. Il importe de préciser que le coût total des services fournis aux personnes âgées n'est pas affecté par le RISPA et que les effets positifs se manifestent dans une réduction de la prévalence et de l'incidence du déclin fonctionnel des personnes âgées, dans une amélioration de leur satisfaction et de leur autonomisation et dans la réduction de leurs besoins non comblés. Il est aussi question d'efficacité égale, en l'absence d'effet sur le niveau d'autonomie fonctionnelle des personnes âgées. Toutefois, le RISPA serait moins efficace sur le plan du fonctionnement social des personnes âgées et du fardeau de leurs aidants. Nous ne sommes pas en mesure de juger de l'importance de l'effet négatif produit par le RISPA sur le fonctionnement social. Les discussions au sujet des évolutions équivalentes du désir d'hébergement dans les deux régions et les explications quant aux écarts constatés dans les évolutions du fardeau des aidants viennent modérer l'importance de l'influence du RISPA sur cette variable.

Nous avons aussi constaté que le RISPA de type coordination ne peut réduire l'utilisation des services publics institutionnels, ni accroître l'utilisation des services publics de proximité dans un contexte de stabilité dans les allocations budgétaires.

Toutes ces mesures d'efficience sont le résultat d'une recherche très rigoureuse qui a bénéficié d'un support financier important provenant d'organismes gouvernementaux spécialisés dans la santé et le vieillissement. Nous avons, ainsi que toute l'équipe du PRISMA-Estrie, bénéficié d'une collaboration sans faille des dirigeants et des gestionnaires des institutions impliquées dans le RISPA à l'étude.

Plusieurs éléments distinguent notre recherche des études antérieures. Nous avons adopté une approche populationnelle, permettant d'étudier l'efficacité réelle du RISPA. Cette efficacité, mesurée à l'aide de plusieurs variables importantes pour les personnes âgées ou leurs aidants, était à la base de l'efficience de production que nous avons mesurée. À notre connaissance, l'approche sociétale utilisée pour l'évaluation des coûts, bien que recommandée par les spécialistes de l'économie de la santé, n'avait pas été retenue dans les études antérieures portant sur l'évaluation des RISPA. Nous avons aussi apporté une solution originale pour la valorisation des heures de surveillance fournies aux personnes âgées par leurs proches. Nous avons apporté deux ajustements au tarif privé, un premier consistant en une réduction de 75 % pour tenir compte du temps de loisir consacré à la surveillance et une deuxième réduction de 13 % pour ne pas compter deux fois les conséquences vécues par les aidants qui fournissent de la surveillance à leur conjoint. Ces conséquences doivent être valorisées parmi les effets pour les aidants et se retrouvent dans la mesure du fardeau de l'aidant.

Au chapitre de l'évaluation de la performance, notre contribution se situe sur le plan théorique par la modélisation de l'évaluation de la performance d'un RISPA (figure 1 du premier chapitre) et sur le plan empirique en fournissant des mesures

d'efficience d'un RISPA. Nous avons aussi proposé une structure pour la typologie de l'efficience (figure 4 du deuxième chapitre).

Les nombreuses données recueillies ainsi que les résultats de notre recherche seront d'une grande utilité pour les acteurs du SSSS. Notre recherche procure des évidences importantes en appui de la réorganisation des services aux personnes âgées recommandée par le MSSS depuis 2001. Pour les intervenants du SSSS œuvrant au sein du RISPA de l'Estrie, elle fournit des mesures objectives confirmant que *ça valait le coût* et, pour les autres intervenants, ces résultats auront sans doute un effet mobilisateur.

La généralisation des résultats de notre recherche est appuyée par l'importance de l'échantillon utilisé, la rigueur dans la sélection et le suivi ainsi que l'utilisation d'analyses statistiques appropriées. De plus, nos conclusions peuvent être étendues au plan national et international, car le modèle de RISPA étudié comprend la plupart des meilleures pratiques en intégration des services ayant été identifiées dans les écrits scientifiques. Ainsi, notre recherche fournit des évidences empiriques utiles pour confirmer les assertions abondamment exprimées quant à l'efficience de l'intégration des services.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abernethy, M. A. et Lilis, A. M. (2001). Interdependencies in organization design : A test in hospitals. *Journal of Management Accounting Research*, 13, 107-129.
- Ackerman, K. F. I. (1992). The movement toward vertically integrated regional health systems. *Health Care Management Review*, 17(3), 81-88.
- Aday, L. A., Begley, C. E., Lairson, D. R. et Slater, C. H. (1998). *Evaluating healthcare system, effectiveness, efficiency and equity*. Chicago, Illinois : Health Administration Press.
- Afonso, A. et St.-Aubyn, M. (2005). Non-parametric approaches to education and health efficiency in OECD countries. *Journal of Applied Economics*, 8(2), 227-246.
- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux Chaudière-Appalaches. (2004). *Rapport annuel de gestion 2003-2004*. Saisie le 31 mai 2007, de <http://www.agencesss12.gouv.qc.ca/CP-rapportsAnnuels.htm>
- Agence de services de santé et de services sociaux Mauricie et Centre-du-Québec. (2004). *Grille de suivi d'implantation et de monitoring de la clientèle des réseaux de services aux aînés dans la région de la Maurice et du Centre-du-Québec*. Agence de services de santé et de services sociaux Mauricie et Centre-du-Québec.
- Alter, C. et Hage, J. (1993). *Organizations working together*. Newbury Park CA: Sage Publications.
- Anspach, R. R. (1991). Everyday methods for assessing organizational effectiveness. *Social Problems*, 38(1), 1-19.
- Arah, O. A., Klazinga, N. S., Delnoij, D. M. J., Ten Asbroek, A. H. A. et Custers, T. (2003). Conceptual frameworks for health systems performance : A quest for effectiveness, quality, and improvement. *International Journal of Quality in Health Care*, 15(5), 377-398.
- Arrow, K. J. (1963). *Social choice and individual values*. New York : John Wiley & Sons.
- Association des hôpitaux du Québec. (1995). *Pour mieux travailler ensemble : une vision renouvelée de réseaux intégrés de soins et de services*. Montréal, Québec : Association des hôpitaux du Québec.

- Atkinson, A. A., Banker, R. D., Kaplan, R. S. et Young, S. M. (1999). *Comptabilité de management, pour une gestion stratégique des coûts*. Montréal, Québec : Chenelière/McGraw-Hill.
- Atkinson, A. A. et Epstein, M. J. (2000). Des indicateurs révélateurs : Comment profiter de toute la richesse du tableau de bord équilibré. *CMA Management*, Septembre, 22-27.
- Atkinson, A. A., Waterhouse, J. H. et Wells, R. B. (1997). A stakeholder approach to strategic performance measurement. *Sloan Management Review*, Printemps, 25-37.
- Balkcom, J. E., Ittner, C. D. et Larcker, D. F. (1997). Strategic performance measurement : Lessons learned and future directions. *Journal of Strategic Performance Measurement*, 1(2), 22-32.
- Beckingham, A. C. et Watt, S. (1995). Daring to grow old: lesson in healthy aging and empowerment. *Education Gerontology*.
- Bégin, C., Joubert, P. et Turgeon, J. (1999). L'évaluation dans le domaine de la santé : conceptions, courants de pensée et mise en œuvre. In C. Bégin, P. Bergeron, P.-G. Forest et V. Lemieux (directeurs), *Le système de santé québécois : un modèle en transformation*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Bégin, P., Murray, W., Théorêt, B. et Rheault, S. (2004). *Évaluation de l'implantation des Réseaux locaux de services de santé et de services sociaux : Devis de l'évaluation (version 6 octobre)*. Direction de l'évaluation, Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la gestion de l'information, MSSS.
- Béland, F., Bergman, H., Dallaire, L., Fletcher, J., Lebel, P., Monette, J., Denis, J.-L., Contandriopoulos, A.-P., Cimon, A., Bureau, C., Bouvier, L. et Dubois, D. (2004). *Évaluation du Système intégré pour personnes âgées fragiles (SIPA) : Utilisation et coûts des services sociaux et de santé*. Ottawa, Canada : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Béland, F., Bergman, H. et Lebel, P. (2001). *SIPA Un système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie : Évaluation de la phase 1*. Montréal, Québec : Groupe recherche Universités Montréal et McGill sur les services intégrés aux personnes âgées.
- Béland, F., Bergman, H., Lebel, P., Clarfield, M., Tousignant, P., Contandriopoulos, A.-P. et Dallaire, L. (2006). A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada : Results form a randomized controlled trial. *Journal of Gerontology : MEDICAL SCIENCES*, 61A(4), 367-373.

- Bender, J. M., et Lange, S. (1999). Multiple test procedures other than Bonferroni's deserve wider use. *British Medical Journal*, 318(7183), 600.
- Berger, P. et Luckmann, T. (1996). *La construction sociale de la réalité*. Méridiens Klincksieck.
- Bergman, H. (2002). *SIPA Implementation and Evaluation the Agony and the Ecstasy of Integrated Care*. Montréal : SOLIDAGE Groupe de recherche Université de Montréal/McGill sur les services intégrés pour les personnes âgées.
- Bergman, H., Béland, F., Lebel, P., Contandriopoulos, A.-P., Tousignant, P., Brunelle, Y., Kaufman, T., Leibovich, E., Rodriguez, R. et Clarfield, M. (1997). Care for Canada's frail elderly population : Fragmentation or integration? *Canadian Medical Association Journal*, 157(8), 1116-1121.
- Bernabei, R., Landi, F., Gambassi, G., Sgadari, A., Zuccala, G., Mor, V., Rubenstein, L. Z. et Carbonin, P. (1998). Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *British Medical Journal*, 316(7141), 1348-1351.
- Bettio, F., Mazzotta, F., et Solinas Giovanni. (2007). *Costs and prospects for home based long term care in Northern Italy: the Galca survey*. Fisciano, Italie: Celpe discussion paper, No 103, Università degli Studi di Salerno. Saisie le 8 mai 2009, de http://www.unisa.it/Centri_e_Vari/CELPE/discussionpaper.php
- Bettio, F., et Solinas, G. (2009). *Wich European model for elderly care? Equity and cost-effectiveness in home based care in three European countries*. Modena, Italie: Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia.
- Bhandari, A. et Wagner, T. (2006). Self-reported utilization of health care services: improving measurement and accuracy. *Medical Care Research and Review*, 63(2), 217-235.
- Blanchette, D., Durand, S. et Hébert, R. (2007). L'étude PRISMA-Estrie: la détermination du coût des services de santé. In R. Hébert, A. Tourigny et M. Raïche (directeurs), *L'intégration des services: les fruits de la recherche pour nourrir l'action*. Edisem Inc.
- Bland, J. M., et Altman, D. G. (1995). Multiple significance tests: the Bonferroni method. *British Medical Journal*, 310(6973), 170.
- Blank, J. L. T. (2000). *Public provision and performance, contributions from efficiency and productivity measurement*. Amsterdam : Elsevier Science B.V.

- Blank, J. L. T. et Lovell, C. A. K. (2000). Performance assessment in the public sector. In J. L. T. Blank (éditeur), *Public provision and performance, contributions from efficiency and productivity measurement* (p.3-21). Amsterdam : Elsevier Science B.V.
- Bodenheimer, T. (1999). Long-term care for frail elderly people - The On Lok model. *The New England Journal of Medicine*, 341(17), 1324-1328.
- Boisvert, H. (1999). *La comptabilité de management, prise de décision et gestion.* (p. 569-637). Saint-Laurent, Québec : ERPI Éditions du nouveau pédagogique Inc.
- Bonin, L., Allard, G., Amyot, C., Benoit, D., Corriveau, R., Dallaire, C., Dieleman, L., Landry, A., Lafontaine, D., Laramée, P., Petit, A. et Roy, A. (2006). *Processus clinique de réponse aux besoins de la personne, principales fonctions et définitions.* Québec : MSSS.
- Boulianne, É. (2000). *Vers une validation du construit performance organisationnelle.* Dissertation d'une thèse de doctorat non publiée, HEC Montréal, Montréal.
- Bourgueil, Y., Brémond, M., Develay, A., Grignon, M., Midy, F., Naiditch, M. et Polton, D. (2001). *L'évaluation des réseaux de soins, enjeux et recommandations.* Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES), Groupe Image-Ensp.
- Bowlin, W. F. (1984). *A data envelopment analysis approach to performance evaluation in not-for-profit entities with an illustrative application to the U.S. air force.* Dissertation d'une thèse de doctorat non publiée, University of Texas, Austin, Texas.
- Branch, L., Coulam, R. et Zimmerman, Y. (1995). The PACE Evaluation : Initial findings. *The Gerontologists*, 35, 349-359.
- Brassard, A. (1993). Conceptions of organizational effectiveness revisited. *Alberta Journal of Educational Research*, 39(1), 143-162.
- Brault, R., Giguère, P. et Viger, c. (1998). *Comptabilité de management.* Sainte-Foy, Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Bravo, G., Raïche, M., Dubois, M.-F., et Hébert, R. (2008). Assessing the impact of integrated delivery systems: Practical advice from three experiments conducted in Québec. *Journal of Integrated Care*, 16(4), 9-18.

- Brewer, G. D. (1983). Assessing outcomes and effects. In K. S. Cameron et D. A. Whetten (éditeurs), *Organizational effectiveness, a comparison of multiple models* (p. 225-240). New York : Academic Press.
- Brooks, R. (1985). Efficiency in health care. In A. F. Long et S. Harrison (éditeurs), *Health services performance* (p.57-80). Bechenham, Kent : Croom Helm Ltd.
- Brouwer, W., Rutten, F. et Koopmanschap, M. (2001). Costing in economic evaluations. In M. Drummond, et A. McGuire (éditeurs), *Economic evaluation in health care, merging theory with practice*. Oxford: Oxford University Press.
- Burritt, R. et Schaltegger, S. (2001). Eco-efficiency in corporate budgeting. *Management of Environmental Quality*, 12(2/3), 158-174.
- Byford, S. et Raftery, J. (1998). Economic notes : Perspectives in economic evaluation. *British Medical Journal*, 316(7143), 1529.
- Cameron, K. S. et Whetten, D. A. (1983). Organizational effectiveness : One model or several? In K. S. Cameron et D. A. Whetten (Éditeurs), *Organizational effectiveness, a comparison of multiple models* (p.1-24). New York : Academic Press Inc.
- Campbell, D. T. et Stanley, J. C. (1966). *Experimental and quasi experimental designs for research*. Chicago: Rand McNally College Publishing Company.
- Carbonneau, M. et Lépine, R. (1999a). *Orientations concernant les services aux personnes âgées : plan de suivi de gestion*. Sherbrooke : Direction de la santé publique et de l'évaluation, Régie régionale de l'Estrie.
- Carbonneau, M. et Lépine, R. (1999b). *Orientations concernant les services aux personnes âgées : proposition d'indicateurs pour le suivi de gestion*. Sherbrooke : Direction de la santé publique et de l'évaluation, Régie régionale de l'Estrie.
- Carrière, Y. et Martel, L. (2004). *Les réseaux de soutien formel et informel des Canadiens âgés*. Saisie le 9 août 2006, de www.ciqss.umontreal.ca/presentation_Enquetes.htm
- Challis, D., Darton, R., Johnson, L., Stone, M. et Traske, K. (1991a). An evaluation of an alternative to long-stay hospital care for frail elderly patients : I. The model of care. *Age and Ageing*, 20, 236-244.
- Challis, D., Darton, R., Johnson, L., Stone, M. et Traske, K. (1991b). An evaluation of an alternative to long-stay hospital care for frail elderly patients : 2. Costs and effectiveness. *Age and Ageing*, 20, 245-254.

- Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Picot-Touché, J., Béland, F., Lamarche, P. et Nguyen, H. (2005). *Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé : le modèle EGIPSS (évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé)* : (Rapport R05-05). Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Secteur santé publique, Faculté de médecine, Université de Montréal.
- Chappell, N. et Blandford, A. A. (1991). Informal and formal care: Exploring the complementarity. *Aging and Society*, 11(3), 299-317.
- Chappell, N., Havens, B., Hollander, M. J., Miller Jo Ann, et McWilliams, C. (2004). Comparative costs of home care and residential care. *The Gerontologist*, 44(3), 389-400.
- Charriaux, M.-M. et Schwartz, Y. (1992). Propositions pour des démarches d'efficacité dans les services. In Y. Schwartz (responsable de la recherche), *L'évaluation économique à l'épreuve des services, l'activité entre efficacité et efficience*. Aix-en-Provence : Centre «A.P.S.T.» - Recherche, analyse pluridisciplinaire des situations de travail, Université de Provence.
- Chatterji, P., Burstein, N. R., Kidder, D. et White, A. J. (1998). *The impact of PACE on participant outcomes*. Cambridge, Massachusetts : Abt Associates.
- Cherny, J., Gordon, A. R. et Herson, R. J. L. (1992). *Accounting a social institution, a unified theory for the measurement of the profit and nonprofit sectors*. New York : Quorum Books.
- Coddington, D. C. (2001). Integrated healthcare is alive and well. *Frontiers of Health Services Management*, 17(4), 31-40.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Orlando: Academic Press.
- Commission Clair. (2000). *Rapport sur la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux*. Québec : Les Publications du Québec.
- Conrad, D. A. et Shortell, S. M. (1996). Integrated health systems : Promise and performance. *Frontiers of Health Services Management*, 13(1), 3-40.
- Contandriopoulos, A.-P. (2003). *Quelques réflexions sur le concept de validité dans les recherches interdisciplinaires en santé*. Institut d'été La Sapinière.
- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Denis, J.-L. et Avargues, M.-C. (2000). L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. *Revue épidémiologie et santé publique*, 48, 517-539.

- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.-L. et Boyle, P. (1990). *Savoir préparer une recherche: la définir, la structurer, la financer*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Contandriopoulos, A.-P. et Denis, J.-L. (2001). *La gestion des processus d'intégration du système de soins*. Département d'administration de la santé et Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS).
- Contandriopoulos, A. P., Denis, J.-L. et Touati, N. (2002). *Intégration des soins : concepts et mise en œuvre*. Saisie le 5 février 2002, de <http://www.santemontreal.qc.ca/fr/observatoire/ReflexIntegrationJLD-APC.htm>
- Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., Touati, N. et Rodriguez, C. (2003). *The integration of health care : Dimensions and implementation* : Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS).
- Corson, W., Grannemann, T., Holden, N. et Thornton, C. (1986). *National long-term Channeling Demonstration. Channelling effects on formal community-based services and housing*. (Rapport PB86-236593). Princeton, New Jersey : Mathematica Policy Research, Inc.
- Davies, B. (1992). *Care management, equity and efficiency : The international experience*. Canterbury : PSSRU, University of Kent.
- Davies, B. P. et Knapp, M. R. J. (1981). *Old people's home and the production of welfare*. London : Routledge.
- Demers, L. (2005). Les acteurs locaux, régionaux et ministériels : leur rôle dans l'intégration des services. In: *Actes du 3e Colloque PRISMA : L'intégration des services : un moyen essentiel pour améliorer la réponse aux besoins des personnes âgées*. Sainte-Foy les 23 et 24 mars.
- Demers, L., Dupuis, A. et Poirier, M. (2002). L'intégration des services passe-t-elle par des fusions d'établissements? *Santé mentale au Québec*, XXVII(2), 74-92.
- Demers, L., Saint-Pierre, M., Tourigny, A., Bonin, L., Bergeron, P., Rancourt, P., Dieleman, L., Trahan, L. C. P., Barrette, H., Hébert, A. et Lavoie, J. (2005). *Le rôle des acteurs locaux, régionaux et ministériels dans l'intégration des services aux aînés en perte d'autonomie*. Saisie le 29 août 2005, de www.prisma-qc.ca/documents/document/FCRSS_DemersPDF.pdf
- Desbiens, F. et Dagenais, C. (2001). *De l'innovation au changement, les leçons tirées des projets québécois financés par le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS)*. Québec : Santé et services sociaux Québec.

