

Université de Reims-Champagne Ardenne
UFR Médecine

Année 2008

N°

THESE

Présentée pour l'obtention du

**DIPLOME DE DOCTORAT DE L'UNIVERSITE
DE REIMS-CHAMPAGNE ARDENNE**

Ecole Doctorale Sciences, Technologies, Santé

Soutenue publiquement le 4 avril 2008

par

le Dr Dominique SOMME

**FILIERES DE SOINS, INTEGRATION, GESTION DE CAS
ET MAINTIEN DE L'AUTONOMIE DES PERSONNES AGEES**

Service de Gériatrie Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris, France
Centre de recherche sur le vieillissement, Institut Universitaire de Gériatrie de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec,
Canada.

Composition du Jury

Membres du jury Monsieur le Professeur Joël ANKRI (Paris) - Rapporteur
Monsieur le Professeur François BLANCHARD (Reims) – Directeur
Monsieur le Professeur Damien JOLLY (Reims)
Monsieur le Professeur Réjean HEBERT (Sherbrooke) - Directeur
Monsieur le Professeur Jean-Luc NOVELLA (Reims)
Monsieur le Professeur Olivier SAINT-JEAN (Paris)
Monsieur le Professeur Marc VERNY (Paris) - Rapporteur

SOMME DOMINIQUE

FILIERES DE SOINS, INTEGRATION, GESTION DE CAS ET MAINTIEN DE L'AUTONOMIE DES PERSONNES AGEES

RESUME

Le système de soins et d'aide aux personnes âgées en perte d'autonomie en France se caractérise par un nombre importants d'acteurs. Cela entraîne des difficultés pour les personnes à trouver l'aide dont elles ont besoin dans un système fragmenté. Au moment où l'évolution de l'espérance de vie augmente de façon nette, il semble indispensable de s'interroger sur les conséquences actuelles de cette fragmentation. Nous en avons étudié deux : l'utilisation inappropriée de l'hôpital, et le non-respect des droits fondamentaux de la personne au cours de l'institutionnalisation. Nos résultats mettent en évidence l'importance de raisonner à partir du domicile des personnes et en s'appuyant sur l'intégration de toutes les structures de soins et d'aide. Nous apportons également une réflexion méthodologique sur les études des filières de soins qui permettent d'appréhender ces phénomènes. Le constat de l'inadaptation du système de soins et d'aide crée une situation de tension qui pousse vers l'innovation. Le modèle PRISMA, par son antériorité, son efficacité prouvée au Québec, sa flexibilité démontrée offre l'opportunité d'étudier l'implantation d'un modèle d'intégration en France. L'étude des modifications organisationnelles et de pratiques professionnelles actuellement en cours permettra d'identifier les facteurs de mutation du système vers l'intégration. Cependant, le sens même de l'intégration est que la personne perçoive "le bon service ou bon moment au bon endroit par la bonne personne au moindre coût humain et social". Cet objectif nécessite le recours à un gestionnaire de cas, nouveau champ professionnel. Nous avons analysé au Québec en profondeur l'une de leur tâche : la planification individualisée. Les gestionnaires de cas eux-mêmes décrivaient l'inadaptation de leurs outils de travail évaluée selon une approche d'ergonomie cognitive. Ces travaux ont conduit le ministère de la Santé et des Services sociaux à mandater un groupe de travail afin de préciser la démarche et les outils nécessaires à la planification individualisée dont nous rapportons la méthode de travail et les résultats.

MOTS CLES

Suivi soins patient, Besoins et demandes service santé, programme clinique, réseaux coordonnés, administration santé publique, santé publique, gériatrie, gestion cas, intégration systèmes, pratique professionnelle, ergonomie, communication interdisciplinaire, recherche qualitative, institutionnalisation

COMPOSITION DU JURY

Monsieur le Professeur Joël ANKRI (Paris) - Rapporteur
Monsieur le Professeur François BLANCHARD (Reims) – Directeur
Monsieur le Professeur Damien JOLLY (Reims)
Monsieur le Professeur Réjean HEBERT (Sherbrooke) – Directeur
Monsieur le Professeur Jean-Luc NOVELLA (Reims)
Monsieur le Professeur Olivier SAINT-JEAN (Paris)
Monsieur le Professeur Marc VERNY (Paris) – Rapporteur

COORDONNEES

Adresse personnelle :
7 rue Gaston Meunier
91260 Juvisy sur Orge

Adresse du laboratoire :
Service de Gériatrie, HEGP, 20-40 rue Leblanc
75015 Paris

REMERCIEMENTS

Je remercie les différents organismes ayant apportés leur soutien financier à ce travail:

- Ministère des affaires étrangères: Programme des bourses Egide Lavoisier
- Assistance publique hôpitaux de Paris: Programme de formation continue
- Institut universitaire de Gériatrie de Sherbrooke dépositaire des fonds de recherche PRISMA¹
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, Groupe de travail sur l'évolution de l'outil d'évaluation multiclientèle
- Ministère de la santé et des solidarités, Direction Générale de la Santé.
- Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
- Régime social des Indépendants

Je remercie également la Direction de la recherche de l'évaluation et des études statistiques pour l'accès aux données de l'enquête EHPA 2000. Je remercie Mme Hélène Thomas, pour nos échanges qui ont été ma première expérience de travail scientifique interdisciplinaire.

Je remercie chacun des co-auteurs des articles de cette thèse et les membres du groupe de travail du ministère de la santé et des services sociaux du Québec pour leur implication personnelle dans ce travail. Paule Lebel et Lucie Bonin, co-présidentes de ce groupe reçoivent ici une salutation spéciale pour l'accueil qu'elles ont réservé à mes idées et pour l'ouverture d'esprit dont elles ont fait preuves.

Je tiens également à remercier Mme Anne Veil, agente de recherche au centre de recherche sur le vieillissement, Mr Maxime Gagnon, coordinateur de l'étude PRISMA, Mr Michel Raiche, coordinateur de l'étude PRISMA Estrie, Mme Pauline Gervais, étudiante au doctorat au centre de recherche sur le vieillissement et Mme Lynne Michaud, étudiante en maîtrise au centre de recherche sur le vieillissement. Nos nombreux échanges durant l'année passée au centre de

¹ PRISMA est une équipe multidisciplinaire où chercheurs et gestionnaires du Ministère et des agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux collaborent aux prises de décisions scientifiques et stratégiques. PRISMA a été financé par la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé en partenariat avec le Fonds de la recherche en santé du Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke et 5 agences de

recherche sur le vieillissement ont grandement contribué aux résultats présentés ici. Je remercie aussi le Pr Yves Couturier de ses conseils durant mon séjour au Québec et d'avoir bien voulu rejoindre avec son équipe le projet PRISMA France.

L'équipe projet PRISMA France constituée de Mme Catherine Perisset, chef de projet, Dr Laurence Leneveut, pilote du projet, Mme Sylvie Lemonnier, pilote pour Paris 20, Mlle Hélène Trouvé et Mme Viginie Taprest-Raes, ingénieures de recherche, est remerciée pour son engagement enthousiaste et efficace au service de ce projet ambitieux. Tous les partenaires rencontrés au décours de ce projet sont également ici remerciés de leur investissement.

L'équipe des médecins et soignants du service de Gériatrie de l'HEGP est remerciée pour la compréhension dont elle a fait preuve durant ce travail.

Enfin je remercie mes maîtres en Médecine, en Gériatrie et en Santé Publique, en particulier ceux qui m'ont fait l'honneur d'accepter d'être membre de ce jury. Je remercie le Pr Réjean Hébert pour m'avoir accueilli dans son équipe et avoir rendu mon séjour au Québec des plus agréables du fait de son investissement dans le projet PRISMA et dans mon travail en particulier et du fait de son amitié. Je remercie le Pr Gina Bravo d'avoir apporter une grande plus-value à ce travail grâce à son regard méthodologique efficace et critique. Je remercie le Pr François Blanchard de m'avoir accepté dans l'école doctorale de Reims Champagne Ardennes et de m'avoir soutenu dans le cadre de ce travail international.

Enfin, mes remerciements vont bien sûr à Olivier Saint-Jean pour son amitié et le soutien indéfectible qu'il m'a toujours porté et qui va bien au delà de ce travail.

I Introduction	6
II Problématique	7
1. Les enjeux de la démographie.....	7
1.1 Le défi de la morbidité.....	7
1.2 Le défi de l'apparition de générations de personnes très âgées et fragiles	8
1.3 Le défi des limitations fonctionnelles.	8
1.4 Le défi de la santé dans sa pleine définition	9
1.5 Le défi de la diminution du nombre d'aidants familiaux disponibles.....	9
2. Un système de soins fragmentés, mal préparé à ces enjeux.	11
3. Des choix politiques à faire.....	14
4. Des conséquences de la fragmentation imprécises, nécessité de nouvelles perspectives d'analyse, concept de filières de soins.	15
5. Lutter contre la fragmentation, concept d'intégration	18
5.1 Définition.....	18
5.1.1 Les systèmes de type S/HMO aux Etats-Unis (Kaiser Permanente) depuis 1985.....	21
5.1.2 Le modèle Bois-Francis	22
5.1.3 Le modèle PRISMA.....	22
6. Donner du sens à l'intégration: concept d'intégration clinique, nécessité de nouveaux outils.	24
III Objectifs généraux de la thèse	29
IV Méthodologie générale de la thèse.....	31
V Article 1: Residents' involvement in the admission process in long-term care settings in France: Results of the "EHPA 2000" survey	32
VI Article 2 : Non-pertinence hospitalière dans deux services de Gériatrie aiguë : description du phénomène et étude des facteurs de risque	50
VII Article 3 : PRISMA France : Programme d'implantation d'une innovation dans un système de soins et de services aux personnes en perte d'autonomie. Adaptation d'un modèle d'intégration basé sur la gestion de cas.....	73
VIII Article 4 : The Individualized Service Plan as a Clinical Integration Tool: Qualitative Analysis in the Quebec PRISMA Experiment.....	100
IX Article 5 : Development of an individualised service plan tool and rules for case management in Québec	131
X Discussion générale	156
1. Réflexions concernant la recherche dans le champ de l'analyse de filières de soins.....	156
2. Caractère adapté de l'outil d'analyse que représentent les filières de soins.....	158
3. Concept "d'Evidence Based Health and Services Organization".	161
4. La tâche de planification individualisée.....	164
XI Conclusions	166
ANNEXES.....	168
Annexe 1 : Residents' involvement in the admission process in long-term care settings in France: Results of the "EHPA 2000" survey	169
Annexe 2: Non-pertinence hospitalière dans deux services de Gériatrie aiguë : description du phénomène et étude des facteurs de risque	170
Annexe 3: The Individualized Service Plan as a Clinical Integration Tool: Qualitative Analysis in the Quebec PRISMA Experiment.....	171
Annexe 4: Exemples de PSI.....	172
Annexe 5: Comparaison PSI.....	175
Annexe 6: Prisma France : programme d'implantation d'une innovation dans un système de soins et de services aux personnes en perte d'autonomie. Adaptation d'un modèle d'intégration basé sur la gestion de cas	178
REFERENCES	179

I Introduction

Le défi d'améliorer le dispositif de soins, de diminuer la dépendance sans augmenter le coût de la prise en charge est aujourd'hui un défi pour de nombreux pays du fait des nouveaux enjeux démographiques. De nombreuses expériences d'intégration ont rapporté une amélioration de l'aide aux personnes en perte d'autonomie, de la participation des personnes à leur projet de soins et d'aide, du respect de la dignité des personnes âgées fragiles. A l'instar de ce qui existe à l'étranger qui est préconisé dans différents rapports officiels [1-5] et du programme CARMEN (care and management of services for Older People in Europe Network [6], Programme géré par l'European health management association pour la communauté européenne visant à améliorer la prise en charge des personnes âgées), la DGS, la CNSA et le RSI ont décidé de financer un projet de recherche visant à mesurer l'implantation dans le système français du dispositif PRISMA ayant déjà montré son efficacité au Québec et qui sert de guide à l'implantation de l'intégration telle qu'implantée dans de nombreux autres pays. Dans toutes ces expériences, l'apparition d'un nouveau professionnel, le gestionnaire de cas paraît central. Ses rôles sont aujourd'hui bien définis mais les outils dont il dispose ne sont pas forcément adaptés à ce nouveau champ professionnel.

II Problématique

1. Les enjeux de la démographie

L'augmentation de l'espérance de vie à la naissance dans les pays les plus riches n'est plus un fait à démontrer [7]. Jusqu'à présent, la poursuite de cette augmentation semble principalement liée au déclin de la mortalité aux âges les plus élevés [7]. La (ou les) cause(s) exacte(s) de cette baisse de la mortalité des personnes les plus âgées n'est pas totalement élucidée [7]. De plus l'espérance de vie sans incapacité (définie selon la possibilité de réaliser quelques gestes quotidiens) semble augmenter en France plus vite encore que l'espérance de vie elle-même [7]. Même si ce dernier fait n'est pas constaté de façon universelle dans tous les pays riches, la tendance largement dominante dans les pays de l'OCDE est à une compression de l'incapacité (en tout cas de l'incapacité "sévère") à réaliser des activités de la vie quotidienne [7]. Néanmoins, cette vision optimiste de la transition démographique ne doit pas en masquer les enjeux en matière d'organisations des soins et de santé publique:

1.1 Le défi de la morbidité

De façon parallèle à ces modifications on enregistre dans plusieurs pays une augmentation de la morbidité déclarée [7-9]. Le vieillissement ne s'accompagne donc pas actuellement d'une compression de la morbidité mais semble plutôt valider la théorie de l'équilibre dynamique de Manton selon laquelle la poursuite de l'augmentation de l'espérance de vie s'accompagnerait d'une augmentation de la morbidité totale mais avec une diminution de la sévérité moyenne des pathologies (dont on suppose qu'elle expliquerait la compression des incapacité sévères aux activités de la vie quotidienne) [7]. Actuellement, les études démographiques sur les co-morbidités n'utilisent pas toutes les mêmes définitions, ainsi les chiffres peuvent varier.

Néanmoins, un taux supérieur à 60% des personnes de plus de 65 ans ayant plus de deux maladies chroniques est quasiment constamment retrouvé [10]. Une étude aux Etats Unis rapporte un taux de 21% de personnes de plus de 65 ans ayant plus de 4 maladies chroniques (avec une augmentation de cette proportion avec l'âge) [10]. Ainsi les patients âgés ont et auront probablement de plus en plus de pathologies chroniques à prendre en compte ou à prévenir.

1.2 Le défi de l'apparition de générations de personnes très âgées et fragiles

Cependant tous les pays ne montrent pas la même évolution concernant la morbidité. Une partie des différences peut être liée aux différentes méthodes d'enquête mais il est également possible que les cohortes plus jeunes qui entrent aujourd'hui dans la catégorie d'âge de 65 ans et plus soit en moyenne en meilleure santé que ne l'était leur prédécesseurs [7]. Même dans ce cas où la morbidité pourrait être moindre, l'apparition du fait de la diminution de la mortalité aux grands âgés d'un grand nombre de personnes extrêmement âgées (plus de 90ans voire plus de 100 ans) entraîne la nécessité de faire face à une population très fragile [11] ayant probablement des besoins spécifiques pour la promotion de leur santé.

1.3 Le défi des limitations fonctionnelles.

La diminution de l'incapacité aux activités de la vie quotidienne et plus encore de l'incapacité aux activités instrumentales de la vie quotidienne n'est pas indépendante de l'environnement. En effet, les données concernant l'évolution des capacités fonctionnelles des personnes âgées sont beaucoup plus équivoques que celles concernant l'incapacité à réaliser des activités de la vie quotidienne [7]. Par ailleurs, les pays où la prévalence de l'incapacité aux activités de la vie quotidienne est initialement

basse sont également ceux où l'évolution en faveur d'une compression est la moins nette [7]. Ceci semble souligner l'importance qu'ont pu avoir des politiques antérieures d'adaptation de l'environnement (les personnes seront d'avantage capable de réaliser eux-mêmes leur toilette si l'accès à l'adaptation du domicile a été facilitée par le passé). Ainsi les personnes âgées ont et auront probablement à faire face à de plus en plus de limitations fonctionnelles, mêmes si en moyenne il est probable qu'elles soient plutôt moins sévères et dans un environnement plus favorable.

1.4 Le défi de la santé dans sa pleine définition

D'une façon plus large, la définition des différentes dimensions de la santé prise en compte dans ces études démographiques sont particulièrement empreintes du concept médical de la santé, et ne prend pas en compte tous les aspects de la définition de la santé promue par l'OMS ("un état de bien être total physique, social et mental de la personne. Ce n'est pas la simple absence de maladie ou d'infirmité"); C'est pourtant cette définition qui sous-tend la déclaration d'Ottawa [12, 13] selon laquelle, la promotion de la santé ne peut se limiter aux soins mais "inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques des divers secteurs en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé et en leur faisant admettre leur responsabilité à cet égard". Il paraît ainsi inadéquat de ne traiter la problématique de l'accroissement de la morbidité aux grands âges que par un accroissement de la force soignante.

1.5 Le défi de la diminution du nombre d'aidants familiaux disponibles

La transition démographique s'accompagne d'une diminution du rapport du nombre de personnes en âges d'être d'éventuels aidants familiaux comparé au nombre de personnes les plus âgés [14]. Ce rapport (nombre de personnes âgées de 50 à 74 ans/ nombre de

personnes âgées de plus de 85 ans) évolue en effet de façon parallèle en Suisse et au Etats Unis passant dans les deux cas d'un chiffre supérieur à 30 dans les années 70 à un chiffre proche de 17 dans les années 90 avec des projections autour de 9 pour 2010 [14]. Certes il est possible que le désir d'être aidé par ses proches puisse également se modifier. Il a ainsi été montré que le désir d'être aidé par sa famille dans le grand âge n'était pas identique selon les pays et susceptible d'évoluer en fonction de l'évolution de la structure sociale et familiale [15]. Cependant l'évolution de ce rapport pourrait également sous-estimer l'ampleur du déficit en aidants familiaux en raison notamment de l'évolution des rapports familiaux et de la mobilité professionnelle accrue. De plus, le système professionnel de support (infirmières, travailleurs sociaux, aides à domicile et médecins) est également touché par l'évolution démographique. Ces professions sont susceptibles d'être déficitaires dans le soin à domicile alors même que le rapport du nombre d'infirmières/100 000 habitants en France paraît plutôt faible en comparaison d'autres pays européens (ce rapport est de 7,24/1000 en France en 2004 alors qu'il est de 3,66/1000 en Géorgie, le pays où il est le plus bas en Europe, jusqu'à 14,84/1000 en Norvège où ce rapport est le plus élevé, il est de 12,12/1000 au Royaume Uni, 9,72/1000 en Allemagne et de 10,75/1000 en Suisse par exemple) [16]. Les professionnels de santé sont touchés dans l'ensemble par le vieillissement alors même que l'âge paraît être en soit un facteur de risque d'épuisement professionnel, complication que l'on rencontre notamment dans l'aide à domicile des personnes âgées [17-20]. Ainsi face à l'évolution de la morbidité des personnes âgées il ne paraît pas raisonnable de compter sur un accroissement de la force soignante professionnelle à domicile ni d'un accroissement (quantitatif au moins) de l'aide apportée par les aidants familiaux.

Ainsi la chance que représente la transition démographique par la possibilité actuelle de vieillir avec moins de restriction sévère aux activités de la vie quotidienne doit s'accompagner d'une transition de notre système de soins et de services à domicile pour faire face aux enjeux de l'accroissement de la morbidité et particulièrement des co-morbidités.

2. Un système de soins fragmentés, mal préparé à ces enjeux.

L'ensemble des constats démographiques incite à penser qu'il existe d'ores et déjà de façon durable une tendance à l'accroissement de la population âgée ayant des besoins complexes tant médicaux (notamment liés à la morbidité) que sociaux (notamment liés à l'évolution de la structure familiale). Face à ces besoins, le système d'aide montre de nombreux clivages [1] qui semblent de nature à entraîner une perte de chance pour les personnes âgées en situation complexe. Les clivages existent notamment entre le secteur du "soin" et le secteur dit "social" (et parfois "médico-social", ce qui ne résout pas le clivage); entre l'hôpital et les soins de ville, entre les soins aigus et les soins chroniques ou continus, entre le secteur libéral et le secteur institutionnel et entre le secteur privé et le secteur public. Ces clivages concernant autant les financements, la gouvernance que les prérogatives des professionnels. Ce sont ces nombreux clivages qui définissent l'état de "fragmentation" de notre système de soins et de services aux personnes âgées [21]. Il ne s'agit évidemment pas d'une particularité française [21]. Ces clivages ont été rendus responsables d'une gestion sub-optimale des personnes ayant des co-morbidités expliquant que les événements de santé indésirables et susceptibles d'être prévenus sont d'autant plus fréquents que la co-morbidité augmente [10]. Le constat de cette fragmentation a, par le passé conduit à certaines initiatives en France visant à réduire la fragmentation. L'historique de la coordination gérontologique a été annexée à la

circulaire de mai 2000 créant les CLICs [22]. Selon cet historique, les coordinations ont principalement souffert d'un manque d'ambition d'une part (la politique de l'emploi étant prioritaire sur la politique de professionnalisation de l'aide à domicile notamment) et d'autre part par manque d'intégration des financements. Avec la création des CLICs, il était anticipé une évolution vers l'intégration. Néanmoins, certaines limites sont apparues. Les CLICs n'ont été dotés d'aucun service et n'avaient pas vocation à en développer. Certes, comme la localisation géographique des CLICs était laissée libre, certains se sont développés au sein d'association pourvoyeuse de service voire au sein d'hôpitaux gériatriques, mais dans leur majorité les CLICs sont apparus de façon indépendante de l'offre de soins et de services existante. Par ailleurs, les CLICs n'ont aucune prérogative réglementaire sur les services dont il pouvait juger l'intervention utile. Enfin, en absence d'outil d'évaluation standardisé et validé, la demande de recours à un service pouvait toujours être jugée inadéquate sans réelle possibilité pour les CLICs d'argumenter. Les CLICs avaient par ailleurs vocation à transcender le clivage social-médical mais en parallèle s'est développée la politique de promotion des réseaux de santé dont les enjeux et les objectifs avaient de nombreux recoupement avec ceux des CLICs, sans réelle intégration au niveau stratégique des deux expériences, au point qu'une circulaire s'est avérée nécessaire pour préciser les champs de compétence de chacune des coordinations [23]. Ainsi le développement des coordinations a pu entraîner la multiplication des structures là où il était souhaité la diminution du nombre d'interlocuteurs pour la personne âgée et son entourage. Par ailleurs, les réseaux comme les CLICs se sont principalement développés grâce à l'initiative de leaders locaux, dans des structures qui sont dans un grand nombre de cas des associations ne permettant souvent pas d'avoir une reprise efficace par les pouvoirs publics des solutions organisationnelles éventuellement proposées ni un contrôle efficace de la qualité des

services rendus. Ce maillage très hétérogène a été pointé par des rapports récents comme source d'inéquité dans l'accès aux soins et aux services [1]. Il faut rappeler, de plus, que d'autres acteurs pouvaient légitimement réclamer un rôle de coordination: les services de soins infirmiers à domicile notamment dotés réglementairement d'infirmières coordinatrices, et les médecins notamment après la création des "médecins traitants". Il semble en effet licite que le médecin soit impliqué de façon majeure dans l'aide aux personnes en situation complexe du fait de l'importance de phénomène pathologique (importance des comorbidités et de l'état nutritionnel notamment) dans la survenue d'une situation complexe. Néanmoins, une étude américaine avait pointé l'impossibilité pour les omnipraticiens de fournir des soins de prévention corrects en considérant le temps nécessaire pour appliquer simplement les recommandations de bonnes pratiques et ceci sans tenir compte de leur activité de soins curatifs [24]. Les recommandations étant peu différentes d'un pays à l'autre et même en tenant compte d'une densité médicale en France légèrement supérieure à celle des Etats Unis d'Amérique (3,37/1000 habitants en 2004 versus 2,56/1000) [16], il ne paraît pas souhaitable de faire reposer le dispositif d'aide aux personnes âgées en situation complexe uniquement sur les médecins. De surcroît, comme nous l'avons déjà souligné, les personnes en situation complexe le sont rarement seulement du fait de leur état de santé mais de l'intrication de cet état de santé avec une situation nécessitant une intervention sociale. Il ne paraît pas raisonnable de faire réaliser l'essentiel de ce travail par les médecins, qui n'ont pas de formation à l'intervention sociale et dont le temps paraît pouvoir être mieux employé au service de la communauté. Enfin, la délivrance de soins de bonne qualité à des patients âgés ayant des maladies chroniques multiples est susceptible d'être particulièrement complexe, peu aidée par les guides de bonnes pratiques cliniques [25] et difficilement compatible avec l'exercice habituel de la

médecine libérale. Ceci explique probablement qu'il existe encore de nombreux écarts entre les bonnes pratiques cliniques et les soins reçus. Une estimation aux Etats Unis d'Amérique envisage qu'environ 54,9% des soins recommandés sont reçus par la population, ce chiffre est plus bas pour les soins aigus et les soins de préventions en fonction de l'âge [26]. L'enjeu est donc d'améliorer ces soins d'une façon globale pour la population et de façon particulière pour les personnes les plus susceptibles d'y avoir recours.

3. Des choix politiques à faire.

Face aux défis précédemment énoncés et afin de préparer au mieux notre système de soins et d'aide à y faire face les choix politiques à venir devront bien sûr tenir compte des contraintes liées au financement. Ainsi, tel que Leutz l'a défini toute réforme d'un système de soins et d'aide qui vise à diminuer la fragmentation (ou d'implanter l'intégration) « coûte avant de rapporter » [27]. Dans le cas du système d'aide aux personnes âgées on est plutôt en face d'un choix politique entre un investissement immédiat suffisant pour une réforme réelle ou la prévision d'une augmentation importante des coûts liés à la perte d'autonomie dans le futur, qui pourrait même mettre en danger les systèmes actuels de protection sociale [1, 28]. Le rapport de la cour des comptes parle d'un "problème d'une ampleur inédite" [1]. Il y a place ici pour un réel débat de société: les dépenses en rapport avec la dépendance doivent-elles être majoritairement remises dans les mains des solidarités familiales (sauf cas d'insolvabilité ou d'isolement extrême) ou couvertes principalement par un financement public. Dans ce dernier cas, toutefois des arbitrages seront à faire au niveau du budget de l'Etat ou de la protection sociale [29]. De plus, les mécanismes règlementaires actuels qui séparent les prestations accessibles aux personnes handicapées et aux personnes

âgées sur un barrière d'âge de 60ans paraissent de plus en plus absurdes [30]. C'est ainsi que le législateur à inclus dans le texte de la loi de février 2005 sur le handicap la mention suivante « dans les cinq ans, toutes les dispositions de la loi opérant une distinction entre les personnes handicapées en fonction de critères d'âge seront supprimés.(article 13) » [31]. Enfin le regard que l'on porte sur la personne âgée en perte d'autonomie transparait par les acteurs qui sont sollicités pour tenter d'y apporter des solutions. Les personnes âgées sont trop peu représentées auprès des instances politiques et trop souvent représentées par les Gériatres [29], d'où des solutions où l'aspect sanitaire est souvent dominant et un certain niveau « d'hospitalo-centrisme ».

4. Des conséquences de la fragmentation imprécises, nécessité de nouvelles perspectives d'analyse, concept de filières de soins.

Les conséquences de la fragmentation sont multiples pour les individus. Elles sont en particulier remarquées lors des ruptures de continuité : la personne âgée ou ses proches sont confrontés à de multiples acteurs, tous en position de coordination partielle, les évaluations sont répétées par des professionnels différents mais souvent de même formation. Ainsi, la personne doit expliquer sa situation et souvent son histoire personnelle à plusieurs professionnels différents sans relation continue. Elle se situe souvent comme interlocuteur principal voire exclusif pour l'accès aux services dont elle a besoin avec risque en cas de transmission incomplète, de répétition des examens ou de dédoublements des services. L'accès aux services se voit ainsi principalement conditionné par le guichet rejoint par la personne. Par ailleurs un tel système ne peut s'adapter de lui-même aux modifications des besoins que la personne peut vivre du fait de l'évolution de sa situation. En absence d'outil standardisé et validé de la situation, l'évaluation qui est réalisée est susceptible d'aboutir à des conclusions différentes voire

contradictoires devant laquelle la personne ou son entourage peuvent se trouver dépourvus.

Les conséquences de la fragmentation sur l'utilisation du système de soins et d'aide par les personnes âgées sont par contre imprécises. Il a été rapporté que la fragmentation entraînerait l'utilisation de ressources coûteuses (urgences, hospitalisation, institutionnalisation, etc.) par méconnaissance ou délai d'obtention de services qui aurait permis de l'éviter [21, 32]. Ceci fait ainsi référence à la notion de pertinence de l'utilisation des ressources rares, comme l'hôpital par exemple. La pertinence de l'hospitalisation est un concept développé aux Etats-Unis dans les années 70 [33]. Il s'agit de juger pour un patient donné si sa situation de santé nécessite actuellement le recours à l'hôpital. Ce jugement doit pouvoir s'exonérer au maximum de la subjectivité et du contexte local et s'appuie donc sur une vision principalement technique de l'hôpital (recours au plateau technique et soins intenses) [34]. Dans ce domaine cependant, les relations de causes à effet sont difficile à établir et l'analyse de la responsabilité de la fragmentation, et donc de l'impact espéré de sa réduction, doit se pourvoir de méthodes d'évaluation adaptées. En effet, si la consommation de ressources coûteuses n'est analysée que de façon globale, les effectifs nécessaires pour mettre en évidence un impact paraissent devoir être dissuasifs. Les études précédentes de grande envergure évaluant l'impact de la réduction de la fragmentation ont eu des résultats contrastés sur ces paramètres pris isolément [32, 35]. C'est dans cette perspective que l'utilisation des ressources coûteuses peut s'appréhender à partir d'outils d'analyse des filières de soins.

La définition d'une filière de soin mérite d'être précisée car il existe de nombreux exemples de non compréhension [36]. Gremy propose une définition de ce concept qui part de la notion de trajectoire [37].

- Notion de trajectoire : séquence ordonnée d'événements pathologiques et d'interaction avec le système de soins. Chaque patient étant singulier, la trajectoire qu'il suit est unique.
- Ainsi de même que le médecin regroupe pour pouvoir étudier les cas singuliers de chaque patient dans des entités conceptuelles telles que syndrome ou maladie, "on peut appeler filière des regroupements de trajectoires typiques et/ou fréquentes et de ce fait susceptible d'une certaine forme de modélisation".

Ce concept de filière de soins est particulièrement bien adapté à la description des besoins en termes de santé des patients âgés et au dysfonctionnement éventuel du système de soins pour répondre à ces besoins. En effet, l'offre de soins aux patients âgés est très diverse. Pour une pathologie identique, les patients âgés peuvent recevoir de l'aide ou des soins d'institutions totalement différentes en terme d'organisation, d'effectif médical, d'effectif paramédical, de moyens diagnostics et thérapeutiques, mais aussi en terme de philosophie ou sur le plan tarifaire [36, 38-42]. Les filières de soins sont donc un outil plus fin qu'une analyse des structures, permettant de décrire, d'évaluer et de planifier les différentes organisations des soins. De plus l'analyse des filières de soins a été utilisée comme facteur explicatif de variables de devenir :

- la durée moyenne de séjour en court séjour varie en fonction du lieu de vie avant admission, du lieu de soin et du lieu de destination à la sortie [43-45];
- la mortalité dans les services de Gériatrie dépend principalement de la filière d'admission (consultation, admission programmée, urgences) [43];
- le taux de retour à domicile [39, 46], d'institutionnalisation ou le taux de maintien à domicile à moyen terme [46] dépendent également des filières de soins.

Toutefois, l'analyse des filières de soins n'est pas un outil unique mais plutôt un champ de recherche en soit. Il importe donc de préciser ce qui caractérise une étude entrant dans ce champ. Pour cela, il faut se concentrer sur la notion de trajectoire [37]. Les caractéristiques les plus élémentaires des trajectoires sont l'existence d'au moins deux ensembles de coordonnées temporelles et spatiales successives pour chaque individu (par exemple: domicile puis entrée en institution). Cet ensemble devient une variable associée à l'individu et sera utilisée comme telle dans une analyse de filières de soins. A contrario, l'analyse n'est pas dans le champ des filières de soins lorsque l'on s'interroge seulement sur l'état à un moment donné (par exemple le fait d'être institutionnalisé) même si on cherche pour l'expliquer des caractéristiques dans son passé. Le deuxième temps consiste à rechercher des trajectoires typiques et/ou fréquentes et de ce fait susceptible d'une certaine forme de modélisation [37]. Autrement dit, il paraît particulièrement pertinent dans l'objectif de décrire, d'évaluer ou de planifier, d'identifier des "dysfonctionnements de filières" pour lesquels une intervention est envisageable. Ces études paraissent particulièrement indiquée pour juger des conséquences de la fragmentation ou de l'impact attendu de l'intégration bien que leurs particularités méthodologiques aient encore besoin d'être précisées.

5. Lutter contre la fragmentation, concept d'intégration

5.1 Définition

L'intégration se définit comme « un ensemble de techniques et de modèles d'organisation conçus pour la transmission d'information, la coordination et la collaboration à l'intérieur et entre les secteurs de traitement et de soin, les prestataires de services et de soins et les secteurs administratifs ou financeurs » [47]. Autrement dit il s'agit d'un modèle organisationnel

- basé sur des structures partenariale
- pour que les partenaires assurant une part de l'intervention auprès des personnes mettent en œuvre la coordination, la coopération puis la co-responsabilisation
- afin que les personnes aient vis-à-vis du système un vécu de continuité, de diversification, de flexibilité et d'adaptation aux changements de leurs besoins, qu'ils aient accès "au bon service, au bon endroit, au bon moment, au moindre coût humain et social"
- dans le respect de leur autonomie mais sans qu'ils soient laissés à eux mêmes

Ainsi selon l'une ou l'autre de ces définitions l'intégration se définit en opposition à la fragmentation. Cette définition ne doit pas masquer une certaine hétérogénéité des expériences qui a pu être synthétisée par Leutz en 3 niveaux d'intégration: liaison, coordination et intégration complète [27].

La liaison correspond au niveau le plus faible de l'intégration : il s'agit pour les organisations de définir des protocoles de transferts de compétence ou de collaboration pour répondre au besoin des personnes. Toutes les organisations demeurent indépendantes sur le plan opérationnel et dans leur relation à leur hiérarchie ou tutelle. Il s'agit en fait du système mis en place par les CLICs en France.

L'intégration complète est un modèle niché : une organisation fournit à ses usagers le continuum de services dont ils auront besoin en contractant éventuellement certains de ceux-ci avec des prestataires extérieurs. Ce modèle est notamment représenté par le projet On-lok en Californie qui fut répliqué par la suite au niveau de plusieurs états des USA dans le projet PACE [48]. Ce modèle d'intégration niché a également inspiré le projet SIPA [49]. D'autres expérimentations s'en rapprochent comme l'organisation des soins intégrés en Italie (Rovereto) [50] et au Royaume Uni (Darlington) [51]. En

France, ce modèle a été fréquemment utilisé comme référence par les réseaux de soins gérontologiques, avec un succès variable et dépendant fortement du leader.

La co-ordination est un modèle imbriqué au système de soins et services d'un territoire et vise à en modifier de façon durable le fonctionnement. Il est mis en place des mécanismes pour trouver des solutions aux problèmes de discontinuité à l'intérieur et entre les organisations. Par un travail commun, ces organisations cherchent à mutualiser leurs compétences respectives, déplaçant ainsi les frontières des différents champs d'action sanitaires et sociaux. C'est à l'ensemble des partenaires de trouver une solution adéquate aux besoins de chaque personne de la population ciblée. Pour la personne âgée, le représentant de ce dispositif est le gestionnaire de cas ² dont le rôle est central. Ce type de modèle organisationnel n'a pas actuellement d'équivalent réglementaire en France même si plusieurs documents notamment dernièrement semblaient en pointer l'intérêt.

Trois principales études viennent étayer cette approche:

² Le terme « gestionnaire de cas » est polémique. Il s'agit de la traduction littérale du terme anglais « case-manager », la fonction étant née dans les pays de langue anglaise. La traduction en français a été utilisée au Québec initialement. Dans ce pays, l'appellation a posé initialement problème principalement aux professionnels qui venaient du champ social et qui n'appréhendaient pas leur fonction comme étant principalement en lien avec de la « gestion ». En France, les réactions du même ordre ont été rapportées auprès des professionnels du travail social auxquelles se sont ajoutées des réticences de professionnels de la santé concernant l'appellation « cas » concernant une personne. Les personnes âgées en perte d'autonomie qui ont été interrogées au Québec ont dans l'ensemble trouvé que l'appellation était claire et plusieurs ont même exprimé qu'ils étaient contents que « quelqu'un s'occupe enfin de leur cas », ce qui ne semblait pas avoir été bien intégré dans l'appellation précédente de la fonction la plus proche de celle de gestionnaire de cas : le « intervenants pivots » (appellation qui était appréciée par les professionnels mais jugée peu claire par les personnes âgées). Les professionnels eux-mêmes ont dans leur majorité adoptée à présent cette appellation concernant leur fonction. D'autres appellations ont été utilisées dans le monde pour des fonctions proches. Les plus proches de celle du gestionnaire de cas sont « référent de situation » (utilisé en Suisse) ou « référent unique » ou encore « référent médico-social unique » (ces deux appellations sont utilisées en France). Citons les « home-makers », « matrons » (aux RU mais avec une fonction principalement sociale), et les « gestionnaire de santé » (qui ne couvrent qu'une partie du rôle des gestionnaires de cas). Le débat n'est pas clos mais une solution pourrait être de ne pas traduire l'appellation anglaise et de l'utiliser telle quelle « case-manager ». D'aucun pensent alors qu'il y aurait un risque que les personnes âgées elle-même ne puissent s'approprier ce terme. Des exemples pourtant pas si lointains de telles adoptions (scanner, web, etc...) ont montré que les personnes âgées avaient les ressources nécessaires pour s'approprier ces termes à condition que la fonction elle-même soit probablement clarifiée ce qui est l'objet d'une grande partie de la thèse ici présentée.

5.1.1 Les systèmes de type S/HMO aux Etats-Unis (Kaiser Permanente) depuis 1985.

Bien que par nature plus proches d'un modèle de complète intégration, les plus grandes S/HMO peut se rapprocher du modèle de coordination par la taille de certaines structures (dépassant plusieurs millions d'inscrits) en situation de quasi-monopole par endroit ou en étroite collaboration avec tous les partenaires. Plusieurs paramètres ont été étudiés en comparant une S/HMO de grande taille (Kaiser Permanente) et système de soins national britannique (NHS), les principaux résultats étaient les suivants :

- Utilisation 3,5 fois moindre des lits d'aigus pour 11 pathologies fréquentes tels que l'AVC ou l'insuffisance respiratoire, par recours rapide à des ressources alternatives [52].
- Amélioration de l'adhésion aux « bonnes pratiques cliniques » sur 6 ans (1996-2002)
- taux de patient ayant une coronaropathie et recevant des bêtabloquants passe de 44% à 76%
- celui des patients ayant une insuffisance cardiaque recevant un inhibiteur de l'enzyme de conversion augmente de 14%
- l'utilisation de corticoïdes inhalés chez les patients asthmatiques, augmente de 13%
- le contrôle de la PA chez les patients atteints de coronaropathie augmente de 10%, etc... [53].
- Diminution des recours en urgence sur 6 ans (1996-2002) (-15% pour les visites aux urgences des patients atteints de maladie coronaires, -11% pour ceux atteints d'insuffisance cardiaque, -18% pour ceux atteints de diabète, -25% pour ceux atteints d'asthme) [53].

5.1.2 Le modèle Bois-Francis

Par ailleurs, dans le projet de démonstration en Mauricie-Centre du Québec appelée « Bois-Francis » mené depuis 1995, comparant 2 cohortes (dans les zones d'étude où un système de type co-ordination était implanté (n=272) et dans des zones de comparaison (n=210)), l'évaluation et le suivi annuel pendant 3 ans permettent de conclure à :[54]

- Une diminution du taux d'entrée en institution sur 3 ans (taux de personne institutionnalisés : 33% dans le groupe expérimental versus 44% dans le groupe témoin, p Log-Rank=0,01).
- Une diminution du score médian du fardeau de Zarit dans le groupe expérimental passant de 17,5 à 13 en 1 an stable par la suite alors qu'il augmente de 19 à 21,5 en 1 an dans le groupe témoin (p=0,05).
- Un moindre recours aux urgences surtout durant les premières années, sans effet notable sur l'utilisation de l'hôpital ou les réadmissions, plus grand recours au médecin généraliste) [54].

5.1.3 Le modèle PRISMA

Le groupe PRISMA a mis en en place une étude de répliation et d'impact d'un modèle d'intégration de type co-ordination. Le programme de recherche comportait deux principaux axes de recherche : l'implantation du dispositif tel que planifié et l'impact.

Pour mesurer l'implantation, on a utilisé des méthodes mixtes à composante qualitative principale [55], le résultat global de cette étude peut se résumer ainsi :

- Le modèle est reproductible avec un taux d'implantation dépassant 70% dans toutes les zones

L'évaluation de l'impact de l'implantation de ce modèle a été mesurée par une étude de cohorte contrôlée. Le modèle d'intégration PRISMA était proposé dans 3 zones

expérimentales. On a choisi par ailleurs 3 zones témoins ayant une structure socio-sanitaire comparable. Dans chaque zone un échantillon aléatoire de personnes a été sélectionné sur les listes de l'assurance maladie. Après une présélection par questionnaire postal des plus fragiles, une évaluation était réalisée au domicile de la personne, le suivi était effectué par téléphone tous les 2 mois et en personne tous les 6 mois.