- Desrosiers, J., Bravo, G., Hébert, R. et Dubuc, N. (1995). Reliability of the revised functional autonomy measurement system (SMAF) for epidemiological research. *Age and Ageing*, 24, 402-406.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(2), 166-206.
- Donabedian, A. (1980). Methods for deriving criteria for assessing the quality of medical care. *Medical Care Review*, 37, 653-98.
- Dowd, B., Hillson, S., VonSternberg, T. et Fischer, L. R. (1999). S/HMO versus TEFRA HMO enrollees : Analysis of expenditures. *Health Care Financing Review*, 20(4), 7-23.
- Drucker-Godard, C., Ehlinger, S. et Grenier, C. (2003). Validité et fiabilité de la recherche. In R.-A. Thiétart et collaborateurs, *Méthodes de recherche en management* (2e édition). Paris: Dunod.
- Drummond, M. F., O'Brien, B. J., Stoddart, G. L. et Torrance, G. W. (1998). *Méthodes d'évaluation économique des programmes de santé*. Paris : Économica.
- Dubois, M.-F., Hébert, R., et Raïche, M. (2005). Les modèles de croissance: une approche intéressante pour l'étude de l'évolution de l'état de santé des personnes âgées. *Recueil du Symposium 2005 de Statistique Canada, Défis méthodologiques pour les besoins futurs d'information*.
- Dubois, M.-F., Raïche, M., Hébert, R. et Gueye, N. R. (2007). Assisted self-report of health-services use showed excellent reliability in a longitudinal study of older adults. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60(10), 1040-1045.
- Dubuc, N., Desrosiers, J., Bravo, G., et Hébert, R. (1996). Fidélité de la détermination des services requis en termes d'heures par le CTMSP modifié à des fins de recherche épidémiologique. *L'Année Gériatrique*, 10, 83-95.
- Dubuc, N. et Hébert, R. (2001). Les profils ISO-SMAF : Un système de gestion clinico-administratif pour la planification des services de longue durée dans un système de soins intégrés. In R. Hébert et P. Durand (codirecteurs), *Actes du colloque : Services intégrés destinés aux personnes âgées*. Drummondville, le 20 novembre.
- Dubuc, N., Hébert, R., Buteau, M. et Coulombe, C. (2002a). *Temps consacré aux différentes activités de services de soutien à domicile fournis par les CLSC de la RRSSS de Laval*. Centre de recherche sur vieillissement et Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval.

- Dubuc, N., Tousignant, M., Hébert, R., Buteau, M. et Coulombe, C. (2002b). *Services requis par les personnes âgées en perte d'autonomie: évaluation clinique et estimation des Coûts sur le territoire de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval*. (Rapport no 3 Les services de soins infirmiers, d'assistance, de surveillance et de soutien requis et fournis et estimations des coûts de ces services et les services professionnels fournis). Sherbrooke: Centre de recherche sur vieillissement, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.
- Dufour, Y. et Lamothe, L. (1999). Les approches de changement dans les systèmes de santé. In C. Bégin, P. Bergeron, P.-G. Forest et V. Lemieux (directeurs), *Le système de santé québécois : un modèle en transformation*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Durand, P. J., Lemay, A., Tourigny, A., Bonin, L. et Paradis, M. (2001a). *Développement et implantation d'un système de prix de revient des soins et des services à domicile dans le cadre du projet de démonstration d'un réseau intégré de services dans les Bois-Francs avec une coordination des services de gestion de cas (case-management.)* (Rapport QC123). Fonds pour l'adaptation des services de santé.
- Durand, P. J., Tourigny, A., Bonin, L., Paradis, M., Lemay, A. et Bergeron, P. (2001b). *Mécanismes de coordination des services géronto-gériatriques des Bois-Francs* : (Rapport final QC403). Fonds d'adaptation des services de santé, Santé Canada.
- Durand, S., Blanchette, D. et Hébert, R. (2004). Aspects financiers liés a l'intégration des services de maintien de l'autonomie - Volet «Implantation et fonctionnement». In R. Hébert, A. Tourigny et M. Gagnon (directeurs), *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes* (p. 251-266). Edisem inc.
- Durand, S., Blanchette, D. et Hébert, R. (2005). Un cadre de référence pour l'évaluation de la performance d'un réseau intégré de services pour les personnes âgées/A performance evaluation framework for integrated services delivery systems for the elderly. In *Conférence annuelle de l'ACSSD/CHCA* . Banff, Alberta, 3 au 5 novembre.
- Durand, S., Blanchette, D. et Hébert, R. (2007). Les coûts d'implantation et de fonctionnement du réseau intégré de services pour les personnes âgées en Estrie. In R. Hébert, A. Tourigny et M. Raïche (directeurs), *L'intégration des services: les fruits de la recherche pour nourrir l'action*. Edisem Inc.

- Elkin, R. et Molitor, M. (1985). A conceptual framework for selecting management indicators in nonprofit organizations. *Administration in Social Work*, 9(4), 13-23.
- Eng, C., Pedulla, J., Eleazer, G. P., McCann, R. et Fox, N. (1997). Program of all-inclusive care for the elderly (PACE) : an innovative model of integrated geriatric care and financing. *J. American Geriatrics Society*, 45(2), 223-232.
- Epstein, P. (1992). Get ready : The time for performance measurement is finally coming! *Public Administration Review*, 52, 513-519.
- Etzioni, A. (1964). *Modern organization*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall Inc.
- Ferrucci, L., Guralnik, J. M., Simonsick, E., Salive, M. E., Corti, C. et Langlois, J. (1996). Progressive versus catastrophic disability: a longitudinal view of the disablement process. *The Journals of Gerontology*, 51A(3), M123-130.
- Fetterman, D., Kaftarian, S. J. et Wandersman, A. (1996). *Empowerment evaluation: Knowledge and tools for self-assessment and accountability*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Fischer, R. J. (1994). An overview of performance measurement. *PM Public Management*, 76(9), S2.
- Fitzgerald, L., Johnston, R., Brignall, S., Silvestro, R. et Voss, C. (1991). *Performance measurement in service businesses*. The Chartered Institute of Management Accountants.
- Fitzgerald, L. et Moon, P. (1996). *Performance measurement in service industries : Making it work*. London : The Chartered Institute of Management Accountants.
- Flamholtz, E. G. (1980). The process of measurement in managerial accounting a psycho-technical systems perspective. *Accounting, Organizations and Society*, 5(1), 31-42.
- Fleury, M.-J. (2005). Quebec mental health services networks : models and implementation. *International Journal of Integrated Care*, 5, 1-17.
- Flood, A. B., Shortell, S. M. et Scott, W. R. (1994). Organizational performance : Managing for efficiency and effectiveness. In S. M. Shortell et A. D. Kaluzny *Health care management, organizational design and behavior* (3e éd., p.316-352). Albany, NY : Delmar Publishers Inc.

- Folstein, M. F., Folstein, S. E. et McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Fottler Myron D. (1987). Health care organizational performance : Present and future research. *Journal of Management*, 13(2), 367-391.
- Fouilleul, N. et Matheron, G. (1992). L'hôpital public, l'efficacité dans un service de neurologie : de multiples connexions à élucider. In Y. Schwartz (directeur de recherche), *L'évaluation économique à l'épreuve des services, l'activité entre efficacité et efficience* (p.121-177). Aix-en-Provence : Centre «A.P.S.T.» - Recherche, analyse pluridisciplinaire des situations de travail, Université de Provence.
- Francis, M. E. (1973). Accounting and the evaluation of social programs : A critical comment. *The Accounting Review*, 48(2), 245-257.
- Friedman, L. et Goes, J. (2001). Have integrated health networks failed? *Frontiers of Health Services Management*, 17(4), 3-28.
- Frossard, M. (1996). Case management in France : An economic perspective. *Journal of Case Management*, 5(4), 162-167.
- Frossard, M. et Boitard, A. (1997). Évaluation des réseaux de coordination gérontologique : une approche socio-économique. *Revue épidémiologie et santé publique*, 45, 429-437.
- Frossard, M., Boitard, A. et Jasso Mosqueda, G. (2001). *L'évaluation des coordinations gérontologiques*. Centre Pluridisciplinaire de Gérontologie, Université Pierre Mendès France.
- Gadrey, J. (1996). *Services : la productivité en question*. Paris : Desclée de Brouwer.
- Gadrey, J. (2003). *Socio-économie des services*. Paris : Éditions La Découverte.
- Gagnon, M., Hébert, R., Dubé, M. et Dubois, M.-F. (2006a). Development and validation of the Health care satisfaction questionnaire (HCSQ) in elders. *Journal Nursing Measurement*, 14(3), 190-204.
- Gagnon, M., Hébert, R., Dubé, M. et Dubois, M.-F. (2006b). Development and validation of an instrument measuring individual empowerment in relation to personal health care: The Health care empowerment questionnaire (HCEQ). *American Journal of Health Promotion*, 20(6), 429-435.

- Gallagher, D., Rappaport, M., Benedict, A., Lovett, S., Silven, D. et Kraemer, H. (1985). Reliability of selected interview and self-report measures with family caregivers. *In 38th annual Scientific Meeting of the Gerontological Society of America*. New Orleans.
- Garrison, R., Noreen, E., Chesley, G. R., Carroll, R., Bergeron, H. et Roy, C. (2004). *Fondements de la comptabilité de management, planification, contrôle et prise de décision*. Montréal: Chenelière McGraw-Hill.
- George, L. K. et Gwyther, L. P. (1986). Caregiver well-being: a multidimensional examination of family caregivers of demented adults. *The Gerontologist*, 26, 253-259.
- Gervais, M. (1998). Repenser le concept d'évaluation de l'efficacité d'une organisation. *La Revue canadienne d'évaluation de programme*, 13(2), 89-112.
- Gianfaldoni, P. (1992). Les économistes aux prises avec l'efficacité et l'efficience dans les organisations de services. *In Y. Schwartz (directeur de recherche), L'évaluation économique à l'épreuve des services, l'activité entre efficacité et efficience*. Aix-en-Provence: Centre «A.P.S.T.» - Recherche, Analyse pluridisciplinaire des situations de travail, Université de Provence.
- Gillies, R. R., Shortell, S. M., Anderson, D. A., Mitchell, J. B. et Morgan, K. L. (1993). Conceptualizing and measuring integration: Findings from the health systems integration study. *Hospital and Health Services Administration*, 38(4), 467-489.
- Glouberman, S. et Zimmerman, B. (2002). *Systèmes compliqués et complexes: En quoi consisterait une réforme des soins de santé réussie?*: (Étude numéro 8). Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
- Gold, M. R., Siegel, J. E., Russel, L. B. et Weinstein, M. C. (1996). *Cost-effectiveness in health and medicine*. Oxford, New-York: Oxford University Press.
- Grand dictionnaire terminologique. Office québécois de la langue française. (2006). Saisie le 1er septembre 2006, de <http://www.oqlf.gouv.qc.ca/ressources/gdt.html>
- Gröne, O. (2001). Integrated care, a position paper of the WHO European office for integrated health care services. *International Journal of Integrated Care*, 1(1), 1-10.
- Guba, E. G. et Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, California: Sage Publications.

- Harrison, J. P. et Sexton, C. (2006). The improving efficiency frontier of religious not-for-profit hospitals. *Hospital Topics*, 84(1), 2-10.
- Hatry, H. P. (1982). *Performance measurement principles and techniques: An overview for local governments*. The Urban Institute.
- Hébert, R. (2001). Les réseaux intégrés de services aux personnes âgées, une solution prometteuse aux problèmes de continuité. *Le Médecin du Québec*, 36(8), 77-84.
- Hébert, R., et Bilodeau, A. (1986). Profil d'autonomie fonctionnelle de personnes âgées en institution. *In Actes du congrès de l'ACFAS*.
- Hébert, R., Bravo, G. et Girouard, D. (1993). Fidélité de la traduction française de trois instruments d'évaluation des aidants naturels de malades déments. *Canadian Journal on Aging*, 12(3), 324-337.
- Hébert, R., Bravo, G., Korner-Bitenski, N. et Voyer, L. (1996). Predictive validity of a postal questionnaire for screening community-dwelling elderly individuals at risk of functional decline. *Age and Ageing*, 25, 159-167.
- Hébert, R., Bravo, G. et Préville, M. (2000). Reliability, validity and reference values of the Zarit Burden Interview for assessing informal caregivers of community-dwelling older persons with dementia. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 19(4), 494-507.
- Hébert, R., Carrier, R. et Bilodeau, A. (1988). The functional autonomy measurement system (SMAF): description and validation of an instrument for the measurement of handicaps. *Age and Ageing*, 17, 293-302.
- Hébert, R., Dubois, M.-F., Raïche, M., Dubuc, N. et Groupe PRISMA-Estrie. (2007a). The effectiveness of the PRISMA integrated service delivery network: Methods and baseline data. *International Journal of Integrated Care*, 8, 1-15.
- Hébert, R., Dubuc, N., Buteau, M., Desrosiers, J., Bravo, G., Trottier, L., Saint-Hilaire, C. et Roy, C. (2001a). Resources and costs associated with disabilities of elderly people living at home and in institutions. *The Canadian Journal of Aging*, 20(1), 1-22.
- Hébert, R., Dubuc, N., Buteau, M., Roy, C., Desrosiers, J., Bravo, G., Trottier, L. et Saint-Hilaire, C. (1997a). *Services requis par les personnes âgées en perte d'autonomie, évaluation clinique et estimation des coûts selon le milieu de vie* (Collection Études et analyse No 33). Québec: Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

- Hébert, R., Durand, P. J., Dubuc, N., Tourigny, A. et Groupe PRISMA. (2003a). A new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada. *International Journal of Integrated Care*, 3(mars).
- Hébert, R. et les membres du groupe PRISMA. (2004a). PRISMA: un modèle novateur pour l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie. In R. Hébert, A. Tourigny et M. Gagnon (Directeurs), *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes* (p. 9-23). Edisem Inc.
- Hébert, R. et Groupe PRISMA. (2003b). L'intégration des services aux personnes âgées : une solution prometteuse aux problèmes de continuité. *Santé, Société Et Solidarité, Hors série*, 67-76.
- Hébert, R., Guilbeault, J., Desrosiers, J. et Dubuc, N. (2001b). The functional autonomy measurement system (SMAF): A clinical-based instrument for measuring disabilities and handicaps in older people. *Geriatrics Today: Journal of the Canadian Geriatrics Society*, 4, 141-147.
- Hébert, R., Raïche, M., Dubois, M.-F., Dubuc, N., Tousignant, M., Gueye, N. R., et groupe PRISMA-Estrie. (2007c). Les impacts du réseau intégré de services sur les personnes âgées et leurs aidants dans l'étude PRISME-Estrie. In R. Hébert, A. Tourigny, et M. Raïche (directeurs), *PRISMA volume II, L'intégration des services: les fruits de la recherche pour nourrir l'action* (p. 243-269). Québec: Edisem Inc.
- Hébert, R., Raïche, M., Dubois, M.-F., Gueye, N. R., Dubuc, N., Tousignant, M., et PRISMA Group. (2009). Impact of PRISMA, a coordination-type integrated service delivery system for frail older people in Quebec (Canada): A quasi-experimental study. *Journals of Gerontology - Social Sciences*, sous presse. Advance Access published online on May 4, 2009.
- Hébert, R., Raïche, M., et l'équipe d'impact PRISMA-Estrie. (2006). Le modèle PRISMA et la réalisation de l'étude PRISMA-Estrie: Méthodologie, implantation et effets. In *VIIIe Congrès international francophone de gérontologie et gériatrie*. Québec.
- Hébert, R., Robichaud, L. et Roy, P. M. (2001c). Efficacy of a nurse-led multidimensional preventive programme for older people at risk of functional decline. A randomised controlled trial. *Age and Ageing*, 30, 147-153.
- Hébert, R., Spiegelhalter, D. J. et Brayne, C. (1997b). Setting the minimal metrically detectable change on disability rating scales. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 78, 1305-1308.

- Hébert, R. et Veil, A. (2004b). Monitoring the degree of implementation of an Integrated delivery system. *International Journal of Integrated Care*, 4(septembre), 1-11.
- Hébert, R., et Veil, A. (2007b). Évaluation du degré de mise en œuvre du réseau intégré de services dans les trois sites expérimentaux de l'Estrie. In R. Hébert, A. Tourigny, et M. Raïche (directeurs), *PRISMA volume II, L'intégration des services: les fruits de la recherche pour nourrir l'action*. Québec: Edisem Inc.
- Henri, J.-F. (2004). Performance measurement systems: From contingency to configuration. In *Proceedings of ASAC Conference*. Québec, 5 au 8 juin.
- Hoffecker, J. et Goldenberg, C. (1994). Pour s'améliorer, il faut d'abord savoir s'évaluer. *L'Expansion Management Review*, (Hiver), 34-43.
- Hofmarcher, M. M., Oxley, H., et Rusticelli, E. (2007). *Improved health system performance through better care coordination*. Paris: OECD Health Working Paper.
- Hollander, M. et Chappel, N. (2002). *Final report of the national evaluation of the cost-effectiveness of home care*. Victoria, Canada : National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care.
- Hollander, M., Liu, G., et Chappell, N. (2008). *Unpaid care givers in Canada: Replacement cost estimates* (Final report éd.). Victoria, BC: Hollander Analytical Services Ltd.
- Hollander, M. J., Miller, J. A., MacAdam, M., Chappel, N. et Pedlar, D. (2009). Increasing value for money in the canadian healthcare system: New findings and the case for integrated care for seniors. *Healthcare Quarterly*, 12(1), 38-47.
- Horan, T. et Saint, S. (2001). The role of economic evaluation in infection control. *American Journal of Infection Control*, 29(5), 338-344.
- Horngren, C. T., Foster, G. et Datar, S. M. (1994). *Cost accounting : A managerial emphasis*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall.
- Huijbers, P. (2004). Information management. In H. Nies et P. C. Berman (Éditeurs), *Integrating services for older people : a resource book for managers* (p.179-194). Dublin, Irlande : European Health Management Association.
- Hurst, J. et Jee-Hugues, M. (2000). *Performance measurement and performance management in OECD health systems*. Paris : OECD Labour market and social policy occasional.