- Réduction de 7% du critère composite déclin fonctionnel, décès ou institutionnalisation [56] dépendant d'un « effet-seuil » autour de 70% d'implantation du modèle ($p=0,03$).
- Evolution différente du recours aux urgences : Stabilité du recours aux urgences ($p=0,35$ pour l'évolution) et des hospitalisations ($p=0,7$) dans les zones expérimentales, alors qu'il augmente de façon significative dans les zones témoins ($p<0,001$ et $p=0.03$ respectivement).
- Augmentation significative de la satisfaction face aux soins et services de santé (vis à vis des prestations, $p<0,001$; de l'organisation, $p<0,001$ et globalement, $p<0,001$) sans effet seuil mais plutôt un "effet-dose" dans la mesure où plus le modèle est implanté, plus la satisfaction croît dans chacune des dimensions [57].

Ces études menées soit dans un système de soins plutôt plus fractionné que celui de la France (aux Etats Unis) soit moins fractionné (au Québec) permettent de penser que ce modèle organisationnel présente une souplesse suffisante pour pouvoir être adapté à la réalité française.

6. Donner du sens à l'intégration: concept d'intégration clinique, nécessité de nouveaux outils.

Plusieurs auteurs [6, 58, 59] déplorent que la littérature sur l'intégration tend à se focaliser sur les mécanismes de gestion ou administratif alors même que l'intérêt pour la personne est souvent au mieux espéré sur des données basées sur "la foi". Ce constat nous amène à préciser que l'intégration ne peut s'exercer isolément au niveau clinique. Des mécanismes de gestion et administratif, ainsi que l'implication des décideurs sont des paramètres indispensables à la réussite de toute expérience d'intégration. Néanmoins, l'intégration qui n'aurait de traduction que dans les modifications de pratiques administratives ou de gestion aurait peu de chance d'apporter une réelle plus-value aux personnes. Dans une situation sociale et sanitaire complexe, il paraît essentiel de parvenir à apporter une réponse aux besoins des personnes de façon individualisée et qui soit vécue comme étant simple. C'est pourquoi la gestion de cas paraît être un élément essentiel de l'intégration. Selon la plupart des auteurs, la gestion de cas est un processus comprenant les tâches suivantes [50, 54, 56, 60-67] : identification des cas selon des critères prédéfinis, évaluation multidimensionnelle standardisée, planification individualisée des services et identification des ressources, mise en application, surveillance et réévaluation du plan. La notion « d'advocacy » qui combine le conseil et la représentation est plutôt de nature à transcender ces différentes tâches [63, 66, 68]. Néanmoins, l'analyse des différentes expériences de gestion de cas permet d'appréhender la grande diversité de pratique dans l'exercice de cette fonction, parfois à l'intérieur d'une même expérience [69]. Ainsi, le case-management d'équipe [61, 70-72] est obligatoirement vécu de façon très différente du case-management individuel [73-75]. Dans le premier cas, l'évaluation et la planification sont souvent matérialisées sous forme de compte-rendus de réunion et chacun participe plus ou moins à sa

rédaction avec le niveau de langage qui lui est propre et est influencé par sa profession. Notons qu'il existe deux types de case-management d'équipe : celui où les membres de l'équipe multidisciplinaire sont ceux qui fournissent les soins et services nécessaires [48, 71] et celui où les membres de l'équipe multidisciplinaire ne sont que les prescripteurs en commun des services délivrés par d'autres [70]. Dans le cas d'une gestion de cas individuelle, il peut ou non y avoir réunion d'équipe pour l'élaboration du plan mais surtout le gestionnaire de cas effectue seul le monitoring des aides nécessaires. Le fait que chaque professionnel ait une tâche distincte vis à vis de la gestion de cas est ce que Capitman et al appelaient le niveau variable de spécialisation des expériences de réseaux intégrés [76]. En terme de processus, la réunion multidisciplinaire est préconisée par certains auteurs [67, 73, 74], et dans des modèles où la gestion de cas est assurée par l'équipe [48, 61, 71, 73], il ne peut en être autrement. Elle ne semble cependant pas obligatoire à l'élaboration du plan [74, 75]. Il s'agit parfois d'un processus de révision entre gestionnaires de cas [65, 75], ou avec un médecin gériatre et/ou un responsable superviseur [69, 77]. Parfois le gestionnaire de cas propose un plan qui est discuté d'abord avec le médecin puis avec le patient, son réseau primaire et en même temps ou secondairement avec les fournisseurs de services au cours d'une réunion [50, 70]. Enfin, le gestionnaire de cas peut parfois établir le plan d'aide avec le client seul [75, 78]. Abrahams et al ont montré l'influence de la compartimentation du travail (social et médical, et ce même à l'intérieur de réseaux dit « intégrés ») et de la responsabilité vis à vis du système de soins sur le contenu des plans [77]. Aux Etats Unis d'Amérique et en Grande-Bretagne, la gestion de cas s'accompagne d'une obligation de contrôle des coûts [73, 74, 77, 79-81]. Ainsi, le rôle de gestionnaire de cas peut parfois être de donner d'une main (en cherchant par exemple dans le réseau primaire de la personne des réponses à ces besoins) ce qu'on reprend de

l'autre (en cherchant à minimiser les coûts à la charge de la compagnie d'assurance ou du NHS) ce qui peut bien sûr soulever des problèmes éthiques [60] et éventuellement limiter l'utilisation des plans notamment si ces derniers peuvent être utilisés comme moyens de contrôle de leur travail par leur encadrement. Dans les autres pays, si la logique économique apparaît toujours au niveau de la gouvernance et surtout au niveau stratégique, elle est le plus souvent absente du niveau clinique où se positionne le gestionnaire de cas [32]. Soulignons aussi la grande variation du « caseload » (de 7 à 300 cas par gestionnaire de cas), qui a nécessairement une influence sur la façon dont la gestion de cas est exercée [77]. De même le case management uniquement par téléphone [69, 78] identifie moins de problèmes et aboutit à un nombre moindre d'interventions que le case management avec entrevue personnelle [69]. Dans leur diversité, toutes ces expériences de gestion de cas, et donc d'intégration clinique, partagent une même philosophie d'approche, celle de la réponse adaptée aux besoins complexes d'une personne par une équipe multidisciplinaire. L'implantation de ces pratiques repose sur l'adhésion de l'ensemble des intervenants à un langage commun, notamment par l'utilisation d'outils cliniques communs et validés. Pour chacune des tâches des outils doivent donc être mis à la disposition des gestionnaires de cas. L'identification des cas dépend de façon très étroite des critères d'éligibilité à la gestion de cas et les outils sont donc par nature très variables à travers les différentes expériences internationales. La tâche d'évaluation a donné lieu au développement de nombreux outils tels que l'Outil d'évaluation multiclientèles (OEMC) incluant le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) au Québec ou le Resident Assessment Instrument (RAI) aux Etats Unis d'Amérique puis en Europe, avec pour chacun un processus de validation scientifique [82, 83]. Au contraire, la tâche de planification, qui semble pourtant constante dans les expériences de type managed care

ou integrated care [50, 61, 71, 72, 74, 78-80, 84], ne semble pas avoir fait l'objet de la même attention. Ainsi, il est clairement admis par tous que chaque usager en gestion de cas devrait avoir un plan de service basé sur l'évaluation, reflétant les valeurs et préférences du client avec une liste de buts sous-tendus par des problèmes. Néanmoins, partout où cela a été étudié, il a été rapporté des difficultés d'implantation des PSI [64, 71, 78] sans que les raisons en soient clairement établies. Applebaum identifie l'élaboration d'un « care plan » comme une priorité de formation complémentaire parmi les gestionnaires de cas impliqués dans le projet Channeling [60]. Ceci semble témoigner d'un inconfort des gestionnaires de cas avec l'outil. Dans l'évaluation du case-management pour les patients âgés dans dix-huit HMO, Pacala et al [64] ont rapporté que les case-managers formulaient un plan de services dans 78 % des cas et le plus souvent après une réunion multidisciplinaire, et que dans 39 % des cas, ce plan prenait l'aspect d'un contrat signé avec le client. Néanmoins, dans quatre des HMO étudiés, les gestionnaires de cas organisaient et autorisaient l'accès à des services sans définir de PSI ni d'objectif spécifique et sans réunion multidisciplinaire [64]. Par ailleurs Abrahams et al [77] ont étudié les différences de pratiques dans la gestion de cas en soumettant 7 cas fictifs à des équipes de case-management de 4 S/HMO. Le PSI n'était pas systématiquement réalisé (il était fait dans 4/7 cas dans une S/HMO, 5/7 cas dans une autre et 6/7 cas dans les deux dernières) [77]. Le fait que l'entourage subvienne aux besoins du client était parfois pris en compte pour justifier l'absence de PSI [77]. En l'absence d'outil spécifique pour la planification pour la gestion de cas, la plupart des auteurs utilisent un format "classique" de planification d'intervention professionnelle [67, 85]. Or l'adaptation de ces outils à la tâche de planification interprofessionnelle concernant des besoins complexes et d'évolution imprévisible n'a pas été étudiée. Si les utilités potentielles du PSI, que nous avons rappelées en

introduction [67, 85], ne font pas l'objet de débat, il n'y a pas à notre connaissance d'étude sur l'utilisation réelle que les gestionnaires de cas font de cet outil, ce qui paraît pourtant déterminant afin de préciser le rôle que cet outil est susceptible d'occuper dans l'intégration clinique et donc la réponse aux besoins des personnes. Cette étude permettrait de proposer des améliorations de l'outil, tenant compte de la réalité du travail de gestion de cas visant à diminuer les variations d'utilisation et de contenu des PSI au moins au sein d'un même réseau intégré, et donc d'améliorer l'équité dans l'aide apportée aux personnes âgées ayant des besoins complexes.

III Objectifs généraux de la thèse

Il est classique de constater la fragmentation du système de soins et d'aide pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Il est moins aisé d'en trouver des indicateurs permettant d'avoir une idée au niveau systémique du dysfonctionnement et surtout de pouvoir suivre dans le temps l'impact de toute politique visant à réduire cette fragmentation. **Nos premiers travaux se situaient dans cet objectif : caractériser les filières de soins des personnes âgées au niveau systémique (articles 1 et 2).** Ceci conduit à différents constats:

- l'analyse par filière de soins apportent des informations qualitativement importantes pour juger de phénomènes aussi courant que la raison de la présence à l'hôpital un jour donné ou l'entrée en institution;
- ces informations ne sont pas utilisé actuellement en pratique courante de gestion hospitalière ou de santé publique et sont potentiellement porteuse d'amélioration qualitative du suivi des interventions;
- ces informations convergent vers l'importance en terme de santé publique pour les personnes âgées en perte d'autonomie de privilégier une politique efficace et continue de maintien à domicile.

L'organisation du système de santé autour du domicile de la personne amène à une "révolution" de la pensée en matière d'organisation du système d'aide aux personnes en perte d'autonomie. D'un système "hospitalo-centré", où le poids de la santé physique est dominant à un système "domestico-centré", où les problématiques sociales deviennent souvent déterminantes du fait notamment de leur interaction avec les co-morbidités de la personne. Pour assurer au mieux le maintien à domicile, dans de nombreux pays des expériences de "case management" ont été menés avec des résultats souvent très encourageants entraînant les pouvoirs publics français à s'intéresser de près à ce

nouveau champ professionnel. Ainsi, et à partir de l'analyse d'une expérience d'intégration au Québec PRISMA, **notre deuxième objectif est d'évaluer « l'implantabilité » de l'intégration en France (article 3)**. En effet, l'intégration est une condition préalable à l'implantation de la gestion de cas. Nous avons notamment recherché à identifier dans un premier temps les facteurs qui *a priori* pouvaient influencer l'implantation de cette innovation dans le système de soins et d'aide français. Les pouvoirs publics ayant choisi d'initier une expérimentation d'implantation de l'intégration et de la gestion de cas en France, nous menons actuellement une étude s'appuyant sur les méthodes de la recherche action qui nous permettra d'avoir à la fois une vision des modifications au niveau systémique (tant il est vrai qu'une action à ce niveau est indispensable) qu'au niveau des pratiques professionnelles et du vécu des personnes âgées elle-même. Néanmoins, le terme "case manager" ou gestionnaire de cas ne suffit probablement pas à définir clairement l'apport (la "nouveau" en quelque sorte) de ce nouveau professionnel. Il nous est apparu essentiel d'analyser les pratiques professionnelles de ces nouveaux intervenants afin de caractériser éventuellement leurs spécificités. **Cela nous a conduit à pratiquer une analyse ergonomique qualitative des plans de services individualisés produits par les gestionnaires de cas (ou "case manager") au Québec au cours du projet PRISMA (article 4)**. Le schéma d'analyse proposé partait du principe que les gestionnaires de cas eux-mêmes pouvaient avoir une connaissance de la tâche à effectuer au delà même de la tâche prescrite. Ainsi l'analyse a été suivie d'un **travail interdisciplinaire en groupe de proposition ("task force") visant à modifier les règles de rédactions des plans de services individualisés (article 5)**. Ces travaux nous ont conduit à une meilleure compréhension de la plus-value intrinsèque de la gestion de cas dans l'aide apportée aux personnes âgées en perte d'autonomie.

IV Méthodologie générale de la thèse

Nous avons menée plusieurs études visant à documenter les objectifs.

Les études en rapport avec les filières de soins s'inscrivent dans la poursuite du DEA "système de soins hospitaliers" qui portait sur les filières de soins des personnes âgées [36] hospitalisées en urgence en analysant notamment l'impact que pouvait avoir l'existence d'un réseau informel entre service d'urgence et service de Gériatrie sur ces filières [42]. La première étude cherche ainsi à préciser d'avantage certaines conséquences anticipées des dysfonctionnements de filières de soins rapportées dans ce premier travail par l'analyse de la non-pertinence hospitalière. La deuxième étude analyse un événement important dans la vie des personnes âgées: l'entrée en institution en regard notamment de leur parcours antérieur et du respect de leur droits fondamentaux au cours de ce processus en fonction notamment des filières de soins.

Le projet organisationnel et de recherche portant sur l'applicabilité du modèle PRISMA en France vise à préciser l'évolution organisationnelle à réaliser pour minimiser les fragmentations du système de soins et d'aide en France afin d'en minimiser les conséquences notamment sur les filières de soins des personnes. Enfin, l'étude présentée portant sur les plans de services réalisés par les gestionnaires de cas du projet PRISMA au Québec vise à documenter les pratiques professionnelles des gestionnaires de cas vis-à-vis de la tâche de planification individualisée et des outils actuels d'aide à la planification. Ces travaux se sont poursuivis sous l'égide du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec pour conduire à la production de recommandations pour la démarche de planification et l'évolution des outils réglementaires. Notre approche pourrait donc se décrire comme une focalisation progressive, partant de constat et de proposition systémique pour aboutir à des recommandations touchant à la relation clinique entre le gestionnaire de cas et son "client".

V Article 1: Residents' involvement in the admission process in long-term care settings in France: Results of the "EHPA 2000" survey

Le premier article rapporté dans les pages suivantes est lisible tel qu'imprimé dans la revue Archives of Gerontology and Geriatrics en Annexe 1. Notre premier travail s'est intéressé aux filières d'entrée en institution et au respect de la citoyenneté des patients âgés au cours de ce processus. Nous avons pour cela analysé les données de l'enquête nationale menée par la DREES en 2000 auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées. L'étude a montré un vécu plutôt passif de l'entrée en institution pour les personnes âgées et ce d'autant plus que le niveau de soin de la structure était plus élevé et que l'autonomie était moindre. L'âge plutôt jeune était également un marqueur de moindre participation à la décision d'entrée en institution. Nos résultats ont également souligné l'importance de la filière d'admission directe en institution à partir du domicile. Ceci nous conduit à penser qu'une politique qui ne serait centrée que sur l'hôpital ne serait pas suffisante pour modifier de façon importante le vécu de l'entrée en institution des personnes âgées. L'organisation d'un système d'aide aux personnes âgées en perte d'autonomie doit donc être pensée à partir du domicile.

Residents' involvement in the admission process in long-term care settings
in France: Results of the "EHPA 2000" survey

Dominique Sommea,* , Hélène Thomasb, Matthieu de Stampac,
Hayat Lahjibi-Pauleta, Olivier Saint-Jeana

aH  pital Européen Georges Pompidou, Service de Gériatrie, 20-40 rue Leblanc 75908
Paris cedex 15, France

bUniversité Paris XIII, 99 avenue Jean Baptiste Clément, 93430 Villetaneuse, France

cH  pital Sainte Perrine, Service de Gériatrie, 11 rue Chardon Lagache, 75016 Paris,
France

*Corresponding author:

Phone: +(33-1)-5609-2726

Fax: +(33-1)-5609-3821

E-mail: dominique.somme@egp.aphp.fr

Article soumis    Archives of Gerontology and Geriatrics le 02 mai 2007; demande de
révision de forme (aucune correction de fond demandé) le 25 juillet 2007, accepté le 7
ao  t 2007

Abstract

In order to identify the factors influencing residents' involvement in the decision-making process prior to admission to a long-term care setting, we analyzed results of a national survey of residents of long-term care settings in France. We interviewed 3,538 residents in 584 long term care settings. Only 38.1% of residents said they had taken part in the admission process. Risk factors for non involvement were the care level of the long-term care settings (odds ratio = OR = 8.11 [5.63-11.68] and 2.73 [2.26-3.30], respectively, for long term care units and retirements homes as compared to residential homes), lack of autonomy (dressing/washing) (OR = 1.95 [1.66-2.30] versus autonomous), inability to answer questions on income (OR = 2.16 [1.83-2.56]), age under 80 (OR = 1.29 [1.04-1.61] versus >90 years old patients, and being married (OR = 1.60 [1.13-2.26]). Resident involvement in the decision-making process influenced subsequent feelings about institutional life. Older adults said that they were frequently not involved in the decision-making process prior to admission to a long term care setting. This was particularly true for the high-care level long-term care settings, where organizational factors might intervene and for vulnerable elders for whom loss of autonomy could be lived as a loss of citizenship.

Keywords: Involvement in decision, institutionalization of elderly, respect of fundamental rights of elderly

1. Introduction

In France, between 1996 and 2003, the total number of persons aged more than 75 years increased by 888,000, or 23% [86]. During the same period, the number of persons living in long-term care settings increased less rapidly (+4%), in parallel to the development of home-based health services [86]. Approximately 4% of persons over 60 years lived in long-term care settings [87]. Three types of these settings for the elderly exist in France: long-term care units (LTCU), retirement homes, and residential homes. The LTCUs are publicly funded hospital-based institutions dedicated to long-term care of very dependent persons. There were 76,000 persons in such institutions in December 2003 (11.9% of the total number of persons living in long-term care settings), 3% fewer than in 1996 [86]. Retirement homes are public or private institutions that offer older adult collective housing with special adaptations for loss of autonomy, and also various levels of health care and housework. The total number of persons in this type of long-term care setting in December 2003 was 414,000 (64.9% of the total number of persons living in long-term care settings), representing an increase of 7% since 1996 [86]. As in LTCUs, residents of retirement homes live mainly in single rooms and eat in canteens. Retirement homes and LTCU were classified in 2000 as EHPADs (“Etablissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes”: housing institutions for dependent older adult). The third type of long-term care settings consists of “foyers - logements”, referred to below as “residential homes”. These are independent flats in buildings specifically designed for relatively autonomous persons. Services consist at least of housekeeping support and collective catering. There were 148,000 persons living in this type of setting in December 2003 (23.2% of the total number of persons living in long-term care settings), representing an increase of 2% since 1996. The three types of long-term-care settings differ by the autonomy of their residents (LTCU, retirement homes

and residential homes in order of increasing autonomy), by their care level (in the same order) and by their funding sources (mainly personal and familial for retirement homes and residential homes; mainly universal public health insurance for LTCU).

Admission to a long term-care setting marks a watershed in older adult's lives. The United Nations recommends that the individuals concerned should be involved in the institutional admission process. In France, direct involvement in the admission process is a fundamental right underlined by the law, but there are no data on the degree of application. There is no definition of what kind of involvement is required in the law. It seems to be a subjective feeling of the person. The Statistical Office (DREES) of the French Health and Welfare Ministry have conducted a survey of older adult's housing facilities (the study was named EHPA 2000 survey, the acronym was for "Etablissements d'hébergement pour personnes âgées" : housing institutions for older adult). We aimed to study the involvement of residents in the admission process in long term care settings in France and searched for risk factors for poor involvement.

2. Methods

The EHPA 2000 survey covered a sample of 3,538 residents and 584 long term care setting. The questionnaire was designed by a multidisciplinary group (physicians, nurses, social workers, social scientist and administrative staff) coordinated by DREES. Interviewers were recruited and trained by the French national statistical institute (INSEE). Long-term care settings were randomly selected from the national index of health and social establishments (FINESS). The sample was stratified by type (residential home, retirement home, or LTCU). Within each establishment, the interviewers randomly selected 10% of the permanent residents, present at the time of the study, who were asked to complete the questionnaire. Interviewers were not

allowed to consult the medical chart of the patient and thus were not aware of any cognitive trouble diagnosed. Residents were considered permanent if there was no expected relocation in the administrative chart. There was no blinded reassessment between interviewers, and inter/intra-observer reliability could not, therefore, be assessed. Residents' opinions were collected directly and confidentially, in the absence of administrative and nursing staff. The interviewer was not allowed to interpret the answer, even when person probably suffered of a cognitive decline. A total of 139 questions were posed, of which most were closed (yes/no answers). The other questions were of the multiple-choice type. For multiple-choice questions, the interviewers read the question and all the possible answers, and then recorded the chosen answer.

2.1. Operationalization of the dependent variable

To the question "Who applied for your admission to this institution?" possible answers, defined by the DREES multidisciplinary group, were: "myself", "my spouse", "my children", "a hospital", "my doctor", "a social worker", and "don't know". Residents could choose one of these answers or more than one (no maximum). During the interview, this question was related to the decision of moving to an institution. Indeed, there were other questions exploring the selection of the type of institution and the administrative procedures (these two questions were much related to the specific context in France and were not analyzed here). We considered the resident's feeling of involvement (the answer "myself", associated with another one or not). We have also recorded the family's involvement (the answers "my spouse" or "my children", associated with another one or not), and last, healthcare professionals' involvement.

2.2. Operationalization of possible risk factors

We considered three age groups: below 80 years, 80-90 years and over 90 years. The admission pathway was assessed from answers to the one-choice question “What type of housing were you living in prior to your admission?” Possible answers were: “my home”, “a relative’s home (friend or family)”, “an institution (residential home, retirement home, institution for the disabled, rehabilitation unit, or LTCU)”, and “acute hospital” (medical or psychiatric acute care). The residents were categorized in two groups of autonomy: those (referred to below as “autonomous”) needing no help with washing and/or dressing (groups 3 and 4 of a previously described autonomy scale [88] and those needing help with washing and/or dressing (“dependent”, corresponding to groups 1 and 2 of the same scale). Socio-professional status was categorized in three groups, based on answers to the one-choice question “What was your previous job?”: “never-employed”; “executive” and “non-executive” The last question was “How do you feel in this institution? ”, to which possible answers were “rather well”, “Not so bad, it depends”, “Bad” and “Don’t know”.

2.3. Statistical analysis

We first compared variables in univariate analysis with the χ^2 test. For multivariate analyses, we used logistic regressions with statistical significance defined by the likelihood ratio. The significance threshold was set at $p < 0.05$. All statistical analyses were performed with Statview 5.0 software for Windows (SAS Institute Corp).

3. Results

We interviewed 3,583 persons, of whom 924 lived in residential homes (26.1%), 2,200 in retirement homes (62.2%) and 414 in LTCUs (11.7%).

In total, 3,879 answers were obtained at the multiple choice question “Who applied for your admission to this institution?” (1.1 answers per subject). The proportion of those subjects who stated they took part in the admission process (The response “myself” was chosen, associated with another one or not) was 38.1%. The family took part in 40.6% of cases, and a hospital or healthcare professional in 21.8% of cases of this decision. The subjects could not answer in 12.0% of cases. Resident involvement in the admission process was highest in residential homes (65.2%) and lowest in retirement homes (31.6%) or LTCUs (12.6%). Comparing rate of involvement, the most important player in the admission process to retirement homes and LTCUs was “the family” (40.5% and 31.6%, respectively), whereas it was “myself” in residential homes (65.1%), (Figure 1). As shown in Table 1, resident involvement varied according to the admission pathway (from each type of housing to each type of long-term care settings), although within each pathway residents of residential houses were more strongly involved and residents of LTCUs less frequently involved. In addition, direct admission from home was the more frequent admission pathway, regardless of the type of long-term care settings (83.6%, 53.3% and 52.9%, respectively, for residents of residential homes, retirement houses and LTCUs). Resident involvement was also influenced by the degree of autonomy (48.1% of autonomous residents and 26.0% of dependent residents; $p < 0.0001$). Resident involvement did not correlate linearly with age, but was higher between 80 and 90 years than below 80 years or over 90 years (Figure 2). Gender did not influence resident involvement (35.9% of men and 39.0% of women, $p = 0.1$). Regarding marital status, 30.0% of persons “living in couples”, 38.0% of “single”

residents and 39.2% of “widowed or divorced” residents were involved in the decision-making process ($p = 0.009$). Regarding the socio-professional status, resident involvement rates were 31.7%, 37.5% and 45.6%, respectively, among never-employed persons, non-executives and executives ($p < 0.0001$). Residents who answered the question on their income (regardless of the income level) were more likely to have taken part in the admission process (49.4% versus 24.3%, $p < 0.0001$).

The results of multivariate analysis are shown in Table 2. The model gave significant ($p < 0.0001$) results. After controlling for all other factors, the type of setting still influenced resident involvement. We also identified the following independent personal risk factors for exclusion from the admission process: younger age (under 80 years), being married, physical dependence, and lack of income data. Persons in the non-executive professional category were significantly more likely to feel excluded from the admission process than those in the executive category. A similar odds ratio was obtained for the “unemployed” category, but the relation did not reach statistical significance. Widowed or divorced status and intermediate age were not independently linked to resident involvement.

To the question “How do you feel in this institution?” most residents answered “rather well”, and this answer correlated positively with involvement in the admission process (Figure 3). Similar results were obtained when autonomous and dependent patients were analyzed separately.

4. Discussion

The EHPA survey provides an overview of older adult’s involvement in the decision to enter an institution for the elderly. This involvement is a fundamental right set down in French law and in other country [89, 90]. We found that less than 40% of residents

considered they were involved in the decision-making process. This figure was particularly low among subjects admitted to high-level care institutions (LTCUs and retirement homes), and also among dependent and married persons, persons who failed to provide information on their income, persons under 80 years of age, and persons previously employed in “non-executive” jobs. This situation of non-involvement of the person during admission process was previously underlined but less frequently documented [91].

We found that the type of setting was one of the main determinants of involvement in the decision-making process. This association remained significant after controlling for other co-factors (sex, marital status, socio-economic category and autonomy). This is in keeping with a previous report that other fundamental rights (and “citizenship”) are less frequently respected in publicly funded than in privately funded institutions in France [92]. It may be also significant that LTCU staff are used to coping with residents who are unable to state exactly what they want and may therefore answer in place of even the more autonomous residents [91]. The opposite phenomenon may operate in residential homes, where residents tend to be more autonomous. The hospital-to-institution admission channel has been investigated in several studies [46, 93-99] designed to identify risk factors or specific actions that may reduce the risk of institutionalization following a hospital stay. There are far fewer studies of the home-to-institution admission channel [100-103]. Our results show that the home was the more frequent admission pathway, regardless of the type of long-term care settings. Then, a policy that focuses on hospitals as the only focal point for health channels would be unlikely to have an impact on a large proportion of residents. Indeed, the home is the best target for policies designed to prevent institutionalization, and for policies meant to improve the

admission process. This explains the value of a geriatric care network policy with true cooperation between at-home services and institutions [104].

Dependency is frequently reported to be a risk factor for institutionalization [46, 93, 95-103]. We also found that dependency reduced residents' involvement in the admission process. One possible bias of our survey is that autonomy was recorded at the time of the interview, and may have changed relative to the time of admission. However, restricting the analysis to residents having lived in an institution for less than one year did not affect the statistical link between dependence and poor involvement in the admission process.

Another limitation of our study is that there was no assessment of cognitive status, as cognitive decline is a major reason for institutionalization [103]. The survey was declarative and was conducted by non-medical inter-viewers. Given the high frequency of anosognosia in dementia and memory complaints in non-demented people, it was impossible to obtain reliable information on cognitive status by the questionnaire. Otherwise, the purpose of the study was to investigate a subjective opinion and we think that, despite dementia, subjects are likely to have their own feeling of the admission process and their involvement in it [105]. Finally, as there is a close relationship between physical autonomy and dementia, particularly in very old or institutionalized persons, this factor would have been partially compensated for in our multivariate analysis and in the bivariate analysis adjusted for dependency.

Married people were more likely than single persons to say they were not consulted. It seems important when admitting a couple to include each person separately in the admission process. Withholding income information was strongly associated with the risk of not being involved in the decision-making process. In our experience, it is often difficult to access this information when it is not provided by the resident. Most

residents have delegated financial management to a family member or friend. From a pragmatic point of view, asking questions about income during the preadmission visit may be a simple way of detecting a potential risk of non involvement in the admission process.

In multivariate analysis, increasing age seemed to be associated with greater involvement in the decision-making process. Thus, attitudes to institutional admission may vary with age. Persons who remain at home until late in life may be more willing to stay at home until death. Age has been shown to be an independent factor for answering “I would rather die” to the question: “Would you be very willing, somewhat willing, very unwilling or would you rather die, than put up with living in a nursing home all the time?” [106].

Attitudes towards admission to an institution have rarely been analyzed according to socio-professional category [106-108], and the results are heterogeneous because of the lack of consensus on the classification to be used. One survey showed that persons living in towns (a large number of whom belonged to the “executive” category) were more likely than persons living in the country (almost all farmers, i.e. “non-executives” in our survey) to envisage living in an institution for the elderly [109].

Even with dependent person it was reported that it is possible to improved the sense of control during the admission process with 48% of persons felt not having control on the admission process in nursing home as compared to 27% in Foster Care Homes who emphasized the respect of the autonomy [110].Our results support the importance of improvement of the sense of control during this process since we found a correlation between residents’ feeling of well-being and their prior involvement in the admission process. This was in accordance with Rowe and Kahn [109] who reported that losing

control of one's life has negative effects upon emotional status, cognitive scores, wellness and physiological indicators.

5. Conclusion

We report the results of a large national survey based on direct interviews with old persons living in long-term care settings. As most institutionalized residents come directly from home, any policy aiming at improving their involvement in the admission process should take into account the relations between institutions and old persons living at home. We found that residents' involvement in their admission was very low, especially in retirement homes and LTCUs. Measures must be taken to ensure that this fundamental right is respected. Risk factors for non-involvement included loss of autonomy (dressing or washing), not being able to provide income data, age less than 80 years and being married. Particular attention should be paid to the citizen right of such old persons, especially during pre-admission visits, in order to ensure their involvement in the decision-making process. Indeed, this involvement has a significant impact on the subsequent experience of institutional life.

Acknowledgements

The direction of research, evaluation, studies and statistics of the French Ministry of Health is responsible for the design and the collection of data and provide support to the analysis reported in this article.

Table 1. Number of residents in each type of institution and their involvement (who answer “myself to the question “Who applied for your admission to this institution?”) in the decision process according to the admission pathway.

Pathway	Retirement home*	Residential home*	Long-term care unit*	p
Personal home	1393 (35.8)	772 (69.0)	219 (17.4)	p<0.0001
Relative's home	135 (23.7)	54 (42.6)	24 (16.7)	p=0.01
Institution	428 (24.5)	58 (50.0)	108 (8.3)	p<0.0001
Residential home	77	29	9	
Retirement homes	180	11	37	
Long Term Care Unit	40	4	14	
Rehabilitation unit	120	14	48	
institution for adult disabled persons	11	0	0	
Acute Hospital	143 (13.3)	20 (15.0)	42 (0.0)	p=0.04
Missing data	101 (40.6)	20 (70.0)	21 (4.8)	p<0.0001

*The first number in each cell is the number of residents in the pathway and the second is the percentage of residents in the decision-making process. For example, 1,393 residents interviewed in retirement homes came from their home and 35.75% of these people stated they were personally involved in the admission process.

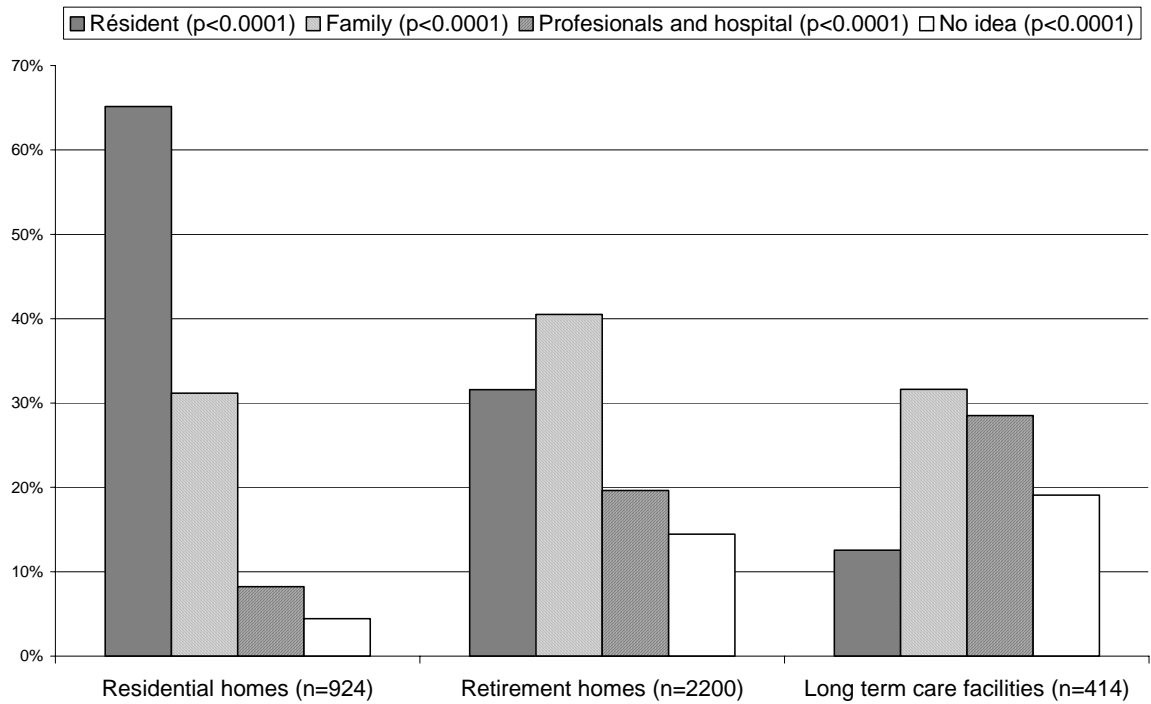
Table 2.

Multivariate analysis: Factors influencing resident involvement in the admission process (the “myself” answer to the question “Who applied for your admission to this institution?”), adjusted for gender and for the duration of stay in the institution

Variables	Reference group	Odds Ratio	IC 95%
Long-term care units	Residential homes	8.11	5.63 11.68
Retirement homes	Residential homes	2.73	2.26 3.30
Young old person	Oldest old	1.29	1.04 1.61
Middle old person	Oldest old	0.97	0.79 1.18
Married	Single	1.60	1.13 2.26
Widowed or divorced	Single	1.14	0.92 1.41
Unemployed	Executive	1.30	0.98 1.73
Non executive	Executive	1.31	1.07 1.62
No income data provided	Income data provided	2.16	1.83 2.56
Dependent	Autonomous	1.95	1.66 2.30

Figure 1.

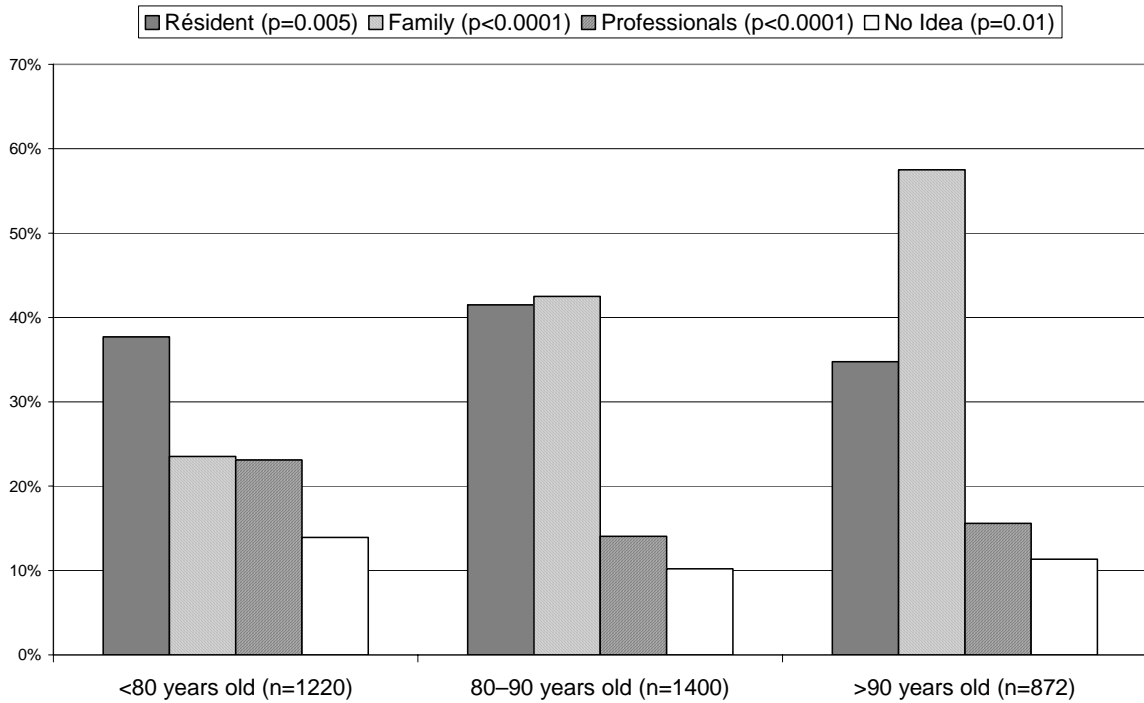
Answers to the question: “Who applied for admission to this establishment?” according to the type of institution*.



*For example, in residential homes, residents stated that they were involved in the admission process in 65.2% of cases

Figure 2.

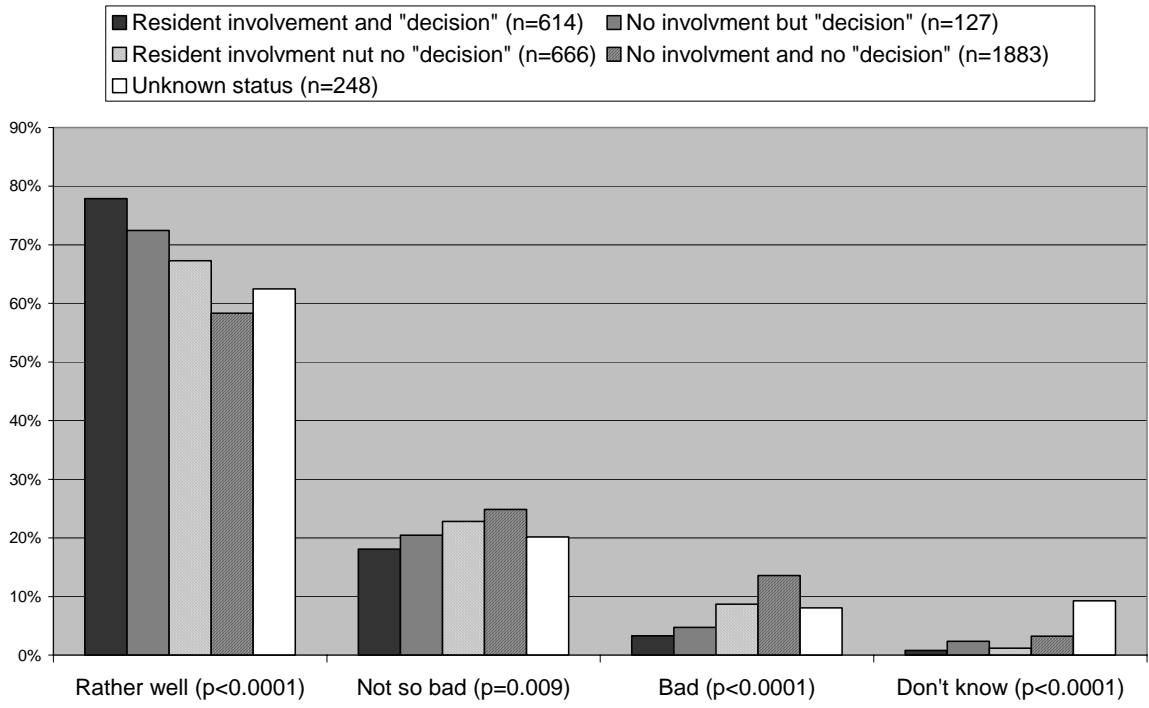
Answers to the question “Who applied for admission to this establishment ?” according to the age group*.



*For example, residents < 80 years old stated that they were involved in the admission process in 37.8% of cases.

Figure 3.

Resident involvement in the admission process, and subsequent feelings concerning institutional life.