- Institut canadien d'information sur la santé. (1999). *Initiative du carnet de route... Lancer le processus*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2002). *Indicateurs de santé*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé.
- Isaacs, B., et Neville, Y. (1976). The needs of old people: the interval as a method of measurement. *British Journal of Preventive & Social Medicine*, 30, 79-85.
- Ittner, C. D. et Larcker, D. F. (1998). Innovations in performance measurement : Trends and research implications. *Journal of Management Accounting Research*, 10, 205-238.
- Ittner, C. D., Larcker, D. F. et Randall, T. (2003). Performance implications of strategic performance measurement in financial services firms. *Accounting, Organizations and Society*, 28(7-8), 715-741.
- Jeanrenaud, C. (2006). Oncogériatrie communautaire à Genève : Défi et enjeux. *La Revue canadienne du vieillissement*, 25(Suppl. 1, Congrès international francophone de gérontologie et gériatrie), 83.
- Johri, M., Béland, F. et Bergman, H. (2003). International experiments in integrated care for the elderly : A synthesis of the evidence. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 222-235.
- Julnes, P. d. L. (2000). Decision-making tools for public productivity improvement : A comparison of DEA to cost-benefit and regression analyses. *Journal of Public Budgeting, Accounting & Financial Management*, 12(4), 625-646.
- Kane, R. L. (2002). Clinical challenges in the care of frail older persons. *Aging Clinical and Experimental Research*, 14(4), 300-306.
- Kane, R. L., Illston, L. H. et Miller, N. A. (1992). Qualitative analysis of the Program of all-inclusive care for the elderly (PACE). *The Gerontologist*, 32(6), 771-780.
- Kaplan, R. S. et Norton, D. P. (1992). The balanced scorecard - measures that drive performance. *Harvard Business Review*, 70(1), 71-79.
- Kaplan, R. S. et Norton, D. P. (1996). Using the balanced scorecard as a strategic management system. *Harvard Business Review*, 74(1), 75-85.
- Katz, D. et Kahn, R. (1978). *The social psychology of organizations*. New York : John Wiley & Sons.

- Kemper, P. (1990). Case management agency systems of administering long-term care : Evidence from the Channelling demonstration. *The Gerontologist*, 30(6), 817-824.
- Kemper, P. (1992). The use of formal and informal home care by the disabled elderly. *Health Services Research*, 27(4), 421-451.
- Kemper, P., Brown, R. S., Carcagno, G. J., Applebaum, R. A., Christianson, J. B., Corson, W., Miller Dunstan, S., Grannemann, T., Harrigan, M., Holden, N., Philips, B., Schore, J., Thornton, C., Wooldridge, J. et Skidmore, F. (1986). *The Evaluation of the National Long Term Care Demonstration : Final Report*. (Rapport no HHS-100-80-0157). Princeton, New Jersey : Mathematica Policy Research, Inc.
- Kenny, N., Dickinson, R., Dion Stout, M., Lessard, R., Lougheed, G. M. Jr., Radcliffe, S., Sinclair, D. et Dossetor, J. (1997). Rapport de synthèse du Groupe de travail sur les valeurs. In *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier - volume II - Rapports de synthèse et documents de référence*. Santé Canada.
- Knapp, M. (1995). The economic perspective : Framework and principles. In M. Knapp (éditeur), *The economic evaluation of mental health care* (p.1-26). Canterbury : Center for the economics of mental health/PSSRU University of Kent.
- Kodner, D. L. (2002). The quest for integrated systems of care for frail older persons. *Aging Clinical and Experimental Research*, 14(4), 307-313.
- Kodner, D. L. et Spreeuwenberg. (2002). Integrated care : Meaning, logic, applications, and implications : A discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2(Novembre), 1-8.
- Laine, J., Linna, M., Häkkinen, U., et Noro, A. (2005). Measuring the productive efficiency and clinical quality of institutional long-term care for the elderly. *Health Economics*, 14, 245-256.
- Lamothe, L. (2002). La recherche de réseaux de services intégrés : un appel à un renouveau de la gouverne. *Gestion*, 27(3), 23-30.
- Landi, F., Gambassi, G., Pola, R., Tabaccanti, S., Cavinato, T., Carbonin, P. et Bernabei, R. (1999a). Impact of integrated home care services on hospital use. *Journal of American Geriatric Society*, 47, 1430-1434.

- Landi, F., Lattanzio, F., Gambassi, G., Zuccala, G., Sgadari, A., Panfilo, A., Ruffilli, M. P. et Bernabei, R. (1999b). A model for integrated home care of frail older patients: The Silver network project. *Aging Clinical Experimental Research*, 11, 262-272.
- Landi, F., Onder, G., Russo, A., Tabaccanti, S., Rollo, R., Federici, S., Tua, E., Cesari, M. et Bernabei, R. (2001). A new model of integrated home care for the elderly: Impact on hospital use. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54, 968-970.
- Landis, J. R. et Koch, GG. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174.
- Langlais, M. E. (1998). *Estimation et comparaison de la sensibilité au changement de trois échelles d'indépendance fonctionnelle couramment utilisées en réadaptation gériatrique*. Dissertation d'une thèse de doctorat non publiée, Université de Sherbrooke, Sherbrooke.
- Larivière, C. (2001). Les réseaux intégrés de services: fondements, définitions et mode d'organisation. In *Guide pour soutenir le partenariat - Entente CLSC-Centres jeunesse*.
- Laville, J.-L. et Nyssens, M. (2001). *Les services sociaux entre associations, État et marché - l'aide aux personnes âgées*. Paris: Éditions La Découverte et Syros.
- Leatt, P. (2002). *La prestation de services intégrés*. Série de rapports de synthèse: les fonds pour l'adaptation des services de santé. Ottawa, Canada: Santé Canada.
- Leatt, P., Aird, C. et Lemieux-Charles, L. (1996). An overview of strategic alliances in health care. In P. Leatt, L. Lemieux-Charles, C. Aird et S. G. Leggat (éditeurs), *Strategic alliances in health care, a casebook in management innovation*. Ottawa: Canadian College of Health Service Executives.
- Leatt, P., Pink, G. H. et Guerriere, M. (2000). Towards a canadian model of integrated healthcare. *Healthcare Papers*, 1(2), 13-35.
- Leggat, S. G. et Leatt, P. (1996). Monitoring and evaluating strategic alliances in health care. In P. Leatt, L. Lemieux-Charles, C. Aird et S. G. Leggat (Éditeurs), *Strategic alliances in health care, a casebook in management innovation*. Ottawa: Canadian College of Health Service Executives.
- Leggat, S. G. et Leatt, P. (1997). Cadre d'évaluation du rendement des systèmes de prestation de services de santé intégrée. *Healthcare Management Forum Gestion des soins de santé*, 10(1), 19-26.

- Leitch (Sir), G. (1978). *Report of the Advisory Committee in trunk road assessment*. London.
- Leitner, K.-H., Schaffhauser-Linzatti, M., Stowasser, R. et Wagner, K. (2005). Data envelopment analysis as method for evaluating intellectual capital. *Journal of Intellectual Capital*, 6(4), 528-543.
- Leutz, W. N. (1999). Five laws for integrating medical and social services : Lessons from the United States and the United Kingdom. *The Milbank Quarterly*, 77(1), 77-110.
- Leutz, W. N., Greenlick, M. R. et Capitman, J. A. (1994). Integrating acute and long-term care. *Health Affairs*, 13(4), 58.
- Leutz, W. N., Nonnenkamp, L., Dickinson, L. et Brody, K. (2005). Utilization and costs of home-based and community-based care within a social HMO : trends over an 18 year period. *International Journal of Integrated Care*, 5(octobre), 1-20.
- Lin, B. Y. J. et Wan, T. T. H. (1999). Analysis of integrated healthcare networks' performance : A contingency-strategic management perspective. *Journal of Medical Systems*, 23(6), 467-485.
- Long, A. F. et Harrison, S. (1985). Health services performance : an overview. In A. F. Long et S. Harrison (éditeurs), *Health services performance* (p.1-9). Beckenham, Kent : Croom Helm Ltd.
- Luft, J. et Shields, M. D. (2003). Mapping management accounting : graphics and guidelines for theory-consistent empirical research. *Accounting, Organizations and Society*, 28, 169-249.
- Lynch, R. L. et Cross, K. F. (1991). *Measure up : yardsticks for continuous improvement*. Cambridge, Mass. : Blackwell Business.
- MacAdam, M. (2008). *Frameworks of integrated care for the elderly: a systematic review*. Toronto, Ontario: Canadian Policy Research Networks Inc.
- Machin, D., et Campbell, M. J. (1987). *Statistical tables for the design of clinical trials*. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Manton, K. G., Newcomer, R., Lowrimore, G. R., Vertrees, J. C. et Harrington, C. (1993). Social/health maintenance organization and fee for service health outcomes over time. *Health Care Financing Review*, 15(2), 173-202.

- Marriott, J. et Mable, A. L. (1998). Integrated models : International trends and implications for Canada/Health care systems in Canada and elsewhere. *In National Forum on Health* (Vol. IV). Editions MultiMondes.
- Martin, L. L. et Kettner, P. M. (1996). *Measuring the performance of human service programs*. Thousand Oaks, California : Sage Publications, Inc.
- Mauskopf, J. A., Paul, J. E., Grant, D. M. et Stergachis, A. (1998). The role of cost-consequence analysis in healthcare decision-making. *Pharmacoeconomics*, 13(3), 277-288.
- Max, W., Webber, P., et Fox, P. (1995). Alzheimer's Disease: The unpaid burden of caring. *Journal of Aging and Health*, 7(2), 179-199.
- McEwan, K. et Goldner, E. M. (2001). *Indicateurs de rendement et de reddition de comptes pour les services de soins et de soutien en santé mentale : Trousse d'évaluation*. Ottawa : Publications Santé Canada.
- Ménard, L., Arsenault, M., Joly, J.-F. et Sylvain, F. (1994). *Dictionnaire de la comptabilité et de la gestion financière : anglais-français avec index français-anglais*. Toronto, Canada : Institut Canadien des Comptables Agréées.
- Menec, V., Lix, L., Steinbach, C., Ekuma, O., Sirsdi, M., Dahl, M., et Soodeen, R. (2004). *Patterns of health care use and cost at the end of life*. Manitoba, Canada: Manitoba Centre for Health Policy, Department of Community Health Sciences, Faculty of Medicine, University of Manitoba.
- Miller, J. a., Hollander, M. J. et MacAdam, M. (2008). *The Continuing Care Research Project for Veterans Affairs Canada and the Government of Ontario*. Victoria, BC: Hollander Analytical Services Ltd.
- Mishan, E. J. (1971). Evaluation of life and limb : A theoretical approach. *Journal of Political Economy*, 79, 687-706.
- Mohr, L. B. (1983). The implication of effectiveness theory for managerial practice in the public sector. *In* K. S. Cameron et D. A. Whetten (éditeurs), *Organizational effectiveness, a comparison of multiple models*. New York : Academic Press Inc.
- Monette, J., Béland, F., Bergman, H., LeCruguel, J.-P. et Benyhamadi, R. (2001). *Incapacités fonctionnelles et coûts des services sociaux et de santé des personnes âgées*. Montréal, Québec : Groupe de recherche sur les services intégrés pour les personnes âgées, Université McGill/Université de Montréal et Centre d'épidémiologie clinique et de recherche en santé publique, Hôpital général juif, Université McGill.

- Morin, E. M., Guindon, M. et Boulianne, E. (1996). *Les indicateurs de performance*. Montréal, Québec : Ordre des Comptables généraux licenciés du Québec et Guérin éditeur Ltée.
- Morin, E. M., Savoie, A. et Beaudin, G. (1994). *L'efficacité de l'organisation, théories, représentations et mesures*. Boucherville, Québec : Gaëtan Morin éditeur.
- Moscovice, I., Christianson, J. B. et Wellever, A. (1995). Measuring and evaluating the performance of vertically integrated rural health networks. *Journal of Rural Health*, 1(1), 9-21.
- MSSS. (2001). *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*. Québec : Gouvernement du Québec.
- MSSS. (2003). *Politique d'évaluation du MSSS : Évaluer pour s'améliorer*. Québec : Direction des communications du MSSS.
- MSSS. (2004a). *Cahier des charges, document préparatoire à la signature de l'entente de gestion et d'imputabilité à intervenir entre une agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et le MSSS du Québec*. Québec : MSSS.
- MSSS. (2004b). *Chez soi : le premier choix, précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*. Québec : Direction des communications du MSSS.
- MSSS. (2004c). *L'intégration des services de santé et des services sociaux, le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Québec : La Direction des communications du MSSS.
- MSSS. (2005). *Un défi de solidarité, les services aux aînés en perte d'autonomie, plan d'action 2005-2010*. Québec : Direction des communications du MSSS.
- MSSS. (2006). *La circulaire des renseignements de santé dans le contexte du plan d'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux*. Québec : Direction des communications du MSSS.
- Murray, W. (2003). *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie : Cadre d'évaluation*. (Document de travail). Québec : Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation.
- Murray, W. (2007). *Guide à l'intention des utilisateurs de l'outil de suivi de l'implantation du RSIPA (OSIRSIPA)*. Québec: MSSS.

- Nakagawa, S. (2004). A farewell to Bonferroni: the problems of low statistical power and publication bias. *Behavioral Ecology*, 15(6), 1044-1045.
- Nerenz, D. R. et Zajac, B. M. (1991). *Indicators of performance for vertically integrated health systems*. Chicago, Illinois : American Hospital Association.
- Newcomer, R., Manton, K., Harrington, C., Yordi, C. et Vertrees, J. (1995). Case mix controlled service use and expenditures in the social/health maintenance organization demonstration. *Journal of Gerontology : Series A*, 50(1), M35-M44.
- Nies, H. (2004a). *A European research agenda on integrated care for older people*. (working paper). Dublin, Irlande : European Health Management Association (EHMA).
- Nies, H. (2004b). Integrated care : concepts and background. In H. Nies et P. C. Berman *Integrating services for older people : a resource book for managers* . Dublin, Irlande : European Health Management Association (EHMA).
- Nies, H. et Berman, P. C. (2004). *Integrating services for older people : A resource book for managers*. Dublin , Irlande : European Health Management Association (EHMA).
- O'Shea, E. et Blackwell, J. (1993). The relationship between the cost of community care and the dependency of old people. *Social Science Med.*, 37(5), 583-590.
- O'Shea, E. et Corcoran, R. (1990). Balance of care considerations for elderly persons: dependency, placement and opportunity costs. *Applied Economics*, 22, 1167-1180.
- O'Toole, L. J. (1997). Treating networks seriously : Practical and research-based agendas in public administration. *Public Administration Review*, 57(1), 45-52.
- Oliver, R. L. (1980). A cognitive model of antecedents and consequences of satisfaction decisions. *Journal of Marketing Research*, 17(4), 460-469.
- Oliver, R. L. (1993). Cognitive, affective, and attribute bases of the satisfaction response. *Journal of Consumer Research*, 20(3), 418-430.
- Organisation de coopération et de développement économiques. (2002). *Être à la hauteur : mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE*. Paris : OCDE.
- Ortiz, J., Fottler, M. D. et Hofler, R. (2005). Performance of health centers in networks. *Health Care Management Review*, 30(2), 126-138.

- Pahor, M. (2006). Randomized controlled trials involving multidisciplinary interventions in the community. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 61A(5), 472-473.
- Palmer, S. et Raftery, J. (1999). Opportunity cost. *British Medical Journal*, 318, 1551-1552.
- Paradis, M., Bonin, L., Tourigny, A., Durand, P. J., Bussière, A., Roy, H.-A., Rochette, L. et Beauchesne, L. (2001). *Réseau de services intégrés aux aînés des Bois-Francs : Mécanisme de coordination des services géro-geriatriques, Rapport d'évaluation d'implantation et de processus*. Québec : Centre de santé publique de Québec, Direction de la santé publique de la région régionale Mauricie/Centre du Québec, Institut national de santé publique du Québec, Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval, Centre de recherche du centre hospitalier affilié universitaire de Québec Université Laval.
- Pareto, W. (1972). *Manual of political economy*. London : Macmillan.
- Parsons, T. (1977). *Social systems and the evolution of action theory*. New York : Free Press.
- Pascoe, G. (1983). Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*, 6, 185-210.
- Patton, M. Q. (1997). *Utilization-focused evaluation : the new century text*. Beverly Hills, California : Sage Publications Inc.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. Beverly Hills, California : Sage Publications, Inc.
- Perneger, T. V. (1998). What's wrong with Bonferroni adjustments. *British Medical Journal*, 316(7139), 1236-1238.
- Perret, V. et Séville Martine. (2003). Fondements épistémologiques de la recherche. In R.-A. Thiétart et collègues. *Méthodes de recherche en management* (2e édition). Paris: Dunod.
- Petite, S. et Weber, A. (2006). *Les effets de l'allocation personnalisée d'autonomie sur l'aide dispensée aux personnes âgées*. Études et résultats, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, 459.
- Pettiti, D. B. (2000). *Meta-analysis, decision analysis and cost-effectiveness analysis, methods for quantitative syntheses in medicine*. Oxford, New York : Oxford University Press.

- Pieper, R. (2004). Integrated organisational structures. In H. Nies et P. C. Berman (éditeurs), *Integrating services for older people: A resource book for managers* (p. 33-54). Dublin, Irlande : European Health Management Association (EHMA).
- Pinnel Beaulne Associates Ltd. (1998). *CHOICE Evaluation project, evaluation summary*, final report. Edmonton : PBA Pinnel Beaulne Associates Ltd.
- Pinsonnault, E., Desrosiers, J., Dubuc, N., Kalfat, H., Colvez, A. et Delli-Colli, N. (2002). Développement d'une dimension sociale au Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle. *Le Gérontophile*, 24(2).
- Pinsonnault, E., Dubuc, N., Desrosiers, J., Delli-Colli, N., et Hébert, R. (2009). Validation study of a social functioning scale: the social-SMAF (social functional autonomy measurement system). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48(1), 40-44.
- Pointer, D. D., Alexander, J. A. et Zuckerman, H. S. (1995). Loosening the Gordian Knot of governance in integrated health care delivery systems. *Frontiers of Health Services Management*, 11(3), 3-37.
- Pollock, A. (2001). Compression des dépenses de santé. *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, 1(1), 13-15.
- Pourtois, J.-P., Desmet, H. et Lahaye, W. (2001). Les points-charnières de la recherche scientifique. *Recherche En Soins Infirmiers*, (65), 29-52.
- Provan, K. G. et Milward, H. B. (1995). A preliminary theory of interorganizational network effectiveness : A comparative study of four community mental health systems. *Administrative Science Quarterly*, 40(1), 1-33.
- Provan, K. G. et Milward, H. B. (2001). Do networks really work? A framework for evaluating public-sector organizational networks. *Public Administration Review*, 61(4), 414-423.
- Quinn, R. E. et Rohrbaugh, J. (1983). A spatial model of effectiveness criteria : towards a competing values approach to organizational analysis. *Management Science*, 29(3), 363-377.
- Raïche, M., Hébert, R., Blanchette, D., Durand, S., Dubois, M.-F., Gueye, N. R., et le groupe PRISMA-Estrie. (2007). La performance globale des RISPA: impacts sur l'utilisation des services de santé, leurs coûts et l'efficience dans l'étude PRISMA-Estrie. In R. Hébert, A. Tourigny et M. Raïche (directeurs), *L'intégration des services: les fruits de la recherche pour nourrir l'action*. Edisem Inc.