VI Article 2 : Non-pertinence hospitalière dans deux services de Gériatrie aiguë : description du phénomène et étude des facteurs de risque

Le deuxième article rapporté dans les pages suivantes est lisible tel qu'imprimé dans la revue de Médecine Interne en Annexe 2. Une des conséquences néfastes de la fragmentation du système d'aide et de soins aux personnes en perte d'autonomie est l'utilisation inappropriée de l'hôpital. En effet, l'hospitalisation d'un patient âgé en perte d'autonomie est un événement ayant souvent des conséquences importantes sur la qualité de vie de la personne. Par ailleurs, cet événement est coûteux alors même que le système d'aide au domicile paraît actuellement insuffisamment financé. Nous avons donc cherché à mesurer et à expliquer la non-pertinence hospitalière dans des services de Gériatrie où tout est habituellement tenté pour assurer une hospitalisation la plus courte possible. Nous avons utilisé un outil précédemment validé (Appropriateness Evaluation Protocol). Nous avons choisi de réaliser l'étude dans deux sites présentant un haut degré d'homogénéité des pratiques professionnelles mais une offre locale de soins et services légèrement différente. Les facteurs liés à la non-pertinence étaient l'existence de troubles cognitifs et le site étudié (donc probablement l'offre locale de soins et de services). Nos résultats mettent en évidence l'importance de réfléchir sur un problème tel que la non-pertinence hospitalière non pas au niveau de l'hôpital lui-même mais de son intégration dans un réseau plus vaste comprenant à la fois les structures sanitaires et sociales.

Non-pertinence hospitalière dans deux services de Gériatrie aiguë : description du phénomène et étude des facteurs de risque

Inappropriateness of hospital use in two acute Geriatrics Department: description of the phenomenon and analysis of risk factors

D. Somme¹, M. Cauterman², B. Huet³, B. Durand-Gasselín⁴, O. Saint-Jean¹.

¹ Service de Gériatrie, Hôpital Européen Georges Pompidou, Université Paris 5. 20-40, rue Leblanc 75908 Paris Cedex 15

² Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers 50, rue du faubourg Saint-Antoine 75012 Paris

³ Unité de Santé Publique, Hôpital Avicenne, Université Paris 13. 125, rue de Stalingrad 93000 Bobigny

⁴ Service de Gériatrie aiguë, Hôpital Notre-Dame de Bon Secours. 66 rue des plantes 75014 Paris

Responsable de la correspondance et destinataire des tirés à part :

Dr Dominique SOMME

Service de Gériatrie

Téléphone : 01.56.09.27.26

Fax : 01 56 09 38 21

Email: dominique.somme@egp.aphp.fr

Article soumis à la Revue de médecine interne le 24 janvier 2007; demande de révision mineure le 30 avril 2007, accepté le 30 mai 2007

Abstract

Background: Inappropriateness of hospital use occurs when a gap between the patient's needs and the level of care delivered exists. Taking into account the improvement of number of acute geriatric care, it appears relevant to study the rate and causes of inappropriate hospital use in this context.

Methods: All patients in two services of acute geriatrics were included : medical and socio-economic data were collected, the appropriateness of each days of their hospitalization was evaluated using the French version of the Appropriateness Evaluation Protocol and the inappropriate days' Causes Analysis Protocol. Risk factors of having at least one inappropriate day occurring during the stay were searched using relevant statistical tests. Influence of independent variables on the risk of inappropriateness was assessed by a logistic regression model.

Results: only the existence of cognitive impairment and the department where the hospitalization takes place were found to be risk factors of inappropriateness. The ranking of inappropriateness according to the causes is the same in the two services, yet with statistically different rates, in particular for causes related to waiting for admission in subacute or long-term care institutional network and for a service provided outside the hospital where the patient was admitted. In the two departments, over 25% of the inappropriate days were related to a patient's or his family's choice.

Conclusion: Access to subacute or long-term care institution is the first cause of inappropriate hospital use in the two departments. The importance of the rate of inappropriate days related to a choice of the patient or his family was probably a Geriatric specificity. Furthermore, in view of reducing the inappropriate hospital use, attention should be particularly paid on patients with cognitive impairment.

Key words: Acute Geriatrics. Inappropriateness of hospital use. Quality and efficiency improvement. Health management.

Résumé

Propos : La non pertinence hospitalière correspond à l'inadaptation entre besoin des patients et technicité d'une unité de soins. Le nombre de prises en charge en Gériatrie aiguë augmentant, l'étude du taux de non pertinence et de ses causes dans ce contexte paraît intéressante.

Méthodes : Les patients ont été inclus consécutivement dans deux services de Gériatrie aiguë : des variables médicales et socio-économiques ont été relevées, la pertinence des journées d'hospitalisation a été évaluée par la version française de l'Appropriateness Evaluation Protocol et le protocole d'analyse des causes de non pertinence. Les facteurs de risque de journée non pertinente durant un séjour ont été recherchés. L'influence des variables indépendantes sur le risque de non pertinence hospitalière a été évaluée par un modèle de régression logistique.

Résultats : Seuls l'existence de troubles cognitifs et le lieu d'hospitalisation ont été retrouvés comme facteurs explicatifs. Le classement de la non pertinence par cause est similaire dans les deux services (>25% des journées non pertinentes sont expliquées par le choix du patient ou de sa famille) mais avec des taux statistiquement différents, notamment pour les causes liées à l'attente d'une admission dans un service de soins à moyen ou long terme et pour l'attente d'une prestation réalisée en dehors de l'établissement d'accueil du patient.

Conclusion : L'accès à une structure d'aval est la première cause de non pertinence hospitalière. L'importance du choix du patient ou de sa famille comme cause de non pertinence des journées d'hospitalisation semble être une spécificité de la Gériatrie. En outre, pour développer une démarche de réduction de la non pertinence hospitalière, la problématique des troubles cognitifs devra être au premier plan.

Mots clés : Gériatrie aiguë. Non pertinence hospitalière. Amélioration de la qualité et de l'efficacité. Gestion hospitalière.

1 Introduction

Les producteurs de soins hospitaliers sont engagés dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. Au niveau des unités de soins, l'exigence de qualité s'accompagne dorénavant explicitement d'un objectif d'efficience.

La non-pertinence des journées d'hospitalisation (NPH), faisant référence à une inadaptation entre le niveau technique de soins proposé par une unité de court séjour et les besoins du patient (fonction de son état, des soins para-médicaux et médicaux nécessaires), semble faire partie des indicateurs à même de suivre qualité et efficience [111]. La NPH, par la prolongation inutile du séjour fait courir un risque de non-qualité (moindre satisfaction, risque nosocomial supérieur, effets délétères sur les malades âgés des hospitalisations prolongées [112, 113]. De même, la NPH fait courir un risque de manque d'efficience. En effet, avec l'introduction de la tarification à l'activité (T2A), la présence non-pertinente d'un patient retarde la prise en charge d'un nouveau patient qui générerait un financement supplémentaire. Une étude, dans un service de Médecine Interne portant sur la pertinence des admissions, a quantifié une perte de financement de 12% [114].

Le phénomène de NPH étant d'évaluation difficile par avis d'expert, il est nécessaire d'avoir recours à des outils valides et reproductibles, reposant sur des critères de jugement objectifs, tels que l'Appropriateness Evaluation Protocol [34] et sa version française (AEPf) [115] (voir encadré). Cet outil identifie la NPH et un protocole d'analyse des causes de non-pertinence des journées d'hospitalisation [116] permet d'obtenir de façon standardisée un tableau explicatif de la NPH.

L'hospitalisation de court séjour gériatrique fait actuellement l'objet d'un développement important notamment pour répondre à des demandes de soins non programmés. Pour cette raison et parce que l'âge des patients a été décrit comme facteur de risque de NPH,

une évaluation de la NPH dans ce contexte nous a paru nécessaire. Notre travail a pour objectif de mesurer le niveau de NPH, d'en identifier les facteurs de risque et de documenter l'impact de la nature de l'offre de soins (structures d'aval institutionnelles et plateau technique) sur la NPH.

2 Matériel et méthode

2.1. Lieux

L'étude a été menée dans deux hôpitaux parisiens, situés dans deux arrondissements limitrophes. Les deux services présentaient des caractéristiques communes en termes de financement, de recrutement (très majoritairement non programmé), de pratique clinique (formation identique des médecins, relations personnelles entre chefs de services, participation à des protocoles en commun) et de ratio de personnel médical et soignant. Cependant les deux hôpitaux diffèrent assez nettement. L'Hôpital Européen Georges Pompidou (HEGP) est un hôpital universitaire, siège d'un Service d'Accueil et d'Urgences (SAU) et doté d'un plateau technique extensif (chirurgie, radiologie complète y compris interventionnelle, etc...) mais dépourvu de lits de soins de suite ou de long séjour. L'hôpital Notre Dame de Bon Secours (NDBS) est un hôpital de plus petite taille, non universitaire, en relation avec le SAU d'un autre hôpital, équipé d'un plateau technique limité aux examens courants de radiologie, et doté d'un service de soins de suite (SSR) dédié à l'aval du service d'aigu et d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

2.2 Patients et recueil de données

De novembre 2001 à mars 2002, tous les patients admis dans chacun des deux services de Gériatrie ont été inclus sans critère d'exclusion. Les données suivantes ont été recueillies dans les premiers jours de l'hospitalisation, dans le dossier médical, auprès des cliniciens en charge du patient, auprès du patient lui-même ou de son entourage :

âge ; sexe ; isolement (vivant seul ou non) ; lieu de provenance (domicile, institution sanitaire ou sociale) ; mode d'admission (en urgence, programmée) ; niveau d'aide à l'entrée (existence ou absence d'aides informelle, sociale et/ou sanitaire) ; niveau de couverture assurantielle (partielle ou à 100%, du fait d'une pathologie reconnue en affection de longue durée (ALD 30), de la polypathologie ou par une assurance complémentaire) ; niveau d'autonomie 15 jours avant l'admission pour les activités domestiques (Instrumental Activities of Daily Living de Lawton, iADL) [117] ; niveau d'autonomie 15 jours avant l'admission pour les activités de la vie quotidienne (Activities of Daily Living de Katz, ADL [118]) ; existence de troubles des fonctions supérieures dans les premiers jours de l'hospitalisation (Mini Mental State de Folstein (MMSE) [119]) ; score de comorbidités de Charlson [120]. A l'exception des journées d'admission et de sortie, chacune des journées a fait l'objet d'une analyse à l'aide de l'AEPf. En cas de NPH déclarée par AEPf, l'avis du clinicien en charge du patient a été recueilli sur une éventuelle pertinence de cette journée non reconnue par l'outil. En cas d'accord entre l'outil et le clinicien, ce dernier renseignait la cause de NPH. En cas de désaccord du clinicien (le clinicien jugeant la journée pertinente), la journée restait néanmoins classée non pertinente pour notre étude, avec pour cause de NPH « observation diagnostique ou risque de rechute, récurrence ou aggravation ». Toutes les données ont été colligées par un médecin formé à la santé publique, extérieur aux deux services étudiés sans lien avec eux et ayant reçu une formation spécifique à l'outil AEPf et au protocole d'analyse des journées non pertinentes.

2.3 Utilisation des variables

Le score iADL est exprimé en pourcentage afin de tenir compte du nombre différent d'item applicables selon les patients. Pour ce score, les patients sont classés en deux catégories pour l'analyse multivariée : "autonome" (iADL=100%) versus "non

autonome" (pour tout score inférieur à 100%). Pour le score ADL, la cotation varie de 0 à 12, chaque item étant représenté sous trois modalités possibles : aucune aide=0, aide partielle=1 et aide totale=2. Pour l'analyse multivariée, on compare deux groupes: "autonome" (score ADL à 0) versus "non autonome" pour tout score supérieur à 0. L'existence de troubles cognitifs est définie par un score MMSE strictement inférieur à 24. En absence de bornes cliniquement pertinentes pour le score de Charlson, la comorbidité a été jugée en deux classes selon que le score était supérieur (comorbidité élevée) ou inférieur ou égal (comorbidité basse) à la médiane du score dans l'ensemble de la population.

2.4 Analyse statistique

En analyse univariée, les tests t de Student ont été utilisés pour les variables continues et chi-2 pour les variables nominales. Le niveau de significativité statistique était fixé à 0,05.

Pour l'analyse multivariée de la survenue d'au moins une journée non pertinente durant le séjour, l'indépendance des variables à introduire dans le modèle a été vérifiée. En effet, l'existence de multicolinéarité fait courir un risque de perte de précision des paramètres estimés entraînant ainsi des conclusions aberrantes [121].

Concernant les différents types d'aide, il a été mis en évidence une forte corrélation entre l'existence d'une aide sociale et l'existence d'une aide sanitaire ($p=0,0003$). Le facteur "aide sociale" étant aussi corrélé à un niveau de prise en charge à 100%, nous avons choisi de ne conserver dans le modèle que "l'aide sanitaire". Le facteur "aide informelle" étant très liée à l'isolement ($p=0,004$), ce qui paraît logique dans la mesure où les personnes isolées ne peuvent compter sur un réseau d'aide informelle, nous avons choisi de ne conserver que l'isolement (qui paraît en outre plus facile à recueillir).

Nous avons noté une forte corrélation entre l'autonomie telle que mesurée par les échelles ADL ou iADL et l'existence de troubles cognitifs ($p=0,0003$ et $0,005$ respectivement). L'association n'est pas fortuite puisque les maladies neurodégénératives s'accompagnent par définition d'une perte progressive d'autonomie. Par ailleurs, au contraire de ce que l'on observe avec la variable trouble cognitif, les variables ADL et IADL avaient également des corrélations avec l'existence d'un système d'aide sanitaire ($p=0,04$ et $0,01$, respectivement). Enfin, il existait une corrélation entre IADL et l'isolement ($p=0,03$). Nous avons choisi, afin d'éviter des estimations erronées liées à la multicolinéarité, et pour conserver les variables "aide sanitaire" et "isolement", de conserver la variable trouble cognitif et de ne pas entrer dans le modèle les variables ADL et IADL.

Le type de logement (institutionnel ou non) est corrélé avec l'existence d'une aide sanitaire ($p=0,03$) et avec l'isolement ($p=0,0003$). Nous ne retenons donc pas cette variable. Enfin nous excluons la variable sexe en raison de sa forte corrélation avec la variable isolement ($p<0,0001$).

Les variables finalement retenues pour le modèle multivarié de régression logistique ne présentent aucune colinéarité entre elles: l'âge, l'existence de troubles cognitifs, la comorbidité élevée, la prise en charge à 100%, l'existence d'un système d'aide sanitaire et l'isolement.

L'adéquation du modèle de régression logistique a été vérifiée par le test de Hosmer & Lemeshow. Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel Statview 5.0 for Windows (SAS Institute®).

3 Résultats

3.1 Population étudiée (tableau I)

Il s'agissait de patients très âgés (86 ans +/- 6,3), admis de façon non programmée (92,6%), présentant fréquemment des facteurs de fragilité (troubles cognitifs, dépendance, isolement) et avec un haut niveau de comorbidités. La durée moyenne de séjour était de 17,4j +/- 14j sans différence significative entre les deux services. Les caractéristiques plus fréquentes pour les patients de NDBS (comportant un SSR et une EHPAD sur le même site) que pour les patients de l'HEGP sont l'isolement, le lieu de vie en institution et la dépendance pour les activités de la vie domestique (iADL) 15 jours avant l'admission.

3.2 NPH et causes de non pertinence (tableau II)

Sur les 3402 journées étudiées dans les deux services, le taux de NPH brut (jugé par l'outil) est de 53,7% (51,2% à HEGP, 55,8% à NBDS, $p=0,01$). Seuls, 20,9% des patients ne présentaient aucune journée non pertinente durant leur séjour (27,9% à HEGP, 13,7% à NBDS, $p=0,01$). L'analyse qualitative des 183 journées jugées pertinentes par l'expert et non-pertinentes par l'outil permet d'identifier les principaux éléments non pris en considération par l'outil et rendant une journée d'hospitalisation pertinente dans un service de Gériatrie aiguë selon les experts : prolongation des durées d'observation du fait de la fragilité des personnes âgées et la complexité de la prise en charge des démences.

L'ordre des causes de NPH est identique dans les deux services avec par ordre de contribution décroissante : l'attente d'un aval institutionnel, l'attente d'une décision du patient ou de sa famille, « l'observation diagnostique ou un risque de rechute, récurrence ou aggravation » et l'attente d'une prestation dans l'hôpital. Néanmoins des facteurs organisationnels peuvent expliquer des différences de répartition entre les différentes causes de NPH. Ainsi dans l'hôpital ayant un plateau technique extensif (HEGP) l'attente d'une prestation hospitalière est plus rarement cause de NPH. A l'inverse,

L'attente d'un aval institutionnel est beaucoup plus fréquente lorsqu'il n'y a pas de SSR ni EHPAD sur site (HEGP). Dans les deux services le choix du patient ou de sa famille explique plus du quart des journées non-pertinentes. Seules 1% des causes étaient classées « autres » c'est-à-dire non prévues par le protocole.

3.3 Facteurs explicatifs de la NPH (tableau III)

En analyse univariée, le risque que le séjour d'un patient âgé en Gériatrie comporte au moins une journée non pertinente semble lié principalement à l'environnement organisationnel (site NDBS versus HEGP) et à l'existence de troubles cognitifs. Le mode de vie habituel, l'autonomie fonctionnelle et le niveau de comorbidités ne paraissent pas liés à ce risque. L'analyse multivariée confirme cette relation. Le modèle est globalement significatif (p Likelihood 0,03) et adéquat selon le test de Hosmer et Lemeshow ($p=0,8$) avec comme seules variables significativement reliées au risque d'avoir au moins une journée non pertinente durant son séjour, le site de prise en charge (OR NDBS vs HEGP= 3,4 [1,3-9,0]) et l'existence de trouble cognitif (OR=3,2 [1,3-8,0]). L'âge, la co-morbidité élevée, la prise en charge à 100%, l'existence d'un système d'aide sanitaire et l'isolement ne sont pas significativement liées au risque de NPH.

4 Discussion

Nous rapportons dans cette étude que le phénomène de NPH est fréquent en Gériatrie de court séjour. L'AEPf et le protocole d'analyse des causes semblent utilisables en Gériatrie pour l'étudier. La NPH paraît être en rapport avec des facteurs de structure et des facteurs liés au patient, les troubles cognitifs y occupant la place principale.

4.1 Adaptation de l'AEPf au contexte de la Gériatrie

Nos données semblent montrer que l'AEPf est applicable aux services de Gériatrie aiguë. L'analyse des causes de pertinence d'après les praticiens ne permet pas de proposer d'ajouter des critères objectifs de jugement à l'outil. En effet ces causes,

relevant le plus souvent de prolongations de période d'observation des patients, reposent avant tout sur leur expérience clinique (prolongation des durées d'observation du fait de la fragilité des personnes âgées et la complexité de la prise en charge des démences). L'analyse des causes de non-pertinence des journées selon le protocole permet de classer la très grande majorité des causes de NPH avec un recours assez rare à la classe « autres causes », ce qui tend à confirmer l'adaptation de l'outil au contexte de la Gériatrie aiguë.

4.2 Fréquence de la NPH

Le taux de NPH constaté dans notre étude (53,7% des journées étudiées) est supérieur aux taux constatés dans la littérature : 26,2% à 37% [122-126]. Mais notre taux est celui de services de Gériatrie aiguë et non pas d'hôpitaux entiers (absence de compensation par des hospitalisations courtes et techniques comme en chirurgie). De plus, notre mesure de la NPH s'appuie sur l'outil AEP non transformé, contrairement à des études précédentes [122, 123]. Par ailleurs; nous n'avons pas utilisé l'outil AEP afin de documenter la décision d'admission comme l'ont fait Chopard et al [123] ou Ingold et al [124], ainsi nous n'avons pas exclus les séjours qui débutent par une admission non pertinente. Enfin, l'ensemble du séjour était pris en compte et non une journée tirée au sort comme dans d'autres études [125, 126].

4.3 Répartition des causes de NPH

L'analyse des causes de NPH sur les deux sites met en évidence l'importance de l'effet structure (technicité versus intégration) sur la répartition des causes de NPH. Nous n'avons pas connaissance d'études antérieures décrivant ce fait. Ce résultat pousse à être prudent sur les comparaisons de taux et de causes de NPH de nos résultats avec ceux des études antérieures où le contexte structurel n'est pas toujours donné. Dans les deux sites néanmoins la première cause de NPH est l'attente d'un aval institutionnel

comme cela a été déjà rapporté [123, 124]. La deuxième cause de NPH est liée au choix du patient ou de sa famille expliquant, dans notre étude plus qu'un quart des journées non pertinentes. Dans les études sur la NPH portant sur des populations plus jeunes, cette cause de NPH n'est pas citée [123, 126] ou faible (5%) [115] alors qu'elle représente la deuxième cause de NPH dans l'étude de Ingold et al portant sur des sujets âgés. Panis et al ont par ailleurs montré une relation entre l'âge et la non-pertinence hospitalière liées aux difficultés à organiser le maintien à domicile [126]. Il semble donc y avoir quelque chose de spécifique à la prise en charge des malades âgés concernant l'impact de l'avis du patient ou de sa famille au moment d'organiser la sortie des patients. Ceci peut probablement en partie s'expliquer par l'impact des troubles cognitifs dans la NPH. En effet, il paraît plausible, dès lors qu'il existe des troubles cognitifs, que le patient parfois, mais surtout la famille, s'oppose à une sortie d'hôpital qui serait médicalement possible. La vérification de cette hypothèse demanderait une étude de plus grande envergure où dans un même hôpital serait étudiée la non pertinence des journées d'hospitalisation de patients présentant des situations cliniques proches sauf en ce qui concerne la présence ou l'absence de troubles cognitifs.