- Raïche, M., Hébert, R. et l'équipe PRISMA. (2003). Impact de l'intégration des services destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie : résultats préliminaires de PRISMA-Estrie. In *Actes du Colloque PRISMA : Les réseaux intégrés destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie*. Sherbrooke les 3 et 4 avril.
- Raikou, M., Briggs, A., Gray, A. et McGuire, A. (2000). Centre-specific or average unit costs in multi-centre studies? Some theory and simulation. *Health Economics*, 9, 191-198.
- RAMQ. (2002). Tableau 2.12 Nombre et coût des actes médicaux selon le sexe et le groupe d'âge des participants et le type de service, rémunération à l'acte, médecine et chirurgie, Québec, 2002. Saisie le 20 mai 2003, de https://www.prod.ramq.gouv.qc.ca/IST/CD/CDF_DifsnInfoStats/CDF1_CnsuIInfoStatsCNC_iut/DifsnInfoStats.aspx?ETAPE_COUR=3&IdPatronRapp=80&Annee=2002&Per=0&LANGUE=fr-CA
- RAMQ. (2004). Tableau AM.10 Nombre d'ordonnances, leur coût brut et leur coût RAMQ selon les classes et les sous-classes des médicaments les plus fréquentes et la catégorie de personnes assurées, par ordre décroissant de nombre d'ordonnances. Saisie le 21 juin 2005, de https://www.prod.ramq.gouv.qc.ca/IST/CD/CDF_DifsnInfoStats/CDF1_CnsuIInfoStatsCNC_iut/DifsnInfoStats.aspx?ETAPE_COUR=3&IdPatronRapp=7&Annee=2004&Per=0&LANGUE=fr-CA
- Reed, J., Cook, G., Childs, S. et McCormack, B. (2005). A literature review to explore integrated care for older people. *International Journal of Integrated Care*, 5, 1-10.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux Chaudière-Appalaches. (2003). *Rapport annuel 2002-2003*. Saisie le 31 mai 2007, de <http://www.agencesss12.gouv.qc.ca/CP-rapportsAnnuels.htm>
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie. (1998). *Implantation de réseaux intégrés de services pour les personnes âgées en Estrie - Recueil d'outils*. Sherbrooke : Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie. (2000). *Politique d'évaluation et de suivi de gestion*. (Rapport no 1561-01-01). Sherbrooke : Direction de la santé publique et de l'évaluation.
- Reinke, W. (1999). A multi-dimensional program evaluation model : Considerations of cost-effectiveness, equity, quality and sustainability. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 14(2), 145-160.

- Reuben, D. B. (2006). Meeting the needs of disabled older persons : Can the fragments be pieced together? *Journal of Gerontology : MEDICAL SCIENCES*, 61A(4), 365-366.
- Rheault, S. (1994). *L'évaluation économique des modes d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie: recension des méthodes et des résultats* (Collection études et analyses numéro 22). Québec: MSSS, Direction générale de la planification et de l'évaluation.
- Robinson, R. (1993). Economic evaluation and health care: cost and cost-minimization analysis. *British Medical Journal*, 307(6906), 726-728.
- Romanow, R. J. (2002). *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada - Rapport final*. Ottawa, Canada : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
- Rousseau, L., Contandriopoulos, A.-P. et Bélanger, J. (2003). *La mesure du coût d'opportunité des décisions publiques en santé : Étude de faisabilité*. Montréal : Groupe de recherche interdisciplinaire en santé.
- Roy, C. (1991). *Approche optimale de la répartition des charges indirectes: une application au secteur «Santé et services sociaux»*. Mémoire, Université du Québec à Montréal.
- Royer, T. (2000). Integrating health care in 3D. *Health Forum Journal*, 43(4), 35-38.
- Schwartz, Y. (1992). Analyse des activités de travail et pertinence des ratios économiques. In Y. Schwartz (responsable de recherche), *L'évaluation économique à l'épreuve des services, l'activité entre efficacité et efficience*. Aix-en-Provence : Centre « A.P.S.T. » - Recherche, analyse pluridisciplinaire des situations de travail, Université de Provence.
- Schwartz, D. et Lellouch, J. (1967). Explanatory and pragmatic attitudes in therapeutic trials. *Journal of Chronic Disease*, 20, 637-648.
- Sherman, H. D. (1988). *Service organization productivity management* (Research monograph prepared for The Research Studies Committee). Hamilton, Ontario : Society of Management Accountants of Canada.
- Shortell, S. M., Gillies, R. R., Anderson, D. A., Erickson, K. M. et Mitchell, J. B. (2000). *Remaking health care in America - The evolution of organized delivery systems* (2e éd.). San Francisco, California : Jossey-Bass.
- Shortell, S. M., Gillies, R. R., Anderson, D. A., Mitchell, J. B. et Morgan, K. L. (1993). Creating organized delivery systems : The barriers and facilitators. *Hospital and Health Services Administration*, 38(4), 447-466.

- Shortell, S. M. et Hull, E. K. (1996). The new organization of the health care delivery system. *Strategic Choices for a Changing Health Care System*, 2, 101-148.
- Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Barnsley, J., Béland, F., Leggat, S. G., Denis, J.-L., Bilodeau, H., Langley, A., Brémond, M. et Baker, G. R. (1998). A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance. *Health Services Management Research*, 11, 24-48.
- Simons, R. (2000). *Performance measurement & control systems for implementing strategy*. Upper Saddle River, NJ : Prentice Hall.
- Singer, J. D., et Willett, J. B. (2003). *Applied longitudinal data analysis, modeling change and event occurrence*. Oxford: Oxford University Press.
- Stufflebeam, D. L. (2001). Evaluation models. *New Directions for Evaluation*, 89, 7-98.
- The Canadian Study of Health and Aging Working Group. (2001). Disability and frailty among elderly Canadians: a comparison of six surveys. *International Psychogeriatrics*, 13(Supp 1), 159-167.
- Thornton, C., Miller Dunstan, S. et Kemper, P. (1988). The evaluation of the National long term care demonstration. *Health Services Research*, 23(1), 129-142.
- Thouin, D., et Chagnon, J. (2002). *Portrait des entreprises en aide domestique*. Québec: Industrie et Commerce, Québec.
- Tilquin, C., Pineault, R., Sicotte, C. et Audette, L. M. (1977). Administration d'un réseau de services socio-sanitaires pour les personnes âgées. *Administration hospitalière et sociale*, 26-32.
- Tilquin, C., Vanderstraeten, G., Fournier, J., Saint-Onge, E., Toupin, J. et Lambert, P. (1984). La systématisation des procédures d'admission des personnes âgées dans les établissements et les programmes de soins et services intermédiaires et à domicile. In *Third International Conference on System Science in Health Care* (p. 194-198). Berlin: Springer-Verlag.
- Tishlias, D. (1992). *How to measure your organization's efficiency*. *Nonprofit World*, 10(3), 27-32.
- Tourigny, A. et Bonin, L. (2004a). Réseau de services intégrés des Bois-Francs et Système d'information géronto-gériatrique (SIGG). In R. Hébert, A. Tourigny et M. Gagnon (Directeurs), *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes* (p.25-39). Saint-Hyacinthe : Edisem Inc.

- Tourigny, A., Durand, P. J., Bonin, L., Hébert, R. et Rochette, L. (2004b). Évaluation de l'efficacité d'un réseau de services intégrés pour les personnes âgées vulnérables. *Revue Canadienne Du Vieillessement*, 23(3), 231-245.
- Tourigny, A., Paradis, M., Bonin, L., Bussière, A. et Durand, P. J. (2002). Évaluation de l'implantation du Réseau de services intégrés (RSI) des Bois-Francs. *Santé mentale au Québec*, XXVII(2), 109-135.
- Tousignant, M. et Benoît, D. (2003). Montérégie et mesure de l'écart entre les services requis et fournis de soins infirmiers et d'assistance. *In Actes du 2e Colloque PRISMA : les réseaux intégrés destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie*. Sherbrooke les 3 et 4 avril.
- Tousignant, M., Hébert, R. et Desrosiers, J. (2001). *Economic evaluation of a geriatric day hospital: Cost-benefit analysis based on functional autonomy changes*. (Rapport no 10). Sherbrooke: National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care, Centre on Aging University of Victoria, Gerontology and Geriatrics Research Center, Sherbrooke University Geriatrics Institute.
- Vaillancourt, Y. et Jetté, C. (2001). Québec : un rôle croissant des associations dans les services à domicile. *In J.-L. Laville et M. Nyssens (directeurs), Les services sociaux entre associations, État et marché - l'aide aux personnes âgées*. Paris : Éditions La Découverte et Syros.
- Veil, A. et Hébert, R. (2005). Évaluation de l'implantation des mécanismes et outils d'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie : Résultats de mise en œuvre. *In Actes du 3e Colloque PRISMA : L'intégration des services : un moyen essentiel pour améliorer la réponse aux besoins des personnes âgées*. Sainte-Foy les 23 et 24 mars.
- Veil, A., Hébert, R. et Équipe PRISMA-Estrie. (2002). *Évaluation de l'implantation des mécanismes et outils d'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie*. (Rapport intérimaire : Étude de cas comparative entre trois MRC de l'Estrie, résultats partiels). Sherbrooke : Centre de recherche sur le vieillissement, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.
- Villeneuve Johanne. (2008). *Avis sur l'état de situation des proches aidants auprès des personnes âgées en perte d'autonomie*. Québec: Conseil des aînés Québec.
- Vondeling, H. (2004). Economic evaluation of integrated care : An introduction. *International Journal of Integrated Care*, 4(mars), 1-12.
- Voyer, P. (1999). *Tableaux de bord de gestion et indicateurs de performance*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

- Wan, T. T. H., Ma, A. et Lin, B. Y. J. (2001). Integration and performance of healthcare networks : Do integration strategies enhance efficiency, profitability, and image? *International Journal of Integrated Care*, 1, 1-10.
- Waterhouse, J. et Svendsen, A. (1998). *Le suivi et la gestion stratégiques de la performance : des mesures de la performance non financière pour améliorer le gouvernement d'entreprise*. Toronto, Ontario : L'Institut canadien des Comptables Agréés.
- Weinstein, M., Siegel, J., Gold, M., Kamlet, M. et Russel, L. (1996). Recommendations of the Panel on cost-effectiveness in health and medicine. *JAMA*, 276(15), 1253-1258.
- White, A. J. (1998). *The effect of PACE on costs to Medicare*. Cambridge, Massachusetts : ABT Associates.
- WHO. (1980). *International classification of impairments, disabilities and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease*. Geneva: WHO.
- Wholey, J. S., Hatry, H. P. et Newcomer, K. E. (1994). *Handbook of Practical Program Evaluation*. San Francisco CA : Jossey-Bass Publishers.
- Wieland, D., Lamb, V. L., Sutton, S. R., Boland, R., Clark, M., Friedman, S., Brummel-Smith, K. et Eleazer, G. P. (2000). Hospitalization in the Program of all-inclusive care for the elderly (PACE) : Rates, concomitants, and predictors. *Journal of American Geriatrics Society*, 48, 1373-1380.
- Wiggins, J. S. (1980). *Personality and prediction: Principles of personality assessment*. Reading MA: Addison-Wesley.
- Wilde, D., Larsson, G., Larsson, M. et Starrin, B. (1994). Quality of care: Development of a patient-centred questionnaire based on a grounded theory model. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 8, 39-48.
- World Health Organization. (2003). *Health system performance assessment : Debates, methods and empiricism*. Genève : WHO.
- World Health Organization. (2004). *Performance assessment tool for quality improvement in hospitals (PATH)*. Barcelone : WHO regional office for Europe.
- Wright, K. (1987). *The Economics of Informal Care of the Elderly* . York: University of York.

Zajac, B. M. et Nerenz, D. R. (1994). Consortium research on indicators of system performance : evaluating health care delivery systems, in navigating reform : HMO's and managed care in a time of transition. *In Proceedings of the 44th Annual Group Health Institute* (p. 823-842). 5 au 8 juin. Washington, DC : GHAA.

Zarit, S. H., Orr, N. K. et Zarit, J. M. (1985). *The hidden victims of Alzheimer's disease*. New York : New York University Press.

ANNEXE A
LE DOCUMENT POUR LA CONSULTATION SUR LES BESOINS EN
ÉVALUATION (INCLUANT GRILLE D'ENTREVUE)

DOCUMENT POUR LA CONSULTATION SUR LES BESOINS EN ÉVALUATION

Le comité clinique du Partenariat SIGG, par le biais d'un sous-comité de travail, sollicite votre collaboration à une consultation dans le but de développer un *Cadre d'évaluation des réseaux intégrés de services pour les personnes âgées (RISPA) qui répond bien aux besoins de l'ensemble des acteurs et des partenaires*. Dans un premier temps, ce cadre servirait à déterminer les informations pouvant être extraites du SIGG.

Le cadre d'évaluation des RISPA porte sur toutes leurs composantes :

- **Organisationnelles** : le guichet unique, l'utilisation du PRISMA 7, du SMAF de l'OEMC et des profils Iso-SMAF, le SIGG.
- **Cliniques** : la gestion de cas et l'utilisation du plan de services individualisé (PSI), une équipe locale, des médecins de famille, une équipe gériatrique.
- **Administratives** : des mécanismes de concertation, un budget PAPA, un responsable de la gestion des ressources.

L'Agence de santé et de services sociaux de l'Estrie pilote une démarche de consultation auprès de personnes actives aux niveaux stratégique, administratif et clinique des RISPA, et ce dans les quatre régions faisant partie du partenariat SIGG. Pour ce faire, nous aimerions connaître votre avis concernant les éléments d'évaluation suivants.

De façon générale :

1. Selon vous, un RISPA «performant» c'est un RISPA qui :

Dans vos fonctions de direction, de gestion ou d'intervention:

2. Si le RISPA faisait l'objet d'une évaluation, quels aspects de la performance du RISPA seraient les plus utiles pour vous? (QUOI évaluer?)

3. En quoi ces aspects pourraient-ils vous être profitables? (POURQUOI évaluer?)

4. Quelles informations vous seraient les plus utiles? (COMMENT évaluer?)

Nous vous assurons que toutes ces informations seront traitées dans la plus stricte confidentialité.

Merci beaucoup pour votre collaboration.

ANNEXE B
LE RÉSUMÉ DES MODÈLES D'INTÉGRATION

Modèle	Niveau, fonction, ...	Éléments
Contandriopoulos <i>et al.</i> (2002) 5 niveaux d'intégration ; Contandriopoulos <i>et al.</i> (2003) 5 dimensions du processus d'intégration	Des soins	Pratiques cliniques coordonnées autour du problème spécifique de chaque patient d'une façon soutenue afin de rencontrer ses besoins spécifiques, dans le temps, selon les connaissances et technologies disponibles
	De l'équipe clinique	Formation de l'équipe multidisciplinaire Maintien de l'équipe multidisciplinaire
	Fonctionnelle	Structure explicite commune qui assure la cohérence à l'aide des - système de financement - système d'information - système de gestion
	Normative	Assure la cohérence des - valeurs des parties intéressées - méthodes organisationnelles
	Systémique	Cohérence avec l'ensemble du système de santé
Demers <i>et al.</i> (2005) 5 dimensions d'intégration	Normative	Compréhension et adhésion au modèle d'intégration par les acteurs touchés Mise en priorité de l'intégration par les dirigeants Allocation des budgets
	Organisationnelle	Création de mécanismes de coordination intra et interorganisationnels
	Financière	Adoption de modes de financement et d'allocation des budgets favorisant la prise en charge d'une clientèle donnée Budgets requis pour la coordination
	Clinique	Disponibilité d'une gamme complète de services Adoption d'outils communs Adoption de pratiques de coordination Guichet unique Équipe multidisciplinaire Équipe de gestion de cas
	Informationnelle	Outils et systèmes facilitant les échanges cliniques en continu

Modèle	Niveau, fonction, ...	Éléments
Kodner <i>et al.</i> (2002) 5 domaines d'intégration	Financement	Fonds regroupés ou financement par capitation
	Administration	Harmonisation des critères d'admissibilité et d'accessibilité Planification intersectorielle Achats regroupés
	Organisation	Moyens formels et informels favorisant la collaboration parmi les organisations
	Prestation des services	Mode de prestation de services Mode de gestion Formation regroupée Système d'information Gestion de cas Équipe multidisciplinaire
	Clinique	Critères communs de diagnostic Procédures d'évaluation complètes et uniformes Planification conjointe des soins Dossiers cliniques partagés Outils communs pour la prise de décision
MSSS (2001) 3 grandes composantes des RIS	Organisationnelle	Guichet unique Système d'évaluation des besoins fournissant <ul style="list-style-type: none"> - tronc commun de données standardisées - vue d'ensemble de la situation - classification par profil Systèmes de communication pour relier efficacement les professionnels du RIS
	Clinique	Gestion de cas Équipe locale Médecins de famille Équipe de gériatrie
	Administrative	Mécanismes de concertation Budget personnes âgées en perte d'autonomie Responsable local du fonctionnement du RIS et de la gestion des ressources

Modèle	Niveau, fonction, ...	Éléments
Shortell <i>et al.</i> (2000) 3 capacités d'intégration	Fonctionnelle	Coordination de la <ul style="list-style-type: none"> - gestion financière - planification stratégique - gestion des ressources humaines - gestion des informations Politiques et pratiques communes Budgétisation et allocation du capital en fonction des besoins du système dans son ensemble
	Des médecins	Médecins économiquement liés au système, utilisent les services et les installations Médecins participent activement à la <ul style="list-style-type: none"> - planification - gestion - gouvernance Médecins adhèrent aux objectifs du système
	Clinique	Services coordonnés dans le temps à travers les <ul style="list-style-type: none"> - gens - fonctions - activités et sites Standardisation des systèmes d'information Communications entre les intervenants, bons transferts d'information et de dossiers

ANNEXE C
LE RÉSUMÉ DES DIMENSIONS DE PERFORMANCE

Modèle	Dimension	Sous-dimension/indicateur
Morin, Guindon et Boulianne (1996), adaptation de Morin, Savoie et Beaudin (1994) Dimensions et critères de performance	Pérennité de l'organisation	Qualité du produit Rentabilité financière Compétitivité
	Efficience économique	Économie des ressources Productivité
	Valeur des ressources humaines	Mobilisation des employés Climat de travail Rendement des employés Développement des employés
	Légitimité de l'organisation auprès des groupes externes	Satisfaction des bailleurs de fonds Satisfaction de la clientèle Satisfaction des organismes régulateurs Satisfaction de la communauté
Gervais (1988) cadre d'analyse de l'efficacité, 5 domaines d'activité	Environnement extérieur (systémique)	
	Stratégies de gestion (stratégique)	
	Ressources et structure (structurel)	
	Processus, activités et comportements de ses membres (opérationnel)	
	Résultats et impacts produits (spécifique)	
Voyer (1999) composantes, indicateurs théoriques et adéquations	Environnement, conditions, contexte, opportunités	Adaptabilité et innovation, adéquation : évolution produits et services offerts et façons de faire <> évolution besoins du marché et du contexte et de l'évolution des opportunités (innovation)
	Clients et besoins/opportunités	
	Ressources et conditions structurelles	Adéquation : besoin <> offre de service <> ressources disponibles
	Processus, activités et façons de faire	
	Résultats de production	Efficience (résultats produits/intrants)
	Résultats d'effets, d'impacts, de retombées	Efficacité résultats par rapport aux objectifs résultats par rapport aux besoins des clients Satisfaction, adéquation : résultats <> attentes et réponse aux besoins

Modèle	Dimension	Sous-dimension/indicateur
Lynch et Cross (1991) pyramide de la performance, traduit par Boulianne (2000)	Indicateurs du marché	Satisfaction des clients* Flexibilité*
	Indicateurs financiers	Flexibilité* Productivité*
	Indicateurs opérationnels (rendent compte des sous-dimensions*)	Qualité Livraison Délai de transformation Coût
Kaplan et Norton (1996) tableau de bord équilibré, traduit par Atkinson et Epstein (2001)	Axe clients : pour réaliser notre vision, quelle image devons-nous présenter à nos clients ?	
	Axe processus internes : pour satisfaire nos actionnaires et nos clients, dans quels processus devons-nous exceller ?	
	Axe apprentissage organisationnel : pour réaliser notre vision, comment maintiendrons-nous notre capacité de changement et d'amélioration ?	
	Axe financier : pour réussir financièrement, quelle image devons-nous présenter à nos actionnaires ?	
Fitzgerald, Johnston, Brignall, Silvestro et Voss (1991, dans Fitzgerald et Moon, 1996) mesures de performance (entreprises de services) à travers six dimensions	RÉSULTATS Compétitivité	Position et part de marché relative Croissance des ventes
	RÉSULTATS Performance financière	Profitabilité Liquidités Structure du capital Ratios de marché
	DÉTERMINANTS Qualité des services	Fiabilité, adapté au besoin, apparence, confort, convivialité, communication, courtoisie, compétence, accès, disponibilité, sécurité
	DÉTERMINANTS Flexibilité	Flexibilité de volume Flexibilité de la rapidité de livraison Flexibilité dans les caractéristiques
	DÉTERMINANTS Utilisation des ressources	Productivité Efficience
	DÉTERMINANTS Innovation	Performance du processus d'innovation Performance individuelle des innovations

Modèle	Dimension	Sous-dimension/indicateur
Elkin et Molitor (1985), indicateurs de gestion pour les organisations sans but lucratif, New York City : Peat Marwick, Mitchell & Co. (1984)	Efficacité	Ressources appropriées (<i>inputs</i>) Demande appropriée (<i>inputs</i>) Processus appropriés Atteinte des objectifs (<i>outputs</i>) Impact immédiat sur les clients et la communauté (<i>outcomes</i>) Impact à long terme sur les clients et la communauté (<i>outcomes</i>)
	Efficience	Quantité de ressources (<i>inputs</i>)/ quantité produite (<i>outputs</i>) = capacité utilisée ou productivité Coût des ressources (<i>inputs</i>)/ quantité produite (<i>outputs</i>) = coût unitaire Coût des ressources (<i>inputs</i>)/ quantité d'effets (<i>outcomes</i>) = coût-avantage
	Situation financière adéquate	Ratios de situation financière Ratio de revenu net d'opération Ratio de contribution Ratios de demande pour le programme

ANNEXE D
LE RÉSUMÉ DES DIMENSIONS DE PERFORMANCE, SECTEUR DE LA
SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Modèle	Dimension	Sous-dimension/indicateur
Champagne <i>et al.</i> , (2005) Modèle intégrateur de la performance organisationnelle des systèmes de services de santé	Atteinte des buts	Satisfaction globale de la population Efficacité Efficience Équité financière d'accès sanitaire
	Adaptation	Acquisition de ressources Adaptation aux besoins de la population réactivité <i>capability</i> <i>sustainability</i> <i>responsive governance</i> Adaptation exigences et tendances Mobilisation de la communauté Innovation et transformation Attraction des clientèles
	Production	Productivité Volume des soins et services Qualité des soins et services <i>appropriateness</i> <i>effective delivery of appropriate care</i> <i>patient-carer experience</i> <i>patient-centeredness</i> <i>client orientation</i> <i>respect for patient</i> <i>timeliness</i> <i>continuity</i> accessibilité Coordination de la production
	Maintien des valeurs	Consensus sur les valeurs du système sécurité (patients et personnel) Climat organisationnel <i>staff orientation</i>
	Alignement stratégique :	Adaptation – atteinte des buts
	Alignement allocatif :	Adaptation – production
	Alignement tactique :	Atteinte des buts – production
	Alignement opérationnel :	Maintien des valeurs – production
	Alignement légitimatif :	Maintien des valeurs – atteinte des buts
	Alignement contextuel :	Maintien des valeurs – adaptation

Modèle	Dimension	Sous-dimension/indicateur
<p>Leggat <i>et al.</i> (1997) cadre pour faire le suivi de la performance d'une alliance stratégique (RIS) dans le secteur de la santé, adaptation de Leggat <i>et al.</i> (1996), inspiré de Kaplan <i>et al.</i> (1992) et des objectifs des RIS proposés par Marriott <i>et al.</i> (1998)</p>	Point de vue du consommateur	<p>Maintien et amélioration de la satisfaction des clients Maintien et amélioration de la qualité des soins Facilitation du cheminement des liens dans l'ensemble des services offerts Amélioration des résultats pour les clients Atteinte du niveau d'intégration clinique visé</p>
	Aspect fonctionnement interne	<p>Maintien et renforcement de la mission et des valeurs Réponse aux exigences réglementaires Atteinte des objectifs du RIS Amélioration de la productivité dans la prestation des services Atteinte des objectifs organisationnels des participants Atteinte du niveau d'intégration fonctionnelle visé Perception, par les participants, de l'existence de normes d'équité acceptables Amélioration de l'intérêt, du recrutement, de la fidélité et de la motivation au sein du personnel</p>
	Aspect innovation et enseignement	<p>Promotion de la légitimité croissante de l'industrie Consolidation de la situation de l'industrie Attraction d'assez de ressources pour la recherche, le développement et l'innovation Accroissement du partage des connaissances cliniques et des ressources Renforcement de la position des organismes participants Amélioration de la survie de l'organisme Encouragement de l'innovation dans la prestation des soins de santé</p>

Modèle	Dimension	Sous-dimension/indicateur
Leggat <i>et al.</i> (1997) suite	Aspect financier	Amélioration de l'accès aux ressources Accroissement de la force des participants lors des négociations financières Diminution des frais d'exploitation
	Avantage pour la communauté (impact sur l'état de santé de la population)	Réponse aux besoins de santé communautaire Aide les personnes à prendre en main leur état de santé Assurance d'une participation communautaire suffisante Maintien ou amélioration des niveaux de la santé de la communauté à moindre coût Dispensation des soins aux clients à l'endroit correspondant le mieux à leurs besoins Offre suffisantes d'occasions de formation pour les professionnels de la santé

ANNEXE E
LES GRILLES POUR LES SUIVIS TÉLÉPHONIQUES



Version - SEPTEMBRE 2004

Suivi # :

SUJET # :

↓ Dates de couverture du suivi ↓

Période couverte par l'appel : de ____/____/____ à ____/____/____
 (date du dernier appel) (aujourd'hui - 1 jour) (aujourd'hui) (jj/mm/aa)

Grille d'utilisation des services communautaires et de santé

1. Demeurez-vous toujours au même endroit ?

Oui

Non Si non, à quelle date avez-vous déménagé ? _____ (jj/mm/aa)

À quelle adresse (complète) ? _____

Milieu de vie # ____ # tél. _____ Si applicable, nom de l'endroit _____

Nom du responsable _____ # tél. _____

2. Depuis la dernière fois que nous nous sommes parlé (date de l'entretien) combien de fois avez-vous utilisé les services communautaires ou de santé suivants ? Dites-moi de quel organisme vous avez reçu le(s) service(s) ?

Services communautaires ou de santé	Unité	Fréquence au cours des 2 derniers mois	Fourni par
Service de l'hôpital de jour	Jour		1
Service d'un centre de jour	½ jour		1
AVD : Service d'aide ménagère à domicile (tâches ménagères, lessive, réparation de vêtements, préparation de repas, etc.)	Heure	Repas : _____	*
AVQ : Service d'aide à domicile pour les soins personnels (bain, s'habiller, se coiffer, coupe d'ongles, etc.)	Heure		*
Service de repas livrés à domicile (ex : popote roulante)	Nb de repas		
Service de repas communautaires (ex : cafétéria)	Nb de repas		
Service d'accompagnement lors des sorties ou de déplacements hors du domicile (comme épicerie, magasinage)	Nb d'aller-retour		
Transport communautaire (ex. Taxi ami)	Nb d'aller-retour		2
Service de répit ou hébergement par alternance (admission temporaire dans un CHSLD)	Jour		1
Gardiennage (à domicile)	Heure		
Service d'aide et de support lors des demandes auprès d'organismes (AQDR, Logirente, FADOQ)	Nb d'utilisation		2
Groupe d'information et de support (ex. Société Alzheimer)	Rencontre		2

* Si le sujet vit en résidence 4A ou 5A, inscrire son code.

1. Organisme public (ex. CLSC) 2. Organisme bénévole (le client ne débourse pas d'argent pour le service) 3. Agence privée 4. Entreprise d'économie sociale (coop) 5. Allocation directe (sommes d'argent versées par le CLSC) 6. Résidence ou famille d'accueil avec services optionnels 7. Résidence ou famille d'accueil avec services fournis

Encerclez lorsque le	13	14	15	16	17	18
suivi est effectué :	19	20	21	22	23	24

Grille d'utilisation et de continuité des soins

1. Notez ici **tous** les intervenants professionnels rencontrés (ex : infirmière, omnipraticien, médecin spécialiste, ergothérapeute, travailleur social, etc.), soit à domicile, au CLSC, lors d'un rendez-vous à l'hôpital, dans une clinique ou dans un cabinet privé. Inscrive la date de la visite.

Sauf : urgence, hôpital de jour, Centre de jour

2. Est-ce un nouvel intervenant ?
(vous le déterminez à partir de la Liste des intervenants)
3. « Qui vous a demandé d'aller le voir ? » / « Qui lui a demandé de venir vous voir ? »
« Était-il au courant de votre cas / dossier ? » si oui : « Qui l'a informé de votre cas / dossier ? »
« Par qui vous avez-vous eu son nom ? »
4. « Vous êtes-vous déplacé pour vous rendre à la consultation ? »
5. « L'intervenant travaillait-il pour une institution publique ou privée ? »

Date de la visite	Intervenant	Profession	Lien (si nouveau)	Le sujet se déplace	Privée/Publique
jj-mm-aa	Code (lettre)	Numéro	Code (lettre)	O=oui N=non	1= publique 2 = privé

Semaine-type pour infirmière de Résidence privée ou Pavillon :

Jour	Infirmière(s) rencontrée(s) - Code	Valable du :	Au :
Lundi			
Mardi		jj-mm-aa	jj-mm-aa
Mercredi		Pas de différence jour-soir-nuit	
Jeudi			
Vendredi			
Samedi			
Dimanche			

ANNEXE F
LA COMPILATION DÉTAILLÉE DES COÛTS D'IMPLANTATION ET DE
FONCTIONNEMENT DU RISPA

	Sherbrooke	Coaticook	Granit
COÛTS D'IMPLANTATION accumulés depuis 2000 jusqu'à 2005⁽¹⁾			
Concertation			
Réunions de concertation			
Heures de présences tirées des comptes-rendus des comités spécifiques au RISPA	14 500	1 905	3 825
Tarifs horaires pour cadres et intervenants, respectivement 50 \$ et 40 \$ (Conseil du Trésor, sous-section ressources humaines / conditions de travail / échelles de traitement) plus avantages sociaux de 45 % pour cadres et de 25 % pour intervenants (services des finances Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke).			
Tarifs horaires pour médecins 70 \$ (tarif horaire RAMQ)			
Supervision et coordination			
Sherbrooke : proportion de la rémunération ⁽²⁾ de la coordonnatrice du CLC (état des résultats du CLC préparé par le CLSC)	49 266	9 100	2 275
Autres : proportion du salaire des chefs de programme			
Consultation			
Honoraires de consultation pour la réorganisation des services et de la structure de gouvernance (pour Sherbrooke, tiré de l'état des résultats du CLC préparé par le CLSC)	17 592	---	16 560
Secrétariat et autres frais administratifs			
Sherbrooke seulement : proportion de la rémunération ⁽²⁾ de la secrétaire du CLC, frais de gestion du CLSC, téléphone et déplacements (état des résultats du CLC préparé par le CLSC)	22 152	---	---
Mobilier et équipement			
Sherbrooke seulement : mobilier et équipement informatique pour la secrétaire et la coordonnatrice du CLC (état des résultats du CLC préparé par le CLSC)	7 379	---	---
Total concertation	110 889	11 005	22 660
Porte d'entrée unique			
Supervision et coordination			
Coaticook seulement : proportion de la rémunération ⁽²⁾ de la chef de programme	---	5 460	---

	Sherbrooke	Coaticook	Granit
Consultation			
Honoraires de consultation pour la réorganisation des services	---	2 460	19 072
Formation			
Honoraires de formation et rémunération ⁽²⁾ des employés en formation	---	2 583	2 929
Promotion auprès de la population et autres			
Frais de publicité, d'installation de la ligne téléphonique et de l'ouverture de dossiers	---	389	1 888
Total porte d'entrée unique	---	10 892	23 889
Total concertation et porte d'entrée unique	110 889	21 897	46 549

	Sherbrooke	Coaticook	Granit
Gestion de cas			
Recrutement			
Publicité pour le recrutement des gestionnaires de cas	8 886	---	810
Formation			
Sherbrooke : honoraires de formation et rémunération ⁽²⁾ des gestionnaires de cas en formation (état des résultats du CLC préparé par le CLSC)	46 755	2 707	7 359
Autres : proportion du coût de la formation offerte par l'Agence (données fournies par la responsable de la formation) et rémunération ⁽²⁾ des gestionnaires de cas en formation			
Consultation			
Honoraires de consultation pour l'organisation de la gestion de cas (pour Sherbrooke, tiré de l'état des résultats du CLC préparé par le CLSC)	4 093	---	10 000
Supervision et coordination			
Sherbrooke : proportion de la rémunération ⁽²⁾ de la coordonnatrice du CLC (état des résultats du CLC préparé par le CLSC)	3 490	2 240	1 400
Autres : proportion de la rémunération ⁽²⁾ des chefs de programme			

	Sherbrooke	Coaticook	Granit
Mobilier et équipement			
Mobilier pour un bureau et un ordinateur portable pour chaque gestionnaire de cas	89 684	6 396	17 242
Coût unitaire du mobilier établi à partir du catalogue d'entente avec CASSSE 2002-2004 (1 500 \$)			
Coût unitaire de l'ordinateur portable établi selon le budget établi par l'Agence (4 114 \$)			
Coaticook seulement, ces coûts ont été multipliés par la proportion d'ETC en gestion de cas			
Secrétariat et autres frais administratifs			
Secrétariat, frais de gestion du CLSC, déplacements (pour Sherbrooke, tiré de l'état des résultats du CLC préparé par le CLSC)	12 046	1 400	---
Total gestion de cas	164 954	12 743	36 811
Dossier clinique informatisé			
Réunions du comité d'implantation du SIGG			
Sherbrooke : heures de présences tirées des comptes-rendus du comité	2 875	---	---
Tarifs horaires : voir section concertation			
Supervision et coordination			
Coaticook et Granit seulement : proportion de la rémunération ⁽²⁾ des chefs de programme		4 550	4 550
Formation			
Honoraires de formation et rémunération ⁽²⁾ des employés en formation	18 324	13 678	24 914
Équipement informatique			
Coût unitaire pour serveurs basé sur le budget établi par l'Agence (11 000 \$ chacun)	22 000	11 000	11 835
Système et soutien technique			
Frais du Partenariat SIGG, ayant assumé le développement du système, frais de soutien technique et de pilotage effectué par le Technocentre et frais de formation des établissements régionaux, répartis selon l'utilisation de chaque MRC (basé sur jour/présence ou population totale)	191 065	20 061	26 123
Autres frais d'installation et de pilotage			
Granit seulement : rémunération ⁽²⁾	---	---	3 573

	Sherbrooke	Coaticook	Granit
Total dossier clinique informatisé	234 264	49 289	70 995
Total gestion de cas et dossier clinique informatisé	399 218	62 032	107 806

(1) : lorsqu'aucune mention spécifique n'est faite, les données proviennent des responsables des finances de l'établissement local.

(2) : la rémunération comprend les salaires et tous les avantages sociaux.