4.4 Facteurs de risque de NPH

En analyse univariée comme multivariée, les facteurs de risque de NPH sont en rapport avec l'existence de troubles cognitifs et avec le lieu d'hospitalisation. Bien que dans les deux services la première cause de NPH soit l'attente d'un aval institutionnel c'est le service ayant l'accès sur site au plateau technique (HEGP) et non celui ayant l'accès à l'aval institutionnel (NDBS) qui présente toute chose étant égale par ailleurs le moindre taux de NPH.

Certaines différences avec d'autres études méritent d'être signalées. Ainsi, l'étude présentant la population la plus proche de la nôtre trouve des facteurs explicatifs

différents (isolement, existence d'une aide à domicile, altération des ADL et iADL) [124]. Néanmoins, l'utilisation d'échelles différentes et la prise en considération de la mesure de l'autonomie comme une variable continue plutôt que dichotomique est susceptible d'expliquer ces différences. En outre, l'âge a précédemment été décrit comme un facteur de risque [123, 124], ce que nous ne retrouvons pas dans notre étude, mais notre population présentait un âge moyen supérieur ce qui laisse supposer l'existence d'un effet seuil. Pour toutes ces variables, toutes comparaisons avec les précédentes études est par ailleurs difficile du fait de l'impact de l'organisation locale des soins sur la NPH. Nos résultats soulignent donc l'importance de prendre en compte ce facteur dans les futures études de la NPH en Gériatrie aiguë.

L'effet de l'existence de troubles cognitifs sur la NPH a fait l'objet de peu d'analyse jusqu'à présent. Seul une étude rapporte une liaison en analyse univariée qui disparaît en analyse multivariée [124]. Cependant l'analyse multivariée présentée dans cette étude incluait des variables explicatives ayant à l'évidence de forte corrélation (autonomie, dépression et troubles cognitifs notamment) susceptible de faire courir des risques d'erreur liée à la multicolinéarité [121]. Nous n'avons pas mis en évidence de corrélation entre l'existence de troubles cognitifs et l'une des trois principales causes de non pertinence (données non illustrées).

5 Conclusion

La NPH est un événement fréquent en Gériatrie aiguë, faisant courir le risque de non-qualité et de non-efficience. L'AEPf offre la possibilité de mesurer et d'analyser ce phénomène. Des marges d'amélioration peuvent donc être identifiées, et permettre de faire concorder des objectifs de qualité et d'efficience.

Si l'accès à une structure d'aval demeure la première cause de NPH dans les deux services, notre travail souligne l'importance également de l'accès au plateau technique

car la structure éloignée du plateau technique a au final le taux de NPH le plus important. L'importance de l'avis du patient ou de la famille comme cause de NPH semble être une spécificité de la prise en charge hospitalière des patients âgés.

Dans une perspective de mise en œuvre d'actions de réduction de la NPH, l'information recueillie devra être traitée dans un but d'aide à la décision et de suivi dans le temps.

Dans cette optique, l'identification des troubles cognitifs comme facteur indépendant de risque de NPH souligne l'importance de les prendre en compte dans toute démarche gestionnaire basée sur la NPH en Gériatrie aiguë.

Tableau I. Caractéristiques de la population étudiée

	Population totale n=206	HEGP n=104	NDBS n=102	<i>p</i>
Age (années, moyenne+/-écart type)	86,0+/-6,3	86,6+/-5,7	85,5+/-6,9	NS
Sexe féminin (%)	73,3	68,3	78,4	NS
Couverture assurantielle partielle (%)	15,5	17,3	13,7	NS
Vit habituellement seul (%)	65,5	56,8	73,7	0,01
Mode de vie habituel en institution (%)	18,9	12,5	25,5	0,02
Aide sociale (%)	51,1	53,6	48,3	NS
Aide sanitaire (%)	37,3	35,1	39,8	NS
Aide informelle (%)	87,2	86,7	87,8	NS
Dépendant pour les ADL ^a 15j avant (%)	63,5	58,6	68,4	NS
Dépendant pour les iADL ^b 15j avant (%)	79,9	73,7	86,2	0,03
Troubles cognitifs (MMSE ^c <24) (%)	59,2	59,7	58,6	NS
Score de Charlson (moyenne +/- écart type)	2,3 +/- 2,0	2,2 +/- 1,9	2,4 +/- 2,1	NS
Comorbidité élevée (Charlson > médiane) (%)	36,5	33,7	39,2	NS

^a ADL signifie activity of daily living [9]

^b ADL signifie instrumental activity of daily living [8]

^c MMSE signifie mini-mental status examination [10]

Tableau II. Présentation de la non pertinence hospitalière (NPH) et de ses causes

Libellé	Population totale		HEGP		NDBS		<i>p</i>
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	
Journées non pertinentes	1827	53,7%	826	51,2%	1001	55,8%	0,01
Séjours durant lequel au moins une journée est non pertinente	163	79,1%	75	72,1%	88	86,2%	0,01
NPH ^a liée à l'attente d'un aval institutionnel	848	46,4%	459	55,6%	389	38,9%	<0,0001
NPH liée au choix du patient ou de sa famille	500	27,4%	207	25,1%	293	29,3%	0,04
NPH selon l'outil mais observation diagnostique ou risque de rechute, de récurrence ou d'aggravation	214	11,7%	76	9,2%	138	13,8%	0,002
NPH liée à l'attente d'une prestation (acte, avis...) dans l'hôpital	157	8,6%	66	8,0%	91	9,1%	NS
NPH liée à l'attente d'une prestation (acte, avis...) hors de l'hôpital	57	3,1%	4	0,5%	53	5,3%	<0,0001
NPH liée à l'organisation du service (staffs, recherche...)	33	1,8%	11	1,3%	22	2,2%	NS
Autres	18	1,0%	3	0,4%	15	1,5%	0,01
Total	1827		826	100,0%	1001	100,0%	

^a NPH signifie Non Pertinence Hospitalière

Tableau III. Facteurs de risque que le séjour d'un patient comporte au moins une journée non pertinente (JNP)

Variables explicatives ^a	Aucune (n=43)	JNP Au moins une JNP (n=163)	<i>p</i>
Lieu HEGP (n=104)	27,9	72,1	
Lieu NDBS (n=102)	13,7	86,2	0,01
Age (moyenne+/-ET)	86,0+/-6,1	86,0+/-6,3	NS
Sexe féminin (n=151)	19,2	89,8	
Sexe masculin (n=55)	25,5	85,5	NS
Couverture sociale totale, (n=138)	22,4	77,6	
Couverture sociale partielle, (n=67)	12,5	87,5	NS
Vit habituellement seul (n=127)	17,4	82,6	
Ne vit pas habituellement seul (n=67)	22,4	77,6	NS
Mode de vie habituel en institution (n=39)	23,1	76,9	
Mode de vie habituel en domicile particulier (n=167)	20,4	79,6	NS
Aide sociale (n=95)	22,1	77,9	
Pas d'aide sociale (n=91)	18,9	81,1	NS
Aide sanitaire (n=69)	21,7	78,3	
Pas d'aide sanitaire (n=116)	19,8	80,2	NS
Aide informelle (n=164)	20,1	79,9	
Pas d'aide informelle (n=24)	20,8	79,2	NS
Dépendant pour les ADL ^b 15j avant (n=125)	22,4	77,6	

Autonome pour les ADL 15j avant (n=72)	15,3	84,7	NS
<hr/>			
Dépendant pour les iADL ^c 15j avant (n=151)	21,1	78,9	
Autonome pour les iADL 15j avant (n=38)	19,2	80,8	NS
<hr/>			
Troubles cognitifs (MMSE ^d <24) (n=106)	12,3	87,7	
<hr/>			
Pas de troubles cognitifs (MMSE >24) (n=73)	28,8	71,7	0,005
<hr/>			
Comorbidité élevée (Charlson > médiane) (n=73)	20,2	79,8	
<hr/>			
Comorbidité basse (Charlson < médiane) (n=130)	20,9	79,1	NS

^a Les sommes des variables complémentaires peuvent différer de 206 en raison des données manquantes sur certaines variables); ^b ADL signifie activity of daily living [9]; ^c iADL signifie instrumental activity of daily living [8]; ^d MMSE signifie mini-mental status examination [10]

Encadré : Outil AEPf: Il suffit que le patient satisfasse au moins un des critères lors de la journée sélectionnée pour que celle-ci soit considérée comme pertinente par l'AEPf.

A – SOINS MÉDICAUX

A1 Procédure en salle d'opération ce jour (c'est-à-dire le jour où l'étude est réalisée)

A2 Procédure programmée en salle d'opération pour le jour suivant nécessitant une consultation ou une évaluation préopératoire extraordinaire

A3 Cathétérisme cardiaque ce jour

A4 Angiographie ce jour

A5 Biopsie d'un organe interne ce jour

A6 Procédure diagnostique invasive du système nerveux central ce jour

A7 Tout test ou examen nécessitant un contrôle nutritionnel strict

A8 Traitement nécessitant des ajustements fréquents de doses sous supervision médicale directe

A9 Surveillance médicale intensive par un médecin au moins trois fois par jour

A10 Journée postopératoire (après une intervention au bloc opératoire ou critères 3 à 6 plus haut)

B – SOINS INFIRMIERS ET DE RÉANIMATION

B1 Assistance respiratoire continue ou intermittente (au moins trois fois par jour)

B2 Thérapie parentérale : liquide intraveineux de façon continue ou intermittent quelle que soit la supplémentation

B3 Monitoring continu des signes vitaux au moins toutes les demi-heures pendant au moins quatre heures

B4 Équilibre hydro-électrolytique

B5 Plaie chirurgicale majeure et soins de drainage

B6 Surveillance infirmière rapprochée, sur prescription médicale, au moins trois fois par jour

C – ÉTAT DU PATIENT

C1 Arrêt des matières et des gaz ou absence de mouvement intestinal dans les dernières 24 h

C2 Transfusion liée à une perte de sang dans les dernières 48 h

C3 Fibrillation ventriculaire ou ischémie aiguë électrographique dans les dernières 48 h

C4 Fièvre supérieure à 38 °C dans les dernières 48 h si le patient a été admis pour une autre raison que la fièvre

C5 Coma : perte de conscience pendant au moins une heure pendant les dernières 48 h

C6 État confusionnel aigu dans les 48 dernières heures, non dû à un sevrage alcoolique

C7 Signes ou symptômes liés à des désordres hématologiques aigus dans les dernières 48 h

C8 Difficultés neurologiques aiguës et progressives dans les dernières 48 h

VII Article 3 : PRISMA France : Programme d'implantation d'une innovation dans un système de soins et de services aux personnes en perte d'autonomie. Adaptation d'un modèle d'intégration basé sur la gestion de cas.

Le troisième article rapporté dans les pages suivantes est lisible tel qu'imprimé dans la revue d'Epidémiologie et de Santé Publique en Annexe 6. S'agissant de la présentation de l'expérimentation de l'intégration en France selon le modèle PRISMA, cet article a été écrit après l'année passée au Québec à étudier les pratiques professionnelles des gestionnaires de cas. Nous la présentons ici car il s'agit en fait de tirer les enseignements des deux précédents articles. Le maintien à domicile des personnes âgées en situation complexe ne peut se concevoir de façon efficace qu'à partir d'un système intégré remettant l'hôpital à la place qui est la sienne de centre de recours pour des soins ou des actes techniques et/ou spécialisés. L'intégration est à ce jour une innovation dans le domaine de la santé et des services aux personnes en perte d'autonomie. Il est donc possible d'utiliser le cadre théorique issu d'une analyse systématique de la littérature de la diffusion de l'innovation afin d'identifier a priori certains facteurs susceptibles de favoriser ou d'entraver la diffusion de cette innovation. L'analyse contextuelle met en évidence un contexte plutôt favorable à la diffusion de cette innovation même si la complexité du travail partenarial à accomplir semble pouvoir poser problème. La présentation de cet article précède naturellement les deux articles suivants car une bonne compréhension du modèle d'intégration proposé par le modèle PRISMA est un préalable nécessaire à l'analyse des pratiques professionnelles en lien avec l'intégration clinique.

PRISMA France : Programme d'implantation d'une innovation dans un système de soins et de services aux personnes en perte d'autonomie. Adaptation d'un modèle d'intégration basé sur la gestion de cas.

PRISMA France: Implementation program of an innovation in health and services system for disabled people. Adaptation of a case-management based integration model.

D SOMME¹, H TROUVE¹, Y COUTURIER², S CARRIER², D GAGNON², B LAVALLART³, R HEBERT⁴, C CRETIN³, O SAINT-JEAN¹

1 Service de Gériatrie, Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris, France

2 Institut Universitaire de Gériatrie de Sherbrooke, Sherbrooke, Qc, Canada

3 Direction Générale de la Santé, Ministère de la Santé et des Solidarités, Paris, France

4 Faculté de médecine et des sciences de la santé Université de Sherbrooke, Qc, Canada

Responsable de la correspondance et destinataire des demandes de tirés à part :

Dr Dominique SOMME

20-40, rue Leblanc 75908 PARIS Cedex 15

Téléphone : 01.56.09.27.26

Fax : 01 56 09 38 21

Email: dominique.somme@egp.aphp.fr

Titre Courant :

PRISMA France, intégration en France

Article soumis à la Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique le 24 avril 2007; demande de révisions mineures le 18 septembre 2007, accepté le 15 novembre 2007

L'étude PRISMA France est financée par le Ministère de la Santé et des Solidarités (Direction générale de la santé), par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et par le Régime social des indépendants.

Résumé

Introduction

Le dispositif français de maintien à domicile se caractérise par sa fragmentation alors que le besoin d'intervention des personnes est le plus souvent global. Cette fragmentation pose problèmes : délai d'obtention des services, transmission inadéquate d'informations, évaluations redondantes, prestation conditionnée par le point d'entrée sollicité plutôt que par le besoin de la personne et utilisation inappropriée de ressources coûteuses par méconnaissance ou difficulté d'accès aux ressources moins coûteuses.

Présentation de l'innovation

L'intégration a pour but d'améliorer la continuité dans l'intervention auprès des personnes en perte d'autonomie. Elle consiste à mettre en place un ensemble d'outils organisationnels, gestionnaires et cliniques communs. Le modèle PRISMA expérimenté au Québec a montré un impact fort sur la prévention de la perte d'autonomie en termes de santé publique au niveau populationnel. Ce modèle repose sur l'implantation de six outils et mécanismes : la concertation, le guichet unique, la gestion de cas (case-management), le choix d'un outil d'évaluation multidimensionnel standardisé valide, le plan de services individualisé et un système de partage d'information.

Analyse contextuelle

Un projet d'expérimentation d'implantation de ce modèle organisationnel a été lancé en France. L'article présente l'ensemble du projet, intitulé PRISMA France (Projet et Recherches sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie). Dans une problématique portant sur les conditions d'implantation de l'innovation que représente l'intégration, dans le domaine des soins et services aux personnes âgées, l'analyse de contexte réalisée semble faire apparaître des obstacles (notamment du fait de la diversité des

intervenants concernés et de la complexité pressentie d'implantation du modèle) et des conditions favorables (notamment en rapport avec une grande tension vers le changement).

Conclusion

Les conditions actuelles en France paraissent en grande partie favorables à l'implantation de l'intégration. L'implantation du modèle PRISMA en France nécessite un travail partenarial de définition d'un langage commun tant sur les diagnostics que sur les solutions. La concertation stratégique et opérationnelle est ainsi un élément clef de la construction de l'intégration. Cette étape se produit actuellement en parallèle dans trois régions contrastées en France. Les résultats de la recherche qualitative associée au projet devraient permettre de définir les facteurs favorisant ou entravant la réalisation de l'intégration selon chaque site (analyse contrastée) et dans tous les sites (liés au contexte particulier de soins et de services français dans son ensemble).

Mots clefs: intégration, gestion de cas, innovation, personnes âgées fragiles

Abstract

Introduction

The French health and services system to maintain at home is characterized by its fragmentation whereas the need of the people for intervention is generally total. This fragmentation have consequences: delay in services delivery, inadequate transmission of information, redundant evaluation, service conditioned by the entrance point solicited rather than by the need of the person and inappropriate use of expensive resources by ignorance or difficulty of access to the less expensive resources.

Presentation of the innovation

The purpose of integration is to improve continuity of interventions for people in loss of autonomy. It consists in setting up a whole of organisational, managerial and clinical common tools. Organisational model PRISMA tested in Quebec showed a strong impact on the prevention of the loss of autonomy in term of public health on a population level. This model rests on 6 principal elements: partnership, single entry point, case-management, a multidimensional standardized tool for evaluation, an individualized services plan and a system for information transmission. Contextual analysis

Thus it was decided to try to implement in France this organisational model. The project is entitled PRISMA France and is presented here. The analysis of the context of implementation of the innovation which represents integration in the field of health and services for frail older reveals obstacles (in particular because of diversity of professional concerned and a presentiment of complexity of the implementation of the model) and favourable conditions (in particular the great tension towards change in this field).

Conclusion

The current conditions in France appear mainly favourable to the implementation of integration. The establishment of PRISMA model in France requires a partnership work of

definition of a common language as well on the diagnoses as on the solutions. The strategic and operational dialogue is thus a key element of the construction of integration. This stage currently occurs in parallel in three areas contrasted in France. The results of associated qualitative research should make it possible to define the factors fostering or hindering the realization of integration according to each site (analyzes contrasted) and in all the sites (related to the particular context of care and French services as a whole).

Keywords: integration, case management, innovation, frail older

1 Contexte

1.1 Complexité de l'offre de service en France

Les systèmes de maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie en France vivent une croissance importante de leur activité. Cela résulte de l'évolution démographique et des dispositifs réglementaires récents (notamment l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie - APA) ayant entraîné une meilleure capacité des personnes cibles à contribuer aux coûts des services. De façon parallèle, la multiplicité des types d'aide s'accroît, entraînant parfois des situations de coordination complexes. Ainsi, en moyenne, les bénéficiaires de service à domicile reçoivent des soins ou de l'aide de la part de trois intervenants, informels ou professionnels, et 25% des plus dépendants d'entre eux perçoivent de l'aide de six intervenants ou plus [127]. De plus, les parcours des personnes âgées les plus dépendantes sont caractérisés par des épisodes successifs de soins en institutions hospitalières en alternance avec des épisodes de soins à domicile. Par ailleurs, l'augmentation constante du nombre de bénéficiaires de l'APA (+7%/an depuis 2003) plus importante que celle de l'ensemble des personnes âgées de 75 ans et plus (+3% en 2005) [128] se répercute sur le nombre de cas moyen traités par les équipes médico-sociales (ou plus souvent l'assistante sociale seule) en charge des dossiers d'APA et donc sur leur capacité à faire un suivi attentif des situations les plus difficiles de maintien à domicile.

Outre ces données démographiques et épidémiologiques, le domaine du maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie est caractérisé par une difficulté sémantique, à savoir l'absence de définition précise du champ de compétence des aides sociales et sanitaires, comme l'a mis en exergue la Cour des Comptes [1]. Ce défaut de définition est illustré notamment par des confusions relatives aux périmètres territoriaux d'intervention : les dispositifs réglementaires sont essentiellement pilotés directement au niveau départemental, tandis que l'aide est le plus souvent délivrée localement, par des prestataires du secteur

associatif. En atteste également, un cloisonnement entre les prestataires principalement sanitaires (du type service de soins infirmiers à domicile) et ceux principalement du secteur social ou médico-social. Ce manque de délimitation des champs de compétence et d'intervention des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, entraîne une multiplicité des acteurs, répondant potentiellement à des logiques plurielles de droit d'accès aux services. En raison de la fragmentation des procédures de régulation de l'offre de service, chaque acteur se trouve en position de coordination partielle, ce qui a pour conséquence la réalisation d'évaluations multiples répondant à une pluralité de parcours clinico-administratifs. L'éclatement du système de prise en charge est renforcé par le fait qu'aucun outil d'évaluation standardisé des besoins n'a fait l'objet d'un large consensus et n'a pu s'imposer.