CLC : Centre local de concertation est la structure créée, entre autres, pour l'implantation du RISPA

	Sherbrooke	Coaticook	Granit
COÛTS DE FONCTIONNEMENT 2005^(1,3)			
Concertation			
Réunions de concertation			870
Heures de présences tirées des comptes-rendus des comités spécifiques au RISPA			
Tarifs horaires pour cadres et intervenants, respectivement 50 \$ et 40 \$ (Conseil du Trésor, sous-section ressources humaines / conditions de travail / échelles de traitement) plus avantages sociaux de 45 % pour cadres et de 25 % pour intervenants (services des finances Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke).			
Tarifs horaires pour médecins 70 \$ (tarif horaire RAMQ)			
Supervision et coordination			
Sherbrooke : proportion de la rémunération ⁽²⁾ de la coordonnatrice du CLC (état des résultats du CLC préparé par le CLSC)	31 054	3 640	2 275
Autres : proportion de la rémunération ⁽²⁾ des chefs de programme			

	Sherbrooke	Coaticook	Granit
Déplacements			
Sherbrooke seulement : proportion des frais de déplacements de la coordonnatrice du CLC (état des résultats du CLC préparé par le CLSC)	1 119	---	---
Amortissement du coût d'implantation			
Coûts accumulés répartis sur sept ans	15 841	1 572	3 237
Total concertation	48 014	5 212	6 382
Porte d'entrée unique			
Salaires			
Sherbrooke seulement : rémunération ⁽²⁾ de la réceptionniste	61 046	---	---
Supervision et coordination			
Coaticook et Granit seulement : proportion de la rémunération ⁽²⁾ des chefs de programme	---	1 638	2 275
Amortissement du coût d'implantation			
Coûts accumulés répartis sur sept ans	---	1 556	3 413
Total porte d'entrée unique	61 046	3 194	5 688
Total concertation et porte d'entrée unique	109 060	8 406	12 070
Dénominateur : population (65 ans et plus non institutionnalisés)	17 941	2 210	3 197
Coût annuel par personne	6,079	3,804	3,775
Coût quotidien par personne	0,0167	0,0104	0,0103
Gestion de cas			

	Sherbrooke	Coaticook	Granit
Salaires			
Rémunération ⁽²⁾ des gestionnaires de cas (ETC en gestion de cas pour Coaticook) (pour Sherbrooke, tiré de l'état des résultats du CLC préparé par le CLSC)	789 129	73 838	127 123
Déplacements			
Frais de déplacement des gestionnaires de cas (pour Sherbrooke, tiré de l'état des résultats du CLC préparé par le CLSC)	16 791	590	4 967
Communications			
Frais de téléphone des gestionnaires de cas (pour Sherbrooke, tiré de l'état des résultats du CLC préparé par le CLSC)	5 500	---	5 400
Bureau			
Estimation d'un espace de bureau de 10 mètres carrés pour chaque gestionnaire de cas. Tarif Sherbrooke tiré du bail du CLC, 168 \$ par mois. Tarif Coaticook et Granit estimé par un représentant du CLD local, respectivement 161 \$ et 129 \$ par mois.	24 220	1 835	3 870
Supervision et coordination			
Sherbrooke : proportion de la rémunération ⁽²⁾ de la coordonnatrice du CLC (état des résultats du CLC préparé par le CLSC) Autres : proportion de la rémunération ⁽²⁾ des chefs de programme	10 352	1 911	2 275
Secrétariat et autres			
Sherbrooke : proportion de la rémunération ⁽²⁾ de la secrétaire du CLC (état des résultats du CLC préparé par le CLSC)	14 619	---	---
Amortissement du coût d'implantation			
Coûts accumulés répartis sur sept ans	23 565	1 820	5 259
Total gestion de cas	884 176	79 994	148 894
Dossier clinique informatisé			
Soutien technique			
Frais du soutien technique assumé par le Technocentre et facturé à chaque MRC	15 446	9 655	10 944

	Sherbrooke	Coaticook	Granit
Supervision et coordination Coaticook et Granit seulement : proportion de la rémunération ⁽²⁾ des chefs de programme	---	1 911	2 275
Amortissement du coût d'implantation Coûts accumulés répartis sur sept ans	33 466	7 041	10 142
Total dossier clinique informatisé	48 912	18 607	23 361
Total gestion de cas et dossier clinique informatisé	933 088	98 601	172 255
Dénominateur : nombre moyen de dossiers actifs dans l'année	485	40	100
Coût annuel par personne suivie en gestion de cas	1 923,89	2 465,03	1 722,55
Coût quotidien par personne suivie en gestion de cas	5,2709	6,7535	4,7193

(1) : lorsqu'aucune mention spécifique n'est faite, les données proviennent des responsables des finances de l'établissement local.

(2) : la rémunération comprend les salaires et tous les avantages sociaux.

(3) : les coûts de fonctionnement ont été cumulés séparément pour 2003, 2004 et 2005. Pour ne pas alourdir la présentation, nous présentons seulement les coûts de 2005. Tous les coûts quotidiens sont présentés à la fin de l'annexe I.

CLC : Centre local de concertation est la structure créée, entre autres, pour l'implantation du RISPA.

ANNEXE G
LES SOURCES DES UTILISATIONS ET DES COÛTS UNITAIRES DES
SERVICES

<p>10 milieux de vie, urbains et ruraux</p> <p>M1 Domicile individuel, propriétaire</p> <p>M2 Domicile individuel, locataire</p> <p>M3 Domicile individuel, pensionnaire unique</p> <p>M4A Résidence d'accueil, 9 personnes ou moins</p> <p>M4B Résidence privée, 9 personnes ou moins</p> <p>M5A Pavillon, 10 personnes et plus</p> <p>M5B Résidence privée, 10 personnes et plus</p> <p>M6 CHLSD privé conventionné</p> <p>M7 CHSLD privé non conventionné</p> <p>M8 CHSLD public, incluant les USLD dans les CH</p>	<p>7 types d'organismes fournissant les services</p> <p>1 Organisme public</p> <p>2 Organisme bénévole</p> <p>3 Agence privée</p> <p>4 Entreprise d'économie sociale</p> <p>5 Allocation directe</p> <p>6 Résidence avec services optionnels</p> <p>7 Résidence ou famille d'accueil avec services fournis</p>
<p>3 scénarios pour le bénévolat</p> <p>A. Tarif du secteur privé ajusté pour la surveillance</p> <p>B. Tarif nul</p> <p>C. Tarif du secteur privé</p>	<p>Utilisation</p> <p>ST source : suivi téléphonique</p> <p>n quantité</p>
<p>Sources d'information pour les coûts (en dollars de 2002)</p> <p>E-1997 Hébert <i>et al.</i> (1997a) : Services requis par les personnes âgées en perte d'autonomie – Évaluation clinique et estimation des coûts selon le milieu de vie</p> <p>E-BF Durand <i>et al.</i> (2001a) : Développement et implantation d'un système de prix de revient des soins et services à domicile dans le cadre du projet de démonstration d'un réseau intégré des services dans les Bois-Francs avec une coordination de services par gestion de cas (case-management)</p> <p>E-Laval Dubuc <i>et al.</i> (2002a) : Services requis par les personnes âgées en perte d'autonomie - Évaluation clinique et estimation des coûts sur le territoire de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval</p> <p>E-TM Dubuc <i>et al.</i> (2002b) : Temps consacré aux différentes activités de services de soutien à domicile fournis par les CLSC de la RRSST de Laval</p> <p>E-PR Enquête sur les résidences privées, réalisée dans le cadre de PRISMA-Estrie</p> <p>E-RIS Étude des coûts d'implantation et de fonctionnement du RISPA, réalisée dans le cadre de PRISMA – Estrie (voir Durand <i>et al.</i>, 2007)</p> <p>E-IMP Veil <i>et al.</i> (2005) : Évaluation de l'implantation des mécanismes et outils d'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie: Résultats de mise en œuvre.</p>	

catégorie description	utilisation	unité de mesure	coût source d'information	coût source de financement
(A) Hébergement infrastructure Terrain, bâtisse et ameublement	ST pour n jours dans le milieu de vie	Jour / présence	M1 à 3 urbain et rural; 4A, 5A, 6 à 8 rural : E-1997 indexée M4A, 5A, 6 à 8 urbain : Moyenne pondérée E-1997 et E-Laval indexées M4B et 5B : E-PR	Selon le milieu de vie privé ou public Au besoin, la proportion privée / publique est basée sur la contribution des adultes hébergés selon E-1997
(B) Hébergement fonctionnement Dépenses d'entretien	ST pour n jours dans le milieu de vie	Jour / présence	M1 à 3 urbain et rural; 4A, 5A, 6 à 8 rural : E-1997 indexée M4A, 5A, 6 à 8 urbain : Moyenne pondérée E-1997 et E-Laval indexées M4B et 5B : E-PR	Selon le milieu de vie privé ou public Au besoin, la proportion privée / publique est basée sur la contribution des adultes hébergés selon E-1997
(C) Support administratif Frais de gestion des infrastructures d'hébergement Supervision des résidences et pavillons avec permis	(M4A-B, 5A-B, 6 à 8) ST n jours dans le milieu de vie (M4A et 5A) ST n jours dans le milieu de vie	Jour / présence Jour / présence	M4A, 5A, 6 à 8 rural : E-1997 indexée M4A, 5A, 6 à 8 urbain : Moyenne pondérée E-1997 et E-Laval indexées M4B et 5B : E-PR E-1997 indexée	Selon le milieu de vie privé ou public Au besoin, la proportion privée / publique est basée sur la contribution des adultes hébergés selon E-1997 Public

catégorie description	utilisation	unité de mesure	coût source d'information	coût source de financement
(D) Activités de soutien Entretien ménager et buanderie (AVD) et alimentation	(MI à 3, 4B, 5B) ST pour n heures d'AVD; Partie handicap du SMAF pour établir bénévolat	Heure de service	Selon organisme au ST Taux horaires : 1 : voir section consultations 2, 4, 5 : <i>Portrait des entreprises en aide domestique</i> de Industrie et Commerce Québec, pour 2000-2001, indexé (Thouin et al., 2002) 3 : voir section consultations Pour bénévolat, 3 scénarios	Selon l'organisme (public, privé) qui rend le service, ou bénévolat comme public Prise en compte de la proportion de financement public des entreprises d'aide domestique et du crédit d'impôt pour le maintien à domicile (23 %)
	(M1 à 3, 4B, 5B) ST pour n repas reçus, autres repas établis par différence; Partie handicap du SMAF pour établir bénévolat	Repas	Selon organisme au ST Coût par repas : 2, 4 : états financiers de Sercovie au 31 août 2001 6, 7 : E-PR Autres repas : E-1997 indexée Pour bénévolat, 3 scénarios	Selon l'organisme (public, privé) qui rend le service, ou bénévolat Autres repas considérés privés
	(M4A-B, 5A-B, 6 à 8) ST pour n jours dans le milieu de vie	Jour / présence	M 4A, 5A, 6 à 8 rural : E-1997 indexée M4A, 5A, 6 à 8 urbain : Moyenne pondérée E-1997 indexée et E-Laval indexée M4B et 5B : E-PR	Selon le milieu de vie privé ou public Au besoin, la proportion privée / publique est basée sur la contribution des adultes hébergés selon E-1997

catégorie description	utilisation	unité de mesure	coût source d'information	coût source de financement
(E) Soins infirmiers et assistance Assistance pour AVQ	(M1 à 3, 4B, 5B) ST pour n heures d'assistance reçues (AVQ); Partie handicap du SMAF pour établir le bénévolat	Heure de service	Selon organisme au ST Taux horaires : 1 : voir section consultations 2, 4 : 2 coopératives de services à domicile, taux de 2004 équivalent celui de 2002. 3, 5 : E-1997 indexée 6, 7 : E-PR Pour bénévolat, 3 scénarios	Selon l'organisme (public, privé) qui rend le service, ou bénévolat Allocation directe considérée comme public Prise en compte de la proportion de financement public du crédit d'impôt pour le maintien à domicile (23 %)
Ensemble des soins infirmiers et d'assistance fournis par le milieu de vie	(M4A, 5A, 6 à 8) n heures de services requises selon l'équation de régression de l'article Hébert <i>et al.</i> (2001)	Heure de service requise	Taux horaires de base de soins infirmiers et de soins d'assistance : pour urbain, selon moyenne pondérée E-1997 et E-Laval indexées; pour rural, selon E-1997 indexée Taux horaire établi selon la pondération du personnel professionnel/para-professionnel qui fournit le service	Selon le milieu de vie privé ou public Au besoin, la proportion privée / publique est basée sur la contribution des adultes hébergés selon E-1997

catégorie description	utilisation	unité de mesure	coût source d'information	coût source de financement
(F) Surveillance Gardiennage occasionnel pour les personnes à domicile	(M1 à 3) ST pour n heures de gardiennage reçues	Heure de service	Selon organisme au ST Taux horaires : 1 : taux 2002, selon annexe à la circulaire 2003-003 du MSSS 2, 4 : 2 coopératives de services à domicile, taux de 2004 équivalent celui de 2002 3 : E-1997 indexée	Selon l'organisme (public ou privé) qui rend le service Prise en compte de la proportion de financement public du crédit d'impôt pour le maintien à domicile (23 %)
Surveillance pouvant aller jusqu'à 24 heures par jour	(M1 à 3) Partie handicap du SMAF pour n heures requises et fournies par l'entourage (M4B et 5B) n heures disponibles pour la surveillance (-) n heures d'AVQ reçues selon le ST (M4A, 5A, 6 à 8) 24 heures (-) n heures soins infirmiers et assistance requises (voir sous-section E)	Heure de surveillance assurée	Selon 3 scénarios E-PR	Bénévole Selon le milieu de vie privé Prise en compte de la proportion de financement public du crédit d'impôt pour le maintien à domicile (23 %)
			M 4A urbain et rural; 5A, 6 à 8 rural : E-1997 indexée. M5A, 6 à 8 urbain : moyenne pondérée E-1997 indexée et E-Laval indexée M4B et 5B : E-PR	Selon le milieu de vie privé ou public Au besoin, la proportion privée / publique est basée sur la contribution des adultes hébergés selon E-1997

catégorie description	utilisation	unité de mesure	coût source d'information	coût source de financement
(G) Service de répit Tous les frais d'hébergement temporaire, y compris :	ST n jours du service de répit	Jour / présence	Coûts d'hébergement cumulés selon les sous- sections A, B, C et D pour M8	La proportion privée correspond à 20 \$/jour selon le service des finances de l'Institut Universitaire de Gériatrie de Sherbrooke; ce montant couvre l'ensemble des services
Soins infirmiers et assistance	ST n jours, calcul des heures de services requis, voir sous- section E	Heure de service requis	Voir sous-section E pour M8	
Surveillance	ST n jours, 24 heures (-) n heures soins infirmiers et assistance requis, voir sous- section E	Heure de service	Voir sous-section F pour M8	
(H) Consultations des médecins Omnipraticiens et médecins spécialistes	ST n visites par type de spécialité	Visite	Coût moyen d'un examen (pour les omnipraticiens), d'une consultation (pour les spécialistes) Statistiques RAMQ, tableau 2.12, pour les personnes de plus de 75 ans, année 2002	Public

catégorie description	utilisation	unité de mesure	coût source d'information	coût source de financement
(I) Consultations autres Professionnels de la santé ou des services sociaux	ST n visites par type d'intervenant	Visite	Privé : liste de tarifs selon l'ordre professionnel ou l'organisme régissant la profession Public : Temps d'intervention : estimés à partir de E-TM Taux des différents professionnels : moyennes salaires, avantages sociaux et fournitures des centres d'activités concernés selon états financiers au 31 mars 2002 des MRC expérimentales et de contrôle, plus frais pour support administratif et les infrastructures (établis à partir de E-Laval)	Selon ST public ou privé
(J) Médicaments à domicile Tous les médicaments sous ordonnance achetés dans l'année	M1 à 3, 4 A-B, 5 A-B, 7 Dossier RAMQ	Coût total spécifique pour chaque sujet	Banque de données de la RAMQ incluant coût des services pharmaceutiques et des médicaments	Banque de données de la RAMQ partie publique assumée par la RAMQ (assurance médicament), partie privée assumée par la personne
(K) Services pharmaceutiques et médicaments assumés par l'institution Tous les médicaments sous ordonnance fournis aux sujets	M6 et 8 ST n jours dans le milieu de vie	Jour / présence	Coût quotidien moyen provincial calculé à partir de données extraites du rapport intitulé « 2001-2002, Pharmacie-Médicaments seulement, Coût moyen des médicaments par jour en CHSLD »	Coût moyen provincial pour les CHSLD publics Coût moyen provincial pour les CHSLD privés conventionnés

catégorie description	utilisation	unité de mesure	coût source d'information	coût source de financement
(L) Hospitalisation Infrastructures, gestion, soins, services, actes médicaux (non chirurgicaux) et médicaments	ST n nuits d'hospitalisation, de visites à l'urgence (ne couche pas à l'hôpital); département déterminé selon dossier du patient	Jour / présence	Coût moyen par jour calculé à partir de E-BF Ajout d'un coût pour les actes médicaux (voir H), les installations et les infrastructures	Public
(M) Chirurgie d'un jour Tous les frais liés à l'hospitalisation temporaire et à la chirurgie	ST n visites hôpital	Coût par chirurgie (incluant séjour à l'hôpital)	Coût moyen établi à partir de E-BF Actes chirurgicaux estimés à partir des Statistiques RAMQ, tableau 2.12, année 2002 Prise en compte du coût des équipements et des infrastructures	Public
(N) Chirurgie patient hospitalisé Tous les frais liés à la chirurgie	ST hôpital, colonne chirurgie Oui	Coût par chirurgie (excluant séjour)	Coût moyen établi à partir de E-BF Actes chirurgicaux estimés à partir des Statistiques RAMQ, tableau 2.12, année 2002 Prise en compte du coût des équipements et des infrastructures	Public
(O) Hôpital de jour Tous les frais d'infrastructure, de consultations et de soins	ST n visites à l'hôpital de jour	Journée	Coût moyen d'une visite, étude IUGS Tousignant <i>et al.</i> (2001) incluant les services spécialisés, indexé Ajout d'un coût pour le support administratif, l'entretien et les infrastructures	Public
(P) Centre de jour Tous les frais	ST n visites au centre de jour	Demi-journée	Coût moyen incluant intervenants, repas et autres, support administratif, entretien et infrastructures, établi à partir des données de E-Laval	Public

catégorie description	utilisation	unité de mesure	coût source d'information	coût source de financement
(Q) Déplacement Déplacements à des fins médicales et psychosociales	ST pour les services pour lesquels la personne âgées s'est déplacée, en ambulance ou non (hospitalisation, visite à un intervenant, au centre de jour ou à l'hôpital de jour)	Déplacement en ambulance	Coût moyen global pour un déplacement en ambulance selon budget du MSSS 2001-02	Pour les personnes de plus de 64 ans, financement assumé à 100 % par le public sauf cas d'exception (non considéré)
		Déplacement non en ambulance	Coût au km selon étude du Club automobile (CAA) Distance moyenne entre résidence et destination (hôpital, clinique, hôpital ou centre de jour), estimée pour un échantillon à l'aide du logiciel Mapquest	Considéré comme assumé à 100 % par le privé, sauf pour le centre de jour et l'hôpital de jour dont la proportion privée/publique est basée sur E-BF

ANNEXE H
LE SMAF INCAPACITÉ ET HANDICAP

ITEMS DU SMAF

A. ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE (A.V.Q.)
1. Se nourrir
2. Se laver
3. S'habiller
4. Entretenir sa personne (brosser les dents, se peigner, se faire la barbe, couper ses ongles)
5. Fonction vésicale
6. Fonction intestinale
7. Utiliser les toilettes
B. MOBILITÉ
1. Transferts du lit vers le fauteuil ou le fauteuil roulant et vice versa
2. Marcher à l'intérieur
3. Marcher à l'extérieur
4. Installer prothèse ou orthèse
5. Se déplacer en fauteuil roulant
6. Utiliser les escaliers
C. COMMUNICATIONS
1. Voir
2. Entendre
3. Parler
D. FONCTIONS MENTALES
1. Mémoire
2. Orientation
3. Compréhension
4. Jugement
5. Comportement
E. TÂCHES DOMESTIQUES (capacités instrumentales)
1. Entretenir la maison
2. Préparer les repas
3. Faire les courses
4. Faire la lessive
5. Utiliser le téléphone
6. Utiliser les moyens de transport
7. Prendre ses médicaments
8. Gérer son budget

Exemple pour la détermination des scores incapacités et handicap

SMAF

Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle
Indiquez la **fréquence** des services sur une semaine (7 jours) et répartition entre les **ressources**.
INCAPACITÉS

HANDICAP

A. ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE (A.V.Q.)

1. SE NOURRIR

<input type="checkbox"/> 0	Se nourrit seul		Oui	0	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> -0.5	Avec difficulté		Actuellement, l'usager a les		
<input type="checkbox"/> -1	Se nourrit seul mais requiert de la stimulation ou de la surveillance		ressources (aide et/ou surveillance) pour combler cette incapacité	Non	-1
	OU on doit couper ou hacher sa nourriture au préalable			-2	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> -2	A besoin d'une aide partielle pour se nourrir OU qu'on lui présente les plats un à un			-3	<input type="checkbox"/>
			(7 jours/7, 3 fois/jour, T=21)		
<input type="checkbox"/> -3	Doit être nourri entièrement par une autre personne OU porte une sonde naso-gastrique OU une gastrostomie		Ressources : _____	_____	_____
			** Paiement : _____	_____	_____
			Fréquence : _____	_____	_____
			(nb fourni / nb requis / unité de temps)	_____	_____
			Commentaires : _____	_____	_____
	<input type="checkbox"/> sonde naso-gastrique		<input type="checkbox"/> gastrostomie		

* **Ressources** : 1. Usager 2. Entourage 3. Public professionnel 4. Public para-professionnel 5. Privé professionnel
6. Privé para-professionnel 7. Popote roulante/ Coop services à domicile
** **Paiement de la ressource** : 0. Aucun 1. Usager 2. Famille 3. Autre privé 4. Public

ANNEXE I
LES COÛTS UNITAIRES

Coût quotidien d'hébergement

Milieu de vie	Urbain ou Rural	Public	Privé	Total
1 à 3	U	0,00	14,74	14,74
1 à 3	R	0,00	13,17	13,17
4A	U	3,61	3,15	6,76
4A	R	3,20	3,42	6,62
4B	U	0,00	7,13	7,13
4B	R	0,00	7,13	7,13
5A	U	2,63	4,41	7,04
5A	R	1,66	3,39	5,05
5B	U	0,00	6,60	6,60
5B	R	0,00	6,04	6,04
6	U	12,60	2,15	14,75
6	R	7,64	1,84	9,48
7	U	0,00	8,75	8,75
7	R	0,00	8,90	8,90
8	U	11,45	1,94	13,39
8	R	10,55	2,59	13,14

Coût quotidien de soutien, domiciles collectifs et CHSLD

Milieu de vie	Urbain ou Rural	Public	Privé	Total
4A	U	5,37	4,70	10,07
4A	R	5,91	6,30	12,21
4B	U	0,34	1,94	2,28
4B	R	0,34	1,94	2,28
5A	U	2,79	4,66	7,45
5A	R	2,11	4,29	6,40
5B	U	0,20	1,13	1,33
5B	R	0,45	2,55	3,00
6	U	21,54	3,60	25,14
6	R	17,45	4,20	21,65
7	U	0,00	11,58	11,58
7	R	0,00	11,42	11,42
8	U	25,41	4,31	29,72
8	R	27,17	6,67	33,84

Coût quotidien de support administratif, domiciles collectifs et CHSLD

Milieu de vie	Urbain ou		Public	Privé	Total
	Rural				
4A	U		3,01	0,56	3,57
4A	R		2,23	0,19	2,42
4B	U		0,00	1,72	1,72
4B	R		0,00	1,72	1,72
5A	U		3,53	1,76	5,29
5A	R		2,48	1,54	4,02
5B	U		0,00	3,31	3,31
5B	R		0,00	3,08	3,08
6	U		14,19	2,43	16,62
6	R		8,69	2,09	10,78
7	U		0,00	8,96	8,96
7	R		0,00	3,10	3,10
8	U		15,27	2,59	17,86
8	R		13,21	3,24	16,45

Tarif horaire de surveillance, domiciles collectifs et CHSLD

Milieu de vie	Urbain ou		Public	Privé	Total
	Rural				
4A	U		0,44	0,39	0,83
4A	R		0,40	0,42	0,82
4B	U		0,12	0,68	0,80
4B	R		0,12	0,68	0,80
5A	U		0,11	0,19	0,30
5A	R		0,09	0,19	0,28
5B	U		0,00	0,20	0,20
5B	R		0,00	0,20	0,20
6	U		1,50	0,26	1,76
6	R		1,21	0,29	1,50
7	U		0,00	0,44	0,44
7	R		0,00	0,54	0,54
8	U		1,31	0,22	1,53
8	R		1,26	0,31	1,57

Tarif horaire de soins infirmiers et d'assistance, domiciles collectifs et CHSLD

Milieu de vie	Urbain ou Rural	Public	Privé	Total
4A	U	3,37	2,96	6,33
4A	R	2,81	3,00	5,81
5A	U	4,40	7,37	11,77
5A	R	4,50	9,17	13,67
6	U	23,10	3,95	27,05
6	R	22,92	5,52	28,44
7	U	0,00	8,59	8,59
7	R	0,00	14,34	14,34
8	U	22,02	3,73	25,75
8	R	20,08	4,93	25,01

Tarif horaire de soins infirmiers et d'assistance, domiciles individuels

Service fourni par	Urbain Rural	Public	Privé	Total
Public	U et R	31,13	0,00	31,13
Organisme bénévole ou d'économie sociale	U et R	0,90	14,10	15,00
Agence privée	U	0,83	12,94	13,77
Agence privée	R	0,85	13,27	14,12
Allocation directe du CLSC	U	13,77	0,00	13,77
Allocation directe du CLSC	R	14,12	0,00	14,12
Résidence ou famille d'accueil	U et R	1,69	9,58	11,27

Tarif horaire de soutien, domiciles individuels

Service fourni par	Urbain Rural	Public	Privé	Total
Public	U et R	31,13	0,00	31,13
Organisme bénévole ou d'économie sociale	U et R	9,73	5,96	15,69
Agence privée	U et R	0,84	13,16	14,00
Allocation directe du CLSC	U et R	15,69	0,00	15,69

Tarif horaire de gardiennage, domiciles individuels

Service fourni par	Urbain			Total
	Rural	Public	Privé	
Public	U et R	17,40	0,00	17,40
Organisme bénévole	U et R	0,90	14,10	15,00
Agence privée	U	0,57	8,88	9,45
Agence privée	R	0,54	8,50	9,04
Organisme d'économie sociale	U et R	0,90	14,10	15,00

Coût d'une visite à un (ou d'un) professionnel

Profession	Public		Privé	
	à domicile	en cabinet	à domicile	en cabinet
Omnipraticien	41,30	34,41		
Médecin spécialiste	65,34	65,34		
Optométriste	40,50	40,50		
Orthophoniste	128,99	111,96		60,00
Ergothérapeute	186,76	169,73		90,00
Physiothérapeute	128,99	111,96		35,00
Travailleur social	173,34	158,64		75,00
Psychologue	111,44	96,73		80,00
Inhalothérapeute	86,77	72,45	35,00	
Diététiste	116,71	101,30		60,00
Infirmière	71,99	55,03	53,00	35,00
Infirmière auxiliaire	71,99	55,03	36,00	35,00
Audiologiste	30,00	30,00		30,00
Chiropraticiens				40,00
Dentiste		80,00		80,00
Acupuncteur				35,00
Podologue				35,00
Orthodontiste				50,00

Coût quotidien RISPA, concertation et porte d'entrée unique

Année			
Terminée le	Sherbrooke	Coaticook	Granit
31 mars 2003	0,0123	0,0089	0,0136
31 mars 2004	0,0136	0,0114	0,0112
31 mars 2005	0,0167	0,0104	0,0103

Coût quotidien RISPA, gestion de cas et DCI

Année			
Terminée le	Sherbrooke	Coaticook	Granit
31 mars 2003	7,22	10,74	6,03
31 mars 2004	8,11	8,10	5,73
31 mars 2005	5,27	6,75	4,72

ANNEXE J
LETTRES DE CONSENTEMENT DES PARTICIPANTS

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU PARTICIPANT

Centre de recherche sur le vieillissement
Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

INFORMATIONS SUR L'ÉTUDE :**TITRE DU PROJET :**

Évaluation de l'implantation et de l'impact de mécanismes et d'outils d'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie.

RESPONSABLE :

Docteur Réjean Hébert, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

COLLABORATEURS :

J. Desrosiers, Ph.D. ; N. Dubuc, Ph.D. ; Pierre J. Durand, MD; Gina Bravo, Ph.D. ;
Martin Buteau, Ph.D.; Chantal Caron, Ph.D., André Tourigny, MD; Danièle
Blanchette, Ph.D. ; Michel Tousignant, Ph.D.; Yves Couturier, Ph.D. ; Lucie Bonin,
MD ; Michel Carbonneau, M.Sc.; Lysette Trahan, Ph.D. ; Linda Dieleman; Rémy
Lavigne; Robert Bellefleur, M.A.; Céline Bureau.

DÉCLARATION DE RESPONSABILITÉ :

Le chercheur principal, ainsi que les chercheurs collaborateurs ci-dessus désignés sont responsables du déroulement du présent projet de recherche et s'engagent à respecter les engagements qui y sont énoncés.

Signature d'un des chercheurs responsables du projet :

R. Hébert _____

J. Desrosiers _____

N. Dubuc _____

OBJECTIF DU PROJET :

Les services gériatriques actuellement offerts sont très efficaces pour aider une personne en perte d'autonomie. En effet, près du tiers des personnes ayant subi une perte d'autonomie peuvent espérer la récupérer dans l'année qui suit. Cependant, la multiplicité des services et des intervenants actuels génère des problèmes de continuité dans les services offerts. Comme nous vivons dans un contexte où le nombre de personnes âgées grandit et où les ressources financières sont rares, il nous apparaît nécessaire de veiller à ce que les services offerts aux personnes âgées continuent de répondre à des besoins grandissants, sans augmentation des coûts. Pour ce faire, il faut mettre en place, dès maintenant, des outils et des mécanismes qui facilitent l'organisation et la coordination des services de santé offerts aux personnes âgées.

La présente étude a comme objectif d'évaluer la mise en place et l'impact des outils et des mécanismes qui améliorent la continuité et l'intégration des services de santé destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie.

NATURE DE LA PARTICIPATION :

Votre participation à notre étude comprend cinq entrevues à domicile d'une durée maximale d'une heure trente. Les entrevues auront lieu à votre convenance au tout début, après un an et après deux ans. Au cours de ces entrevues, une évaluatrice vous posera des questions sur votre utilisation des services de santé et des services sociaux. Il sera question de votre implication dans les décisions qui ont été prises concernant votre santé. Il sera aussi question de votre niveau de satisfaction en ce qui a trait à l'accessibilité et la continuité des services de santé qui vous ont été offerts. L'évaluatrice évaluera votre degré d'autonomie.

Durant ces quatre années, l'évaluatrice vous appellera à tous les deux mois pour connaître le nombre et la fréquence des visites que vous aurez effectuées auprès des intervenants de la santé. La durée de cet appel téléphonique ne dépassera pas 15 minutes.

AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE LA PARTICIPATION :

Vous ne retirerez aucun bénéfice direct en participant à cette étude. Cependant vous contribuerez à l'amélioration des services de santé pour les personnes âgées.

INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE LA PARTICIPATION :

Nous sommes bien conscients que les questionnaires et les entrevues téléphoniques prennent de votre temps. Cependant, vous êtes la personne la mieux placée pour nous aider à évaluer l'implantation et l'impact des outils et mécanismes mis en place pour assurer l'organisation et la coordination des services de santé offerts aux personnes âgées.

RISQUES :

Il est entendu que ma participation à ce projet de recherche ne me fait courir, sur le plan médical, aucun risque que ce soit. Il est également entendu que ma participation n'aura aucun effet sur tout service de santé que je recevrais ou que je reçois déjà.

RETRAIT DE MA PARTICIPATION :

Il est entendu que ma participation au projet de recherche décrit ci-dessus est tout à fait volontaire et que je reste, à tout moment, libre de mettre fin à ma participation sans avoir à motiver ma décision, ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL DE LA RAMQ

Je consens à ce que l'équipe de chercheurs utilise mon numéro d'assurance maladie pour avoir accès aux données concernant les coûts reliés aux hospitalisations, aux visites à l'urgence et aux ordonnances de médicaments pour la période comprise entre le 1^{er} janvier 2000 et le 31 mars 2006.

Oui → *Non* →

Mon numéro d'assurance maladie :

ÉTUDES ULTÉRIEURES :

Il se peut que les résultats obtenus suite à cette étude donnent lieu à une autre recherche. Dans cette éventualité, j'autorise les personnes responsables de ce projet à

me recontacter et à me demander si je serais intéressé(e) à participer à une nouvelle recherche.

Oui → Non →

INFORMATION :

J'accepte que l'information recueillie puisse être utilisée pour fins de communication scientifique et professionnelle. Mon nom ne sera jamais mentionné, les informations me concernant demeureront confidentielles et anonymes.

Oui → Non →

CONFIDENTIALITÉ :

Il est entendu que l'anonymat sera respecté à mon égard, que l'information contenue dans mon dossier demeurera confidentielle et que je ne serai identifié(e) dans aucune publication.

PERSONNES À CONTACTER :

Vous pourrez rejoindre, tout au long du projet de recherche, Dr Réjean Hébert au numéro de téléphone (819) 829-7131 poste 2130, pour toute information supplémentaire ou tout problème relié au projet de recherche. Vous pouvez également contacter le coordonnateur de l'étude, Michel Raïche, au (819) 829-7131 poste 2652.

Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez, après en avoir discuté avec le responsable du projet, expliquer vos préoccupations à la présidente du comité d'éthique de l'Institut

universitaire de gériatrie de Sherbrooke. Vous pourrez la rejoindre par l'intermédiaire de son secrétariat, en composant le numéro suivant : (819) 829-7131.

DÉCLARATION DU PARTICIPANT :

Je déclare avoir eu suffisamment d'explications sur la nature et le motif de ma participation au projet de recherche. J'ai lu et/ou compris les termes du présent formulaire de consentement et j'en ai reçu un exemplaire. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction. J'accepte de participer à cette étude.

Signature du participant : _____

Signature du témoin : _____

DÉCLARATION DU RESPONSABLE DE L'OBTENTION DU CONSENTEMENT :

Je soussigné(e) _____, certifie avoir expliqué au signataire intéressé les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard ; lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus.

Signature du responsable de l'obtention du consentement : _____

Signature du témoin : _____

Fait à _____, le _____ jj/mm/aaaa

Acceptez-vous de recevoir le journal Encrêge, destiné aux participants des recherches du Centre de recherche sur le vieillissement ?

Oui → Non →

Formulaire de consentement à consulter le dossier

TITRE DU PROJET :

Évaluation de l'implantation et de l'impact de mécanismes et d'outils d'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie.

RESPONSABLE :

Docteur Réjean Hébert, Centre de recherche sur le vieillissement, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Je consens à ce que le Docteur Réjean Hébert ou des membres dûment désignés de son équipe consulte mon dossier médical archivé entre le 1^{er} janvier 2000 et le 31 mars 2006 dans les établissements suivants :

Hôtel-Dieu de Lévis

Hôtel-Dieu de Montmagny

Centre de santé Paul-Gilbert

CLSC-CHSLD de la MRC Desjardins

CLSC et CHSLD de la MRC de Montmagny

CLSC et CHSLD de la MRC de L'Islet

Autre établissement : _____

Je comprends que ces personnes iront recueillir des informations sur les services que j'ai reçus à savoir : plan de services individualisés, outil multicientèle, durée de mon(mes) séjours hospitalier(s), département(s) où j'ai séjourné(e). Je reconnais que cette collecte d'information servira à l'étude PRISMA, étude dont je fais actuellement partie. Je sais que l'information recueillie sera utilisée pour fins de communication scientifique et professionnelle. Je suis assuré(e) que tous les renseignements demeureront strictement confidentiels. De plus, mon nom n'apparaîtra jamais sur

aucun document, ce qui signifie que les résultats publiés ne permettront en aucune manière de m'identifier. Seulement les personnes directement impliquées dans le projet de recherche auront accès aux données. Les données seront conservées sous clé et détruites après cinq ans. Cette autorisation peut être révoquée en tout temps, verbalement ou par écrit. Si je désire avoir plus d'information concernant l'étude, je peux toujours communiquer avec le Dr Réjean Hébert, au (819) 829-7131.

Signature du participant ou personne autorisée (en qualité de) Date

Écrire le nom du sujet en lettres moulées# Assurance maladie

Signature du témoin Date

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À CONSULTER LE DOSSIER

TITRE DU PROJET :

Évaluation de l'implantation et de l'impact de mécanismes et d'outils d'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie.

RESPONSABLE :

Docteur Réjean Hébert, Centre de recherche sur le vieillissement, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Je consens à ce que le Dr Réjean Hébert ou des membres dûment désignés de son équipe consulte mon dossier médical archivé entre le 1^{er} janvier 2000 et le 31 mars 2006 dans les établissements suivants :

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Carrefour de la santé et des services sociaux de la MRC de Coaticook

Carrefour de la santé et des services sociaux de la MRC du Granit

CLSC de La Région-Sherbrookoise

Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Centre de réadaptation Estrie

Centre d'hébergement et de soins de longue durée l'Estriade

Autre établissement : _____

Je comprends que ces personnes iront recueillir des informations sur les services que j'ai reçus à savoir : plan de services individualisés, outil multicientèle, durée de mon(mes) séjours hospitalier(s), département(s) où j'ai séjourné(e). Je reconnais que cette collecte d'information servira à l'étude PRISMA, étude dont je fais actuellement partie. Je sais que l'information recueillie sera utilisée pour fins de communication scientifique et professionnelle. Je suis assuré(e) que tous les renseignements demeureront strictement confidentiels. De plus, mon nom n'apparaîtra jamais sur

aucun document, ce qui signifie que les résultats publiés ne permettront en aucune manière de m'identifier. Seulement les personnes directement impliquées dans le projet de recherche auront accès aux données. Les données seront conservées sous clé et détruites après cinq ans. Cette autorisation peut être révoquée en tout temps, verbalement ou par écrit. Si je désire avoir plus d'information concernant l'étude, je peux toujours communiquer avec le Dr Réjean Hébert, au (819) 829-7131.

Signature du participant ou personne autorisée (en qualité de) Date

Écrire le nom du sujet en lettres moulées# Assurance maladie

Signature du témoin Date

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE LA PERSONNE AIDANTE

TITRE DU PROJET :

Évaluation de l'implantation et de l'impact de mécanismes et d'outils d'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie.