Plusieurs dispositifs ont été mis en œuvre au cours des vingt dernières années en France pour tenter de répondre au manque de coordination, parmi lesquels : les Centres locaux d'information et de coordination (Clic) et les réseaux de soins gérontologiques. Les Clic et les réseaux de soins ont permis des avancées notables de la coordination des soins et des services aux personnes âgées en perte d'autonomie *via* des mécanismes de communication permettant une identification plus exhaustive du continuum de services socio-sanitaires, facilitant ainsi l'accès à l'information et donc à la prestation. Cependant, les domaines d'intervention des Clic et des réseaux de soins gérontologiques restent cloisonnés, principalement sociaux pour les premiers, principalement sanitaires pour les seconds, et surtout indépendants des équipes médico-sociales chargées de l'APA. De plus il n'existe pas de liens systématiques avec l'ensemble des autres acteurs, dont les médecins traitants, les hôpitaux et les services d'hospitalisation à domicile. Ces deux dispositifs sont certes porteurs d'un important potentiel de coordination, mais ils rencontrent un certain nombre de contraintes, parmi lesquelles on compte la faiblesse de leurs ressources, le fait que l'un et l'autre ne couvrent pas toujours le même territoire (ce qui entrave une approche territorialisée

forte), l'absence d'outils d'évaluation commun et l'absence de système d'information partageable. Mais plus fondamentalement, cette difficulté découle du fait que, si tous les acteurs institutionnels reconnaissent la valeur ajoutée de la présence de ces deux dispositifs, cette reconnaissance n'a pas permis l'attribution d'une prérogative spécifiée, voire unique, en matière de coordination des soins et services d'aide à domicile.

1.2 L'intégration, la coordination et la continuité

L'intégration des services articule différentes dimensions de la coordination et peut se réaliser suivant diverses modalités. Elle a pour objectif premier une meilleure continuité des services autour de la personne âgée en perte d'autonomie, elle-même composante de la qualité des services [129]. Dans cette perspective, des modèles d'intégration des services et des soins ont été développés pour améliorer la continuité, l'efficacité et l'efficience des services, particulièrement pour les populations âgées et/ou handicapées. Kodner et Kyriacou définissent l'intégration comme "un ensemble de techniques et de modèles d'organisation conçus pour la transmission d'information, la coordination et la collaboration à l'intérieur et entre les secteurs de traitement et de soins, les prestataires de services et de soins et les secteurs administratifs ou financeurs" [47]. Selon Leutz, il existe trois niveaux d'intégration : la liaison, la co-ordination et la pleine intégration [27].

La liaison correspond au niveau le plus faible de l'intégration. Les organisations définissent des protocoles de transferts de compétence ou de collaboration pour répondre aux besoins des personnes. Toutes les organisations demeurent indépendantes sur le plan opérationnel et dans leur relation à leur hiérarchie ou tutelle. Ce niveau d'intégration est illustré en France par le système mis en place à travers les Clic. Alors qu'il peut exister des modèles de liaison systématique (établissement de protocoles interinstitutionnels prescrivant des procédures de liaison ou système de requêtes automatisé, par exemple), le système des Clic constitue le plus souvent une modalité non systématique de liaison. Les fonctions premières des Clic sont

d'ailleurs d'informer la population et les professionnels quant aux services offerts, et d'animer des activités de promotion d'une meilleure coordination auprès des divers acteurs institutionnels.

A l'autre extrémité, le niveau le plus élevé d'intégration est dit modèle d'intégration complète. Il s'agit d'un modèle niché, dans le sens où une organisation fournit à ses usagers le continuum de services dont ils auront besoin, en contractant éventuellement certains de ceux-ci avec des prestataires extérieurs. Ce modèle est illustré par le projet On-lok en Californie qui fut répliqué par la suite au niveau de plusieurs états des USA dans le programme PACE [48]. Ce modèle d'intégration niché a également inspiré le projet SIPA au Québec [32, 49]. D'autres expérimentations s'en rapprochent comme l'organisation des soins intégrés en Italie (Rovereto) [50] et au Royaume Uni (Darlington) [51]. En France, ce modèle est fréquemment utilisé comme référence par les réseaux de soins gérontologiques soutenus par les dotations régionales de développement des réseaux, même si, à notre connaissance, aucun réseau ne semble atteindre ce niveau d'organisation dans les faits.

Dans le cas de la co-ordination, les différentes structures parties prenantes mettent en place des mécanismes pour trouver des solutions aux problèmes de discontinuité intra et inter organisations. Le travail commun mené par les structures partenaires vise la mutualisation de certaines de leurs compétences et prérogatives respectives, déplaçant de la sorte les frontières des différents champs d'action sanitaires et sociaux, et entraînant de profondes modifications des parcours cliniques. Trouver la solution adéquate aux besoins de chaque personne de la population ciblée est de la responsabilité de l'ensemble des partenaires. Pour la personne âgée, son représentant est le gestionnaire de cas dont le rôle est central. Le gestionnaire de cas a pour mandat, par-delà les logiques institutionnelles particulières, de veiller à ce que la personne âgée ait les services requis au niveau clinique, et ce, peu importe leur provenance. Le système intégré est ici véritablement imbriqué au système des soins et services d'un

territoire, et donc, le modifie de façon durable. Ce type de modèle peut être, dans un certain nombre de dimensions, rapproché de certaines Social and Health Maintenance Organisation (S/HMO) aux Etats-Unis, notamment celles de grande taille et desservant un grand territoire (tels que Kaiser Permanente). Bien que plus proches par nature du modèle d'intégration complète, l'importance relative de ces grosses S/HMO (en termes de moyens humains, matériels et financiers) dans le système de services et d'aide leur permet de s'approcher du modèle de co-ordination. L'efficacité de l'organisation Kaiser Permanente se compare favorablement à celle du système de soins national du Royaume Uni (NHS) générant par exemple une utilisation 3,5 fois moindre des lits d'aigus pour 11 pathologies fréquentes tels que l'AVC ou l'insuffisance respiratoire, du fait du recours rapide à des ressources alternatives par les gestionnaires de cas [52]. La qualité des soins mesurée par une meilleure adhésion aux standards acceptés est également améliorée : le taux de patients coronariens recevant des bêtabloquants passe de 44% à 76% en six ans (1996-2002), celui des patients en insuffisance cardiaque recevant un inhibiteur de l'enzyme de conversion augmente de 14%, l'utilisation de corticoïdes inhalés chez les patients asthmatiques, augmente de 13%, le contrôle de la PA chez les patients coronariens augmente de 10%, *etc.* [53]. Sur cette même période de six ans, une diminution de certaines consommations de soins notamment en urgence a été enregistrée (-15% pour les visites aux urgences des patients atteints de maladie coronaires, -11% pour ceux atteints d'insuffisance cardiaque, -18% pour ceux atteints de diabète, -25% pour ceux atteints d'asthme) [53]. Néanmoins, à la lecture des rapports concernant les expériences de co-ordination, il est souvent difficile de connaître précisément les facteurs de ces expériences explicatifs (ou causals) de ces impacts de santé publique. C'est pourquoi, le projet PRISMA au Québec a cherché à modéliser les éléments d'un « modèle d'intégration de type co-ordination » avant d'en évaluer l'implantation et l'impact de façon quasi expérimentale [55, 57].

1.3 PRISMA : Evaluation d'un modèle innovant d'intégration des soins et des services pour les personnes âgées en perte d'autonomie basé sur la gestion de cas.

PRISMA (pour Programme et Recherches sur l'Intégration des Services de Maintien de l'Autonomie) a permis l'analyse de l'implantation et de l'impact de l'expérience la plus typique d'un modèle de co-ordination selon la définition de Leutz [27]. Selon ce modèle, l'intégration se réalise lorsque sont mis en place les mécanismes et les outils d'intégration suivants [56] :

1. la concertation des décideurs et des gestionnaires au niveau régional, local et clinique,
2. le processus de gestion de cas,
3. le point d'accès unique,
4. l'utilisation d'un outil d'évaluation standardisé avec un système de classification,
5. l'utilisation de plans de services individualisés,
6. l'utilisation d'un dossier clinique informatisé ou partageable.

Ces outils et mécanismes d'intégration sont envisagés comme point de repère du système d'intégration. Leur mise en œuvre opérationnelle est variable, adaptée aux configurations territoriales afin d'en assurer l'implantation réelle. Cette flexibilité des modalités pratiques d'application des outils et mécanismes d'intégration susmentionnés permet au modèle de s'implanter dans différents contextes de soins et de services [130].

Une première expérimentation relative à ce modèle de coordination a été menée à la fin des années 90 dans une région de Mauricie-Centre du Québec appelée « Bois-Francs ». Dans cette étude, deux cohortes de sujets dans les zones d'étude (n=272) et de comparaison (n=210) ont été suivies et évaluées annuellement pendant trois ans [54]. Les résultats tant concernant les personnes [131] que sur le système de santé et des services aux personnes âgées [62] ont été jugés extrêmement favorables.

Fort de cette expérimentation, et après modélisation du système de coordination, le groupe PRISMA³ a mis en place une étude de réplcation et d'impact de ce modèle. Pour mesurer l'implantation, des méthodes qualitatives ont été utilisées en pratiquant une triangulation des données (corpus d'entretiens individuels, focus groups, analyses documentaires et observations participatives). Ces données qualitatives ont été résumées et opérationnalisées dans un score attribuant un nombre de points prédéfinis à chacune des six composantes du modèle. Le total étant sur 100, le score correspond au « taux d'implantation » du modèle [55]. Il a ainsi été montré que le modèle est reproductible dès lors que le taux d'implantation dépassait 70%. L'impact a été mesuré par une étude de cohorte contrôlée. Le modèle de coordination PRISMA était proposé dans trois zones expérimentales. On a choisi par ailleurs trois zones de comparaison ayant une structure socio-sanitaire comparable (population, urbanisme et distance à l'hôpital notamment) où le modèle n'était pas présenté. Dans chaque zone, un échantillon aléatoire de personnes a été sélectionné sur la liste de la régie de l'assurance maladie du Québec. Après une présélection par questionnaire postal des personnes âgées les plus fragiles et acceptation de leur part, une évaluation était réalisée au domicile de la personne, le suivi était effectué par téléphone tous les deux mois et en personne tous les 12 mois. Le critère principal de jugement est un critère combiné : déclin fonctionnel, décès ou institutionnalisation [56]. Sur ce critère, les analyses ont montré une réduction de 7% de la perte d'autonomie en faveur du groupe expérimental avec un effet seuil autour de 70% d'implantation du modèle ($p=0,03$). D'autres résultats ont été également mesurés dès le début de l'implantation, c'est à dire sans effet seuil : le recours aux urgences (probabilité d'une visite aux urgences/an 45% stable, $p=0,35$ pour l'évolution) et aux

³ PRISMA est une équipe multidisciplinaire où chercheurs et gestionnaires du Ministère et des agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux collaborent aux prises de décisions scientifiques et stratégiques. PRISMA a été financé par la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé en partenariat avec le Fonds de la recherche en santé du Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke et 5 agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (Estrie, Laval, Mauricie-Centre du Québec, Montérégie et Québec)

hospitalisations (probabilité d'une hospitalisation dans l'année 30% stable, $p=0,7$ pour l'évolution) restait stable dans les zones expérimentales, alors qu'il augmentait de façon significative au cours du temps dans les zones témoins (de 30% à 50 % pour la probabilité d'une visite aux urgences, $p<0,001$ et de 28 à 32% pour la probabilité d'hospitalisation, $p=0,03$).

Les individus des zones expérimentales ont ressenti une augmentation significative de leur niveau de satisfaction par rapport aux soins et services de santé (vis à vis des prestations, $p<0,001$; de l'organisation, $p<0,001$ et globalement, $p<0,001$). L'autonomisation des personnes (niveau de contrôle et implication) augmentait également en faveur des zones expérimentales ($p< 0,001$) [57].

2 Planter l'innovation en France : adaptation du modèle d'intégration PRISMA

Les résultats probants de l'implantation du modèle PRISMA et le caractère flexible de sa mise en œuvre pratique ont rendu possible un projet expérimental d'implantation en France sur trois zones géographiques, ci-dessous appelées « sites expérimentaux » et correspondant environ à la notion réglementaire française d'un « bassin de vie ». Tous les mécanismes et outils d'intégration du modèle doivent être adaptés au contexte de soins et d'aide particulier français et, comme cela a été le cas au Québec, adaptés de façon plus fine encore au contexte local (des informations détaillées sont disponibles sur le site Internet suivant: www.longuevieetautonomie.com).

Ce projet expérimental, qui a débuté en janvier 2006, a été rendu possible grâce à la concertation d'un certain nombre d'acteurs du plus haut niveau décisionnel. Cette concertation a réuni les instances centralisées de l'État (Ministère), la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), les principales caisses d'assurance maladie et la Mutualité Française, soient les principaux bailleurs de fonds des services de maintien à domicile. Aboutissant à une appropriation des principes et mécanismes d'intégration, cette concertation a porté sur les

conditions de pérennité, parmi lesquelles la nécessaire adaptation du modèle aux contextes locaux.

2.1 La concertation des acteurs : mise en œuvre de procédures partenariales

La concertation renvoie à l'existence de partenariats entre les acteurs :

1. stratèges et financeurs (au niveau national et départemental),
2. « opérationnels » correspondant à un niveau gestionnaire tactique (local),
3. prestataires de services et de soins (présents autour de la personne au plan clinique).

Les mécanismes de concertation, notamment par des réunions et des prises de décisions collectives visent à définir conjointement les modalités organisationnelles et financières de la mise en œuvre du système d'intégration.

En France, le niveau de responsabilité politique et financière en matière de services aux personnes en perte d'autonomie est le département. Les conseils généraux mettant en place leur politique de services aux personnes âgées en perte d'autonomie avec différents acteurs opérationnels, ces acteurs doivent eux aussi y être associés. La mise en œuvre à ce niveau d'un partenariat stratégique sur chaque site expérimental est une condition opératoire d'implantation. Cette condition, nécessaire mais non suffisante pour la réussite de l'implantation du modèle, se comprend par les fonctions du partenariat stratégique, à savoir :

1. définir une politique globale de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie au niveau du territoire,
2. définir les modalités de partenariats entre les structures et les acteurs et préciser le processus d'évolution de ces modalités,
3. définir les mécanismes de financement des gestionnaires de cas,
4. donner une légitimité territoriale à l'action des gestionnaires de cas,
5. suivre le développement des actions des gestionnaires de cas et identifier les points bloquants et les besoins en services.

Sur chaque site expérimental, les acteurs doivent, eux aussi, disposer d'une structure de partenariat afin de réaliser, au niveau local, les orientations prises au niveau stratégique et, inversement, afin que le niveau stratégique ait des informations provenant de façon globale du partenariat opérationnel et non seulement les informations fragmentaires des services sous la tutelle de chaque décideur. Le partenariat à ce niveau vise à :

1. définir les modalités et les moyens de fonctionnement du système de soins et de services intégrés,
2. mettre en œuvre le guichet unique d'accès à la gestion de cas, les critères précis d'admission et éventuellement de clôture de la gestion de cas,
3. identifier les personnes pouvant être gestionnaires de cas,
4. définir les procédures de partage d'information,
5. donner une légitimité locale d'intervention aux gestionnaires de cas.

2.2 Le processus de gestion de cas

Plus encore que des mécanismes organisationnels, la cohérence entre les soins des différents intervenants sanitaires et leur articulation avec les acteurs sociaux d'une part, la continuité des soins et services délivrés d'autre part, ont une dimension relationnelle importante [132]. C'est la raison pour laquelle la Cour des Comptes [1] propose la promotion d'un système de correspondant unique de la personne pour la coordination des soins et des services. C'est ce même constat de la nécessité de mettre en relation les personnes fragiles avec une seule personne responsable de l'organisation de leur plan de soins et d'aides qui est à l'origine du concept de gestion de cas.

Le gestionnaire de cas est le correspondant unique des intervenants pour la coordination des soins et des services, aussi bien pour les champs d'action sociale que sanitaire. Pour toute personne relevant de la gestion de cas, le gestionnaire de cas :

1. réalise à domicile une évaluation des besoins sanitaires et sociaux de la personne pour confirmer ou infirmer le recours à la gestion de cas et définir le plan d'aide,
2. assure le rôle de personne ressource coordinatrice,
3. planifie les services nécessaires,
4. fait les démarches pour l'admission de la personne à ces services,
5. assure un suivi de la réalisation des services planifiés,
6. organise le soutien et coordonne les différents intervenants impliqués,
7. assure une révision périodique du plan de services individualisé.

Pour réaliser ces tâches, la pertinence de limiter le nombre de dossiers traités en gestion de cas a été démontré [73]. Des précédentes études menées, il ressort en effet que le nombre optimal est de 40 cas actifs maximum par gestionnaires de cas [55]. Il s'agit donc d'un niveau intensif d'intervention. Les gestionnaires de cas, dans le modèle PRISMA tel qu'implanté au Québec, étaient issus des différentes structures sanitaires et sociales [56]. Il s'agissait de personnes ayant des compétences initiales aussi bien sociales que sanitaires. Le candidat devenait gestionnaire de cas à l'issue d'une formation spécifique mais sa culture professionnelle d'origine enrichissait ainsi l'équipe de gestion de cas de son savoir-faire dans une perspective d'inter voire de transprofessionnalité [133]. En France, ce champ professionnel est nouveau et semble pouvoir correspondre à des travailleurs sociaux ou à des infirmiers coordonnateurs. Quel que soit leur formation initiale, une formation complémentaire est nécessaire.

2.3 Le point d'accès unique

Le point d'accès unique est défini comme le lieu de convergence des demandes d'accès à la gestion de cas. Il s'agit d'un levier important de la mise en œuvre du modèle, notamment en raison de sa visibilité pour les personnes âgées, elles-mêmes, et leur entourage qui n'ont plus à chercher eux-mêmes à de multiples points d'accès les services que leur situation requiert.

Pour les mêmes raisons, ce point d'accès unique peut faciliter également la tâche de nombreux professionnels. La mise en œuvre de ce point d'accès est un enjeu d'équité dans la mesure où toutes les demandes sont traitées selon les mêmes procédures. L'accueil et l'information complètent les missions de ce point d'accès unique que la personne soit éligible à la gestion de cas ou non. L'efficacité de ce point d'accès sous-entend la centralisation des demandes, la coordination de l'accès, l'actualisation de la connaissance de l'offre de soins et services ainsi qu'un système d'évaluation commun et standard des besoins. En France, un renforcement des Clic pourrait éventuellement permettre d'instituer un tel guichet unique.

2.4 L'utilisation d'un outil d'évaluation multidimensionnelle standardisé avec un système de classification

L'utilisation d'un outil d'évaluation standardisé permet un diagnostic partagé et compréhensible pour les différents intervenants de la perte d'autonomie. Le système de classification en découlant doit aider les intervenants à développer un langage commun. L'outil réglementaire d'évaluation de la perte d'autonomie en France est la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique, Groupes Iso-Ressources). A partir de cette grille, une classification permet d'ordonner les personnes selon six profils de perte d'autonomie et de consommation de ressources significativement proches : les Groupes Iso-Ressources (GIR). L'Inspection générale des affaires sociales (Igas) préconise d'enrichir cet outil d'évaluation par combinaison et/ou superposition d'autres outils [134]. Quel que soit l'outil plus complet d'analyse, qui doit être développé, il est nécessaire :

1. qu'il produise l'information du groupe GIR,
2. qu'il ait déjà subi une procédure de validation, une évaluation de sa reproductibilité, et qu'il soit adapté aux personnes en perte d'autonomie cognitive,
3. qu'il dépasse la seule sphère des actes essentiels de la vie,

4. qu'il existe des règles précises d'utilisation de l'outil pour produire une planification individualisée

Il paraît utile, également, qu'il puisse donner une information de classification plus élaborée que le groupage GIR.

2.5 L'utilisation d'un Plan de services individualisé

Suite à l'évaluation multidimensionnelle de la situation, la tâche du gestionnaire de cas consiste à élaborer un plan de services individualisés (PSI), en partenariat avec la personne concernée, ainsi qu'avec les professionnels médico-sociaux et non professionnels (famille, ami, voisin, *etc.*), quelle que soit leur localisation dans l'offre de services. Ainsi, le PSI a pour objectif de faire un portrait des besoins de la personne, que ceux-ci puissent effectivement être couverts par les acteurs socio-sanitaires professionnels ou non. Le PSI, une fois écrit, fait l'objet d'un monitoring de sa mise en œuvre et d'une actualisation régulière en fonction de l'évolution des besoins et de l'offre de services. Il permet une analyse des écarts éventuels entre les besoins de la personne et les services actuellement offerts. A chaque réévaluation des besoins, le PSI est révisé. Le PSI apparaît pour le gestionnaire de cas comme le tableau de bord, évolutif, des services et des besoins dans un point de vue essentiellement clinique. Au plan institutionnel, il permet le monitoring de la performance de l'organisation de services à rencontrer les besoins de la clientèle desservie [62, 135]. Ce plan correspond au plan d'aide tel que défini réglementairement par la loi sur l'APA, mais ne se limite pas à l'utilisation financière de l'allocation APA, ce qui est trop souvent le cas du plan d'aide.