RESPONSABLE :

Docteur Réjean Hébert, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

IMPORTANCE DE L'ÉTUDE ET OBJECTIF DU PROJET :

Les services gériatriques actuellement offerts sont très efficaces pour aider une personne ayant subi une perte d'autonomie. En effet, près du tiers des personnes ayant subi une perte d'autonomie peuvent espérer la récupérer dans l'année qui suit. Cependant, la multiplicité des services et des intervenants actuels génère des problèmes de continuité dans les services offerts. Comme nous vivons dans un contexte où le nombre de personnes âgées grandit et où les ressources financières sont rares, il nous apparaît nécessaire de veiller à ce que les services offerts aux personnes âgées continuent de répondre à des besoins grandissants, sans augmentation des coûts. Pour ce faire, il faut mettre en place, dès maintenant, des outils et des mécanismes qui facilitent l'organisation et la coordination des services de santé offerts aux personnes âgées.

La présente étude a comme objectif principal d'évaluer la mise en place et l'impact des outils et des mécanismes qui améliorent la continuité et l'intégration des services de santé destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie.

NATURE DE VOTRE PARTICIPATION :

Votre participation à notre étude comprend cinq entrevues au domicile de la personne que vous aidez, d'une durée maximale d'une heure trente. Les entrevues auront lieu à

vosre convenance au tout début, après un an et après deux ans d'étude. Au cours de ces entrevues, une évaluatrice posera des questions sur l'utilisation des services de santé, sur l'implication dans les décisions médicales et paramédicales qui ont été prises et sur le niveau de satisfaction en regard des services offerts. L'évaluatrice évaluera le degré d'autonomie de la personne que vous aidez. Cependant, une attention particulière sera portée à vos tâches d'aidant(e) et à l'utilisation des ressources publiques, privées et communautaires complémentaires à votre soutien.

Durant ces deux années, l'évaluatrice appellera la personne que vous aidez à tous les deux mois pour connaître le nombre et la fréquence des visites qui auront été effectuées auprès des professionnels de la santé. Cet appel téléphonique ne dépassera pas 15 minutes.

AVANTAGES PERSONNELS POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION :

Vous ne retirerez aucun bénéfice direct en participant à cette étude mais votre participation à cette étude peut vous aider à prendre une part plus active dans les décisions qui concernent la personne que vous aidez. Votre opinion sera prise en considération lors des évaluations prévues dans l'étude.

INCONVÉNIENTS :

Nous sommes bien conscients que les questionnaires et les entrevues téléphoniques prennent de votre temps. Cependant, vous être la personnes ressource la mieux placée pour nous aider à évaluer l'implantation et l'impact des outils et mécanismes mis en place pour assurer l'organisation et la coordination des services de santé offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie.

RISQUE :

Votre collaboration ne comporte aucun risque puisqu'il s'agit d'entrevues individuelles et téléphoniques s'adressant principalement à la personne que vous

aidez. Veuillez noter que la plupart des questions ont déjà fait partie d'autres études traitant des mêmes thèmes.

RETRAIT DE VOTRE PARTICIPATION :

Il sera possible de vous abstenir de répondre à certaines questions. Vous pourrez mettre un terme à votre participation en tout temps sans compromettre les services de santé que vous recevez ou ceux offerts à la personne que vous aidez. Si vous vous retirez de l'étude, nous détruirons, à votre demande, tous les documents qui vous concernent. S'il arrive que l'étude se termine avant les deux années prévues, nous vous préviendrons.

CONFIDENTIALITÉ :

L'information recueillie sera utilisée pour fins de communication scientifique et professionnelle. Cependant, nous vous assurons que tous les renseignements demeureront anonymes et que les règles de la confidentialité seront respectées. En effet, votre nom n'apparaîtra jamais sur aucun document, ce qui signifie que les résultats publiés ne permettront en aucune manière de vous identifier. Seulement les personnes directement impliquées dans le projet de recherche auront accès aux données. Les données seront conservées sous clé et détruites après cinq ans.

INFORMATIONS CONCERNANT LE PROJET :

Nous répondrons à toutes les questions que vous poserez à propos de l'étude à laquelle vous acceptez de participer. Vous pouvez d'ailleurs nous rejoindre durant les heures de bureau ou encore laisser un message au coordonnateur de l'étude, Michel Raïche, au numéro de téléphone (819) 829-7131 poste #2652.

Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez, après en avoir discuté avec le responsable du projet, expliquer vos préoccupations au président du comité d'éthique de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. Vous pourrez le rejoindre par

l'intermédiaire de son secrétariat, en composant le numéro suivant : (819) 829-7131
poste #2386.

ÉTUDE ULTÉRIEURE :

Il se peut que les résultats obtenus suite à cette étude donnent lieu à une autre recherche. Dans cette éventualité, autorisez-vous les personnes responsables de ce projet à vous contacter et à vous demander si vous seriez intéressé(e) à participer à une nouvelle recherche ?

Oui Non

DÉCLARATION :

J'ai compris tous les termes du présent formulaire, je reconnais avoir été informé(e) de façon suffisante sur la nature et le motif de ma participation et je consens à participer au projet.

Signature du participant : _____

Déclaration du chercheur

Je, soussigné(e), _____, certifie avoir expliqué au signataire intéressé les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard; lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de cesser sa participation à l'étude présentée ci-dessus.

Signature du chercheur ou de son représentant : _____

Fait à _____, le _____jj/mm/aaaa

ANNEXE K
LES ANALYSES DE CROISSANCE RÉALISÉES PAR HÉBERT ET AL.
(2009)

Les analyses de croissance de l'autonomie fonctionnelle, la satisfaction, l'autonomisation et le fardeau des aidants

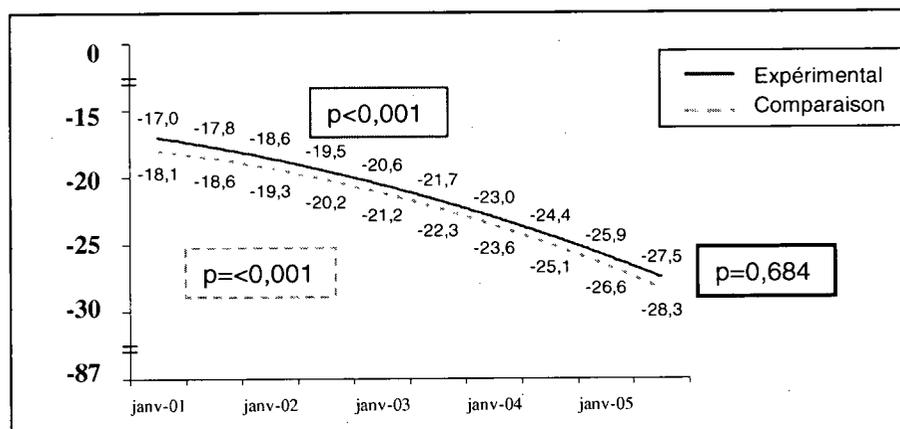
	Autonomie fonctionnelle		Satisfaction		Autonomisation		Fardeau de l'aidant	
	E	T	E	T	E	T	E	T
Janvier 2001: nombre score moyen IC à 95 %	501 -17,0 / -87 (-16,0 à -18,0)	419 -18,1 / -87 (-17,0 à -19,1)	501 7,50 / 16 (7,29 à 7,71)	419 7,97 / 16 (7,74 à 8,19)	501 7,78 / 16 (7,52 à 8,04)	419 8,26 / 16 (7,97 à 8,55)	409 16,4 / 88 (15,0 à 17,7)	306 18,4 / 88 (16,9 à 19,9)
Janvier 2002: nombre score moyen IC à 95 %	420 -18,6 / -87 (-17,7 à -19,5)	327 -19,3 / -87 (-18,4 à -20,3)	420 7,76 / 16 (7,59 à 7,92)	327 7,91 / 16 (7,73 à 8,08)	420 7,51 / 16 (7,35 à 7,66)	327 7,67 / 16 (7,50 à 7,84)	351 17,5 / 88 (16,3 à 18,6)	263 18,8 / 88 (17,5 à 20,0)
Janvier 2003: nombre score moyen IC à 95 %	588 -20,6 / -87 (-19,6 à -21,5)	636 -21,2 / -87 (-20,3 à -22,2)	588 8,02 / 16 (7,87 à 8,16)	636 7,85 / 16 (7,70 à 8,00)	588 7,40 / 16 (7,35 à 7,66)	636 7,31 / 16 (7,15 à 7,47)	509 15,5 / 88 (17,5 à 19,6)	482 19,1 / 88 (18,0 à 20,2)
Janvier 2004: nombre score moyen IC à 95 %	483 -23,0 / -87 (-21,9 à -24,1)	510 -23,6 / -87 (-22,6 à -24,7)	483 8,28 / 16 (8,12 à 8,44)	510 7,79 / 16 (7,64 à 7,94)	483 7,47 / 16 (7,30 à 7,64)	510 7,19 / 16 (7,02 à 7,35)	415 19,6 / 88 (18,5 à 20,7)	359 19,5 / 88 (18,4 à 20,6)
Janvier 2005: nombre score moyen IC à 95 %	395 -25,9 / -87 (-24,7 à -27,1)	434 -26,6 / -87 (-25,5 à -27,8)	395 8,54 / 16 (8,34 à 8,73)	434 7,73 / 16 (7,54 à 7,91)	395 7,71 / 16 (7,52 à 7,90)	434 7,29 / 16 (7,11 à 7,47)	333 20,7 / 88 (19,4 à 21,9)	308 19,8 / 88 (18,6 à 21,1)
Valeur p intra-groupe	↓ <0,001	↓ <0,001	↑ <0,001	↓ 0,107	↓ <0,001	↓ <0,001	↑ <0,001	↑ 0,098
Valeur p intergroupe	0,684		<0,001		<0,001		0,013	
Statistique d'ajustement	1 547 (p<0,001)		172 (p<0,001)		198 (p<0,001)		106 (p<0,001)	

Adaptation du tableau 3 de Hébert, R., Raïche, M., Dubois, M.-F., Gueye, N. R., Dubuc, N., Tousignant, M., et PRISMA Group. (2009). Impact of PRISMA, a coordination-type integrated service delivery system for frail older people in Quebec (Canada): A quasi-experimental study. *Journals of Gerontology - Social Sciences*, (sous presse) Advance Access published online on May 4, 2009.

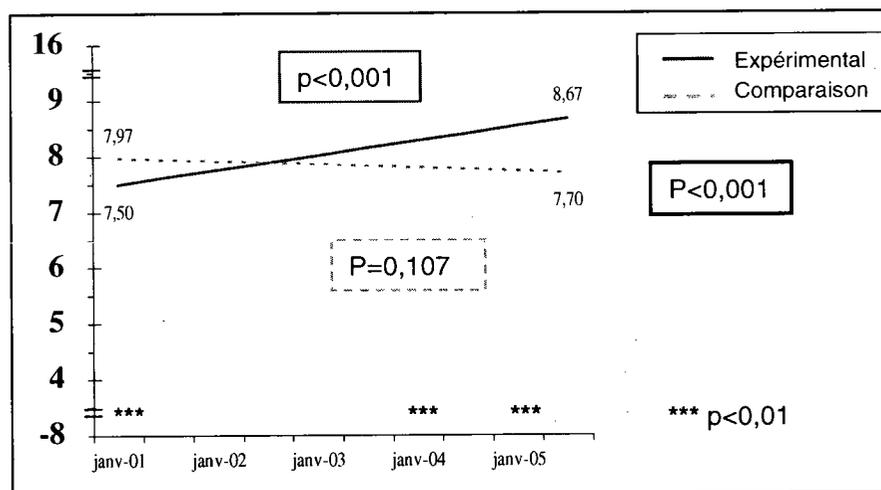
E : région expérimentale
C : région de comparaison
IC : intervalle de confiance

ANNEXE L
LES ANALYSES DE CROISSANCE ILLUSTRÉES PAR HÉBERT ET AL.
(2007C)

L'évolution des scores d'incapacité, mesure d'autonomie fonctionnelle

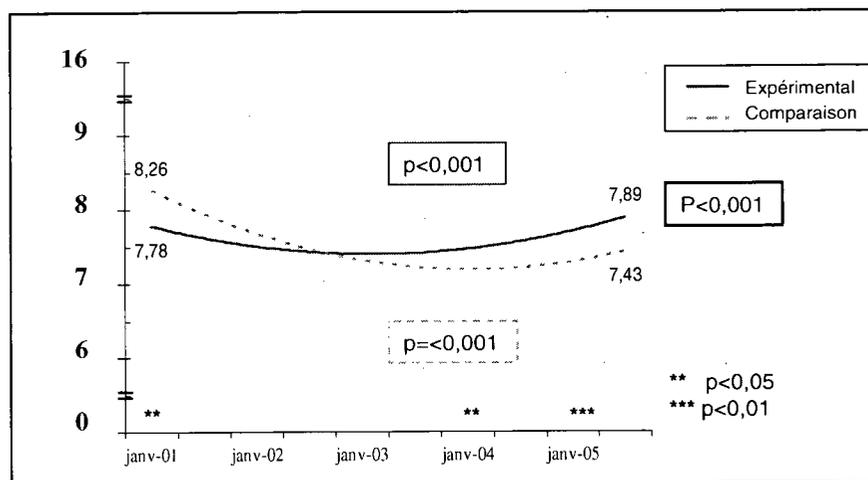
Adaptation de la figure 12.9¹.

L'évolution de la satisfaction des personnes âgées

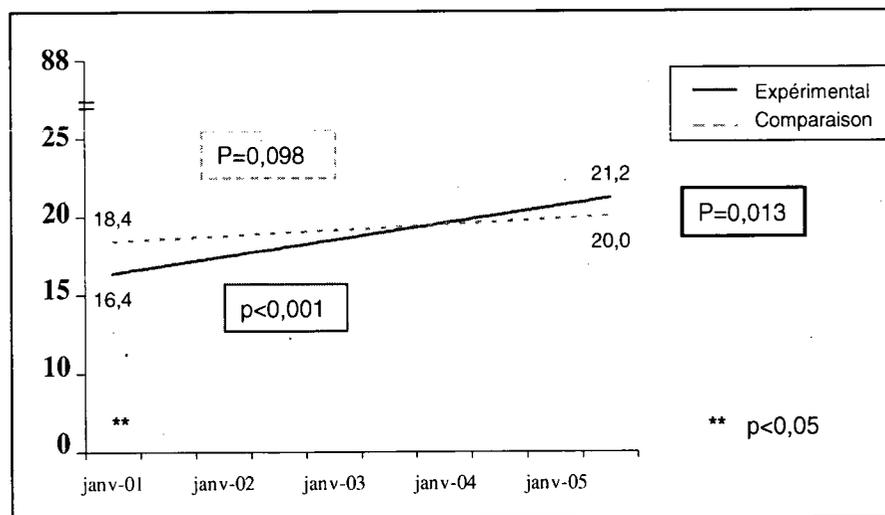
Adaptation de la figure 12.11¹

¹ Hébert, R., Raïche, M., Dubois, M.-F., Dubuc, N., Tousignant, M., Gueye, N. R., et groupe PRISMA-Estrie. (2007c). Les impacts du réseau intégré de services sur les personnes âgées et leurs aidants dans l'étude PRISME-Estrie. In R. Hébert, A. Tourigny, et M. Raïche (directeurs), *PRISMA volume II, L'intégration des services: les fruits de la recherche pour nourrir l'action* (p.243-269). Québec: Edisem Inc.

L'évolution de l'autonomisation des personnes âgées

Adaptation de la figure 12.13¹

L'évolution du fardeau des aidants

Adaptation de la figure 12.15¹¹ Ibid

ANNEXE M
LA PRÉVALENCE DU DÉCLIN FONCTIONNEL

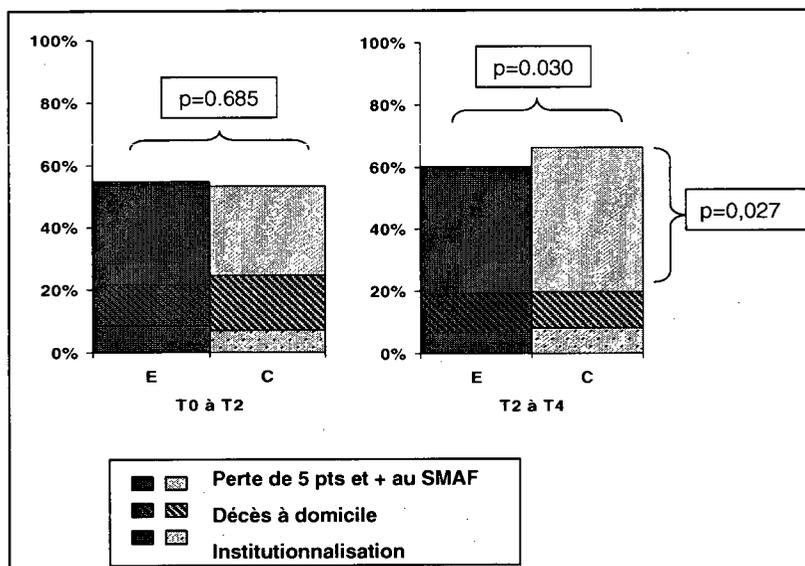
La prévalence du déclin fonctionnel

	T0 à T2		T2 à T4	
	E	C	E	C
Participants exposés	465	365	541	579
Institutionnalisés	35 (8 %)	19 (5 %)	36 (7 %)	47 (8 %)
Décédés	51 (11 %)	47 (13 %)	68 (13 %)	68 (12 %)
Perte de 5 points SMAF	169 (36 %)	129 (35 %)	221 (41 %)	269 (47 %)
Participants avec déclin	255 (55 %)	195 (53 %)	325 (60 %)	384 (66 %)
Valeur p du Chi-carré	0,685		0,030	

Adaptation du tableau 2 de Hébert, R., Raïche, M., Dubois, M.-F., Gueye, N. R., Dubuc, N., Tousignant, M., et PRISMA Group. (2009). Impact of PRISMA, a coordination-type integrated service delivery system for frail older people in Quebec (Canada): A quasi-experimental study. *Journals of Gerontology - Social Sciences*, sous presse, Advanced Access published online on May 4, 2009.

E : région expérimentale C : région de comparaison

L'illustration de la prévalence du déclin fonctionnel



Adaptation du tableau 12.6 de Hébert, R., Raïche, M., Dubois, M.-F., Dubuc, N., Tousignant, M., Gueye, N. R., et groupe PRISMA-Estrie. (2007c). Les impacts du réseau intégré de services sur les personnes âgées et leurs aidants dans l'étude PRISME-Estrie. In R. Hébert, A. Tourigny, et M. Raïche (directeurs), *PRISMA volume II, L'intégration des services: les fruits de la recherche pour nourrir l'action* (p.243-269). Québec: Edisem Inc.

E : région expérimentale C : région de comparaison