2.6 L'utilisation d'un système d'information partageable

L'évaluation, comme le PSI, ne peut être un outil d'intégration clinique que dans la mesure où les différents intervenants cliniques peuvent y avoir accès. Ceci souligne l'importance, pour parvenir à l'intégration, de disposer d'un système d'information partageable. Durant le programme québécois PRISMA, l'utilisation d'un dossier clinique partagé a été un facteur de

réussite de la mise en œuvre des réseaux intégrés des soins et services. En France, les pouvoirs publics travaillent actuellement à la création d'un dossier unique (Dossier médical personnel - DMP), pour lequel un volet médico-social sera probablement nécessaire. Dans l'attente de la finalisation de ce dossier unique, l'intégration nécessite de définir des procédures de partage d'information. Toutes les procédures doivent faire l'objet de présentation et d'adoption aux différents niveaux de concertation.

3. L'innovation en France : Analyse des conditions de l'implantation.

Selon le modèle théorique développé récemment à partir d'une analyse systématique des écrits scientifiques [136], il est possible de repérer schématiquement les facteurs favorables, ou défavorables à l'implantation d'une telle innovation (voir tableaux 1 à 3). Le tableau 1 analyse les facteurs qui dépendent des caractéristiques propres de l'innovation. Ils sont souvent mis en exergue pourtant ils ne sont généralement pas totalement stables durant l'intégralité du processus d'implantation. Ainsi, l'identification des déterminants d'adoption, voire d'assimilation de l'innovation à ce niveau, n'est pas aisée [136].

Les critères dépendants des utilisateurs potentiels, et du contexte lui-même, sont souvent surdéterminants. En effet, il apparaît réducteur de considérer que les utilisateurs potentiels soient passifs dans le processus d'adoption d'une innovation. Au contraire, ils étudient l'innovation, l'essayent, l'évaluent, y trouvent du sens (ou échouent à y trouver du sens), gagnent de l'expérience et la modifient. Souvent ils recherchent le dialogue avec les autres utilisateurs. Relativement à ces dimensions, le tableau 2 met en exergue la façon dont l'implantation de l'innovation est rendue complexe par la diversité des cultures professionnelles et des expériences antérieures des acteurs. La flexibilité du modèle, facteur favorable à l'implantation en raison de l'adaptabilité ainsi offerte, est également déstabilisante pour les acteurs dans la mesure où un travail de réingénierie leur est demandé. En effet, dans le système français marqué par une fragmentation importante, la stricte

conformité aux processus décisionnels de chaque organisation semble capitale. Enfin, le tableau 3 recense l'analyse des facteurs dépendants du contexte organisationnel. A ce niveau, les influences variées qui peuvent s'exercer sur le processus d'implantation de l'innovation se répartissent sur un axe allant de la diffusion (dans laquelle les professionnels s'approprient l'innovation, principalement par un processus horizontal, souvent informel, entre pairs), à la dissémination (où l'implantation de l'innovation est planifiée, formalisée et produite par des mécanismes centralisés et souvent hiérarchiques). Actuellement, le contexte organisationnel se caractérise par une tension vers le changement : au niveau stratégique compte tenu de l'augmentation anticipée des demandes de moyens et, à l'échelon opérationnel en raison de la saturation du fonctionnement actuel du système.

4 Conclusion

En conclusion, l'intégration est la résultante d'un ensemble de mécanismes modélisables tout en étant flexibles qui permettent d'améliorer la continuité de la prise en compte de besoins évolutifs et complexes des personnes en perte d'autonomie quelle qu'en soit l'origine. Elle prend toute sa réalité pour les personnes à travers l'identification d'une personne-ressource dont le champ d'action est nouveau : le gestionnaire de cas. Les conditions actuelles paraissent en grande partie favorables à l'implantation de l'intégration. Cependant cette innovation dans le domaine de l'organisation des services et de la santé paraît complexe.

L'implantation de ce modèle en France nécessite un travail partenarial de définition d'un langage commun tant sur les diagnostics que sur les solutions. Ainsi, un groupe de chercheurs et de décideurs des domaines de la santé et des services aux personnes s'est constitué et a mis au point le projet de démonstration de l'implantation de l'intégration dans trois sites expérimentaux en France (rural, urbain et méga-urbain). Les résultats de ce projet de recherche devraient permettre de définir les facteurs favorisant ou entravant la réalisation de

l'intégration selon chaque site (analyse contrastée) et dans tous les sites (liés au contexte particulier de soins et de services français dans son ensemble).

Tableau 1 : Analyse des facteurs influençant la probabilité *a priori* de l'implantation de l'innovation que représente le modèle d'intégration PRISMA dans le système de soins et de services français en fonction des caractéristiques de cette innovation

Caractéristiques de l'innovation	Favorable à l'implantation	Objet d'enjeu	Défavorable à l'implantation
Avantage pour les utilisateurs	Existence de preuves scientifiques de l'impact en matière de qualité et d'efficacité du modèle		Perceptions diverses en rapport avec la perception de l'homophilie
Compatibilité avec les normes organisationnelles et professionnelles			Diversité des normes
Complexité	Existence de preuve d'implantation dans différents contextes organisationnels. Simplification par le découpage en éléments		Perception initiale de complexité élevée. Nombreux obstacles organisationnels ou réglementaires à dépasser
Domaine d'application	Implantation progressive focalisée sur les "cas complexes"		
Observabilité des bénéfices de l'implantation		Attente vis-à-vis de l'équipe de recherche	
Flexibilité	Modèle flexible		
Hierarchisation des éléments	Choix d'un modèle en éléments		
Risque pour les personnes	Faible ou inexistant		
Utilité directe dans les tâches	Perçue comme élevée (guichet unique, partage d'information, etc)		
Savoir à mobiliser	Intérêt d'une collaboration avec des professionnels d'un autre pays ayant implanté le modèle	Attente vis-à-vis de l'équipe de formation	
Support technique	Collaboration avec un centre d'expertise à Sherbrooke	Attente vis-à-vis de l'agence de changement	

Tableau 2 : Analyse des facteurs influençant la probabilité *a priori* de l'implantation de l'innovation que représente le modèle d'intégration PRISMA dans le système de soins et de services français en fonction des caractéristiques des utilisateurs potentiels de l'innovation

Caractéristiques des utilisateurs potentiels	Favorable à l'implantation	Objet d'enjeu	Défavorable à l'implantation
Psychologiques	Motivation élevée, besoin de changement		Diversité et déstabilisation par démarche pro-active (faible tolérance à l'ambiguïté)
Le sens pour les personnes âgées		Attente vis-à-vis de l'équipe de recherche	
Respect des processus décisionnels	Implication de tous les niveaux, processus bidirectionnel autorisation/collectif		
Delai d'information des différents niveaux décisionnels	Implication de tous les niveaux		Diversité des besoins d'information, du temps disponible pour information, des méthodes efficaces de communication
Accompagnement durant la phase initiale d'implantation	Rôle de l'agence de changement		
Retour des utilisateurs			Innovation en France: pas d'utilisateur déjà installés
Préoccupation sur les aspects non finalisés du projet			Préoccupation importante

Tableau 3 : Analyse des facteurs influençant la probabilité *a priori* de l'implantation de l'innovation que représente le modèle d'intégration PRISMA dans le système de soins et de services français en fonction des caractéristiques du contexte d'implantation

Caractéristiques du contexte organisationnel	Favorable à l'implantation	Objet d'enjeu	Défavorable à l'implantation
Structure des réseaux sociaux impliqués			Réseaux sociaux divers, nombreux, non maîtrisables
Homophilie du modèle			Perceptions diverses
Implication de leaders			Présence de leaders divers (personnes autorisées à donner son opinion sans nécessairement être un utilisateur potentiel), nombreux, non maîtrisables
Champions	Présence de champion (futurs utilisateurs défendant l'innovation) aux différentes tables du fait de l'utilité, au niveau stratégique et local		
Programme d'implantation expérimental	Présence d'une agence de changement crédible en raison de ces liens avec le réseau international de recherche sur l'intégration.		
Aspects structurels			Très divers en taille, niveau d'autonomie et de spécialisation et d'adaptation au changement
Communication intra et inter-organisationnelle			Très divers et non maîtrisable
Moyens financiers			Pas de nouveau moyen: arbitrage stratégique à faire
Tension vers le changement	Très importante à tous les niveaux (augmentation des demandes de moyens, saturation du système)		

Remerciements

Les auteurs remercient l'unité de recherche clinique de l'hôpital européen Georges Pompidou pour leur appui constant, leur effort dans la gestion des données, leur aide statistique, leur engagement de valeur et leur expertise. Les auteurs remercient également Catherine Périsset, chef de projet pour PRISMA France et Laurence Leneveu, pilote de projet pour PRISMA France pour leur implication dans la mise en œuvre du projet décrit dans cet article. Enfin les auteurs remercient l'ensemble de leurs partenaires aux différents comités de partenariat dans chacun des trois sites d'expérimentation.

VIII Article 4 : The Individualized Service Plan as a Clinical Integration Tool: Qualitative Analysis in the Quebec PRISMA Experiment

Le quatrième article rapporté dans les pages suivantes lisible tel qu'imprimé dans la revue *International Journal of Integrated Care* en annexe 3. Toute la réflexion qui précède en rapport avec la nécessité de l'intégration afin de réduire les effets néfastes sur les filières de soins de la fragmentation du système de soins et d'aide ne prend sa signification qu'à travers une réflexion sur le champ professionnel de la « gestion de cas ». Pour les personnes en perte d'autonomie elle-même la notion de continuité relationnelle est probablement la plus importante. Le gestionnaire de cas se trouve donc en tâche de devoir réaliser l'intégration au niveau clinique. Il est nécessaire qu'il soit suffisamment légitime pour le faire (rôle notamment de la concertation), qu'il y ait un mécanisme d'accès unique permettant d'assurer l'équité dans l'attribution de ce type d'intervention (rôle du guichet unique) et que le gestionnaire de cas ait des outils de travail à la fois valide et adapté à la tâche de coordination clinique. Cela nécessite l'existence de protocoles d'échanges d'information (à terme un dossier clinique informatisé) et un outil d'évaluation ainsi que de planification individualisé. Nous rapportons ici la première évaluation à notre connaissance portant sur les pratiques professionnelles de gestion de cas. Nous avons choisi d'utiliser le cadre conceptuel de l'ergonomie cognitive en raison de l'expérience que les professionnels avaient de la tâche de planification et de l'absence de consensus sur les modalités de planification « idéales ». Notre objectif était par une meilleure appréhension de la tâche de planification individualisée d'identifier les besoins des professionnels concernant l'outil ou les outils nécessaires à cette tâche. Nos résultats ont mis en évidence d'importantes difficultés avec l'outil utilisé jusque là par les gestionnaires de cas. Les motivations pour utiliser cet outil n'étaient pas d'ordre clinique. Néanmoins, les gestionnaires de cas, loin de rejeter l'outil continuait à l'utiliser car

ils pensaient avoir besoin d'un outil pour accomplir la planification individualisée. Ils ont exprimés des besoins précis concernant notamment la simplification des formulations, la non-redondance à l'intérieur des plans, l'aspect dynamique de l'outil à utiliser. Le lecteur trouvera en annexe 3 des exemples de PSI tels qu'ils étaient réalisés au moment de l'étude par les gestionnaires de cas au Québec.

0. The Individualized Service Plan as a Clinical Integration Tool: Qualitative Analysis in the Quebec PRISMA Experiment

Dominique Somme, MD, Hôpital Européen Georges Pompidou, Service de Gériatrie, 20-40
rue Leblanc, 75015 Paris, France,

Réjean Hébert MD MPhil, Doyen, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université
de Sherbrooke, Qc, Canada,

Gina Bravo, MD, PhD, Institut Universitaire de Gériatrie de Sherbrooke, Qc, Canada,

François Blanchard, MD, PhD, Service de Médecine Interne et Gériatrie CHU Sebastopol
51092 Reims Cedex, France

Olivier Saint-Jean MD, PhD, Hôpital Européen Georges Pompidou, Service de Gériatrie, 20-
40 rue Leblanc, 75015 Paris, France

Corresponding author

Dominique Somme

Hôpital Européen Georges Pompidou,

Service de Gériatrie,

20-40 rue Leblanc,

75908 Paris Cedex 15, France.

Telephone +33 1 56 09 33 13,

Fax + 33 1 56 09 38 21,

email : dominique.somme@egp.aphp.fr

Article soumis à la revue International Journal of Integrated Care le 14 mai 2007; demande
de révisions majeures le 22 août 2007, accepté le 16 octobre 2007

Abstract

Introduction: One aspect of clinical integration involves case managers' tools and particularly the individualized service plan.

Methods: We examined individualized service plan content and use in the PRISMA experiment. We analyzed 50 charts, and conducted and recorded interviews regarding individualized service plan use with all the case managers concerned (n=13).

Results: Delays between starting case management and writing the individualized service plan were long and varied (0-596 days, mean: 117 days). During the interviews, the individualized service plan was described as the "last step" once the active planning phase was over. The reasons for formulating plans were mainly administrative. From a clinical viewpoint, individualized service plans were used as memoranda and not to describe services (842 interventions not mentioned in the plans) or needs (694 active problems not mentioned). Case managers felt uncomfortable with the individualized planning task and expected a tool more adapted to their needs.

Conclusion: Although a majority of the case managers' charts contained an individualized service plan, implementation of this tool seems tenuous. Because of the discrepancy between the potential usefulness expected by case managers and their actual use, a working committee was created to develop proposals for modifying the instrument.

Key Words: Case management tool, individualized service plan, clinical integration, gerontology, qualitative research

1. Introduction and Background

A number of recent literature reviews emphasize the pivotal role played by case management in the efficacy of integration experiences for older adults around the world [32, 47, 59]. The case management process can be defined as comprising the following key steps [50, 54, 56, 60-67]: case identification according to predefined criteria, standardized multidimensional assessment, individualized service plan, resource identification, implementation, monitoring, and plan reassessment. Some include the concept of advocacy, which combines advice and representation [63, 66, 68]. While case management was being developed, it became apparent that tools were needed to support the tasks of identification, assessment, and planning. To a great extent, case identification depends on the eligibility criteria for case management. As a result, the tools used in the various experiments varied substantially. The assessment task led to the development of many different tools, such as the *Outil d'évaluation multicientèle* (OEMC or multicientele assessment tool), including the *Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle* (SMAF or Functional Autonomy Measurement System) in Quebec and the Resident Assessment Instrument (RAI) in the United States and then Europe. These instruments have undergone many validation studies [82, 83].

However, the planning task, which appears to be essential since it governs implementation, monitoring, and reassessment, has not yet received the same kind of attention. Yet many authors view the formulation of an individualized service plan as an essential component in integrating services for frail elders [56, 59]. For some, it represents case management quality criteria [65, 79]. As with assessment, the plan is both a set of processes and a product in the form of a written document placed in the person's chart. To our knowledge, no such planning document has ever been validated scientifically. Consequently, the tools used for planning are usually derived from that used for assessment. In Quebec, the definition of individualized service plan used by the *Ministère de la Santé et des Services sociaux* refers to the process

designed to achieve social integration and to provide an individualized response to the person's needs. It requires that the person or the person's representative attend a meeting aimed at cooperation and collaboration [62]. This definition, like others around the world [59, 65, 67, 79] based on major consensual principles, does not, however, explicitly state how the individualized service plan leads to clinical integration and how important developing the plan document is to integration. This is also observed in the literature: while the individualized service plan is often cited as an important feature of integration, its design, expected content, size, usefulness, and use are not defined [62]. The PRISMA integration experiment, in which case managers were asked to develop individualized service plans, enabled us to clarify these individualized service plan aspects using qualitative methods.

2. Methods and theory

2.1) The PRISMA Program

PRISMA (Program of Research on the Integration of Services for the Maintenance of Autonomy) [56] is an integration model implemented in three experimental areas. The research program comprised, on the one hand, a study of the impact integration has on independence, satisfaction, and use of services for older adults in the experimental areas compared to the control areas and, on the other, ongoing monitoring of the model's effective implementation [55]. This program proposes a coordination-type approach to the integration model as defined by Leutz [27]. In this kind of model, all health and social service organizations are involved, whether public, private, volunteer, or community. Each organization maintains its structure but takes part in integration by adapting its operations and resources. The outcome is that individuals no longer have to search for the proper resource for their needs. Rather, it is up to the integrated system to provide a continuum of services that respond to people's needs. The PRISMA model, designed after reviewing the literature, comprises six components: 1) coordination at all levels of decision-making, 2) a single entry point, 3) case management, 4) individualized service plans, 5) a unique standardized assessment tool, and 6) a computerized clinical chart. Each of these points have been described in detail elsewhere [55, 56]. There are different case management models [62]. In the PRISMA model, case managers are under the responsibility of and remunerated by Quebec's public health care and services system. Each full-time case manager has to manage about 45 people. Case management was defined as a new role for different professionals (social workers, nurses, psychologists) already involved in the public health care and service system for older persons in Quebec. Professionals received special training on the different case management tasks before they became case managers. Individual eligibility corresponded to a great need for coordination because of the number of caregivers and

providers involved (greater than two, in addition to the attending physician and meal services) or the degree of loss of independence measured with a standardized assessment instrument (need for assistance exceeding that provided for domestic needs). Case managers had to have or perform a comprehensive assessment of the individuals' needs. They had to be in close contact with patients and be familiar with their home settings. In interacting with patients, families and attending physicians, case managers had to develop an individualized service plan resulting from a cooperative interdisciplinary process with the various caregivers and providers. Afterwards, they were responsible for the follow-up and reassessment of the plan over time, thereby guaranteeing the diachronic continuity of management.

In the PRISMA model, therefore, the individualized service plan represented one of the key elements in effectively implementing integration at the clinical level. Since electronic medical charts were gradually introduced [55], case managers soon had an electronic version of the same form. No databases (needs or services) were associated with the individualized service plans. No tasks were automated and the text was written freely on paper or electronically. The overall PRISMA research program included an implementation analysis that evaluates the quality of the individualized service plan in each patient chart [55]. The entire PRISMA research program and each of the PRISMA studies including the one described here were approved by the Ethics Committee of the Sherbrooke Geriatric University Institute.

2.2) Analysis Methods

Our analysis of the individualized service plan is based on the conceptual framework of cognitive ergonomics [137], where the focus is on the discrepancies between what is prescribed, said, and done. Traditionally, a task has to be performed as prescribed by managers and if this is not the case, a deficiency in training or management must be found. In contrast, cognitive ergonomics research is based on the assumption that users have specific

(but not necessarily the best) knowledge on how and why an activity is to be done during their work (Figure 1). Studies in cognitive ergonomics develop an analysis framework to take into account the prescribed task and the performed task. To understand the discrepancies, the performed task has to be assessed in a real situation (not a simulation or a "performance" test), and in parallel an assessment of cognitive activities linked to the task has to be done, usually by users' comments on this task. This approach is pragmatic and aims to develop recommendations that meet both organizational needs and reflect professional reality. In our research on individualized service plans, the prescribed task (case managers have to develop individualized service plans in order to achieve clinical integration) was compared to the task actually performed (individualized service plan production and use) and what the case managers had to say about it (which reflects both their knowledge about the task prescribed and performed, and their expectations). The discrepancies between the task prescribed and performed, and what the case managers had to say are not viewed here as deficiencies. Indeed, as we have said, knowledge about the need for individualized service plans for integration was vague. Accordingly, we will discuss these discrepancies as a source of information about the work done by the case managers related to individualized service plans and as a source of potential information about the usefulness of these plans in terms of integration.

For this study, we used a sequential schema with multiple investigative methods in order to achieve a certain degree of triangulation. The research team that examined methods and interview grids was comprised of researchers in the area of health services and social sciences. Different professions were represented in the research team including physicians, social workers and psychologists.

Our analysis of the implementation context focused on the documentation used to train the case managers, to which we had complete access. This material was analyzed for information that would yield the most precise description of the “prescribed” task of developing the individualized service plan, its expected contents, and its practical use. From this, we attempted to identify the rules indicated in these documents that case managers were supposed to follow to develop an individualized service plan.

2.3) Interviews

The criteria for including case managers in the interviews for the qualitative study about what the case managers “said” about the individualized service plan were as follows:

1. Participation in the PRISMA program
2. Having a minimum caseload of five
3. Having been a case manager for at least six months
4. Having signed an informed consent form to take part in the study.

All the case managers meeting these criteria were invited to take part. None of them refused to participate.

The interview plan was developed through multidisciplinary cooperation. It was based on the theoretical framework of cognitive ergonomics and a literature survey [62]. The following issues were addressed:

- In order to examine case managers’ knowledge of individualized service plans (that is, case managers’ representation of the “prescribed task”:
 - individualized service plan usefulness and function(s) in the case managers’ work
- In order to examine the individualized service plan “activity” in the case managers’ work from the perspective of “what is said”:

- Time-related aspects of the individualized service plan in the case managers' work
- Factors fostering or hindering individualized service plan formulation development
- Distribution of the instrument to other professionals in the system

The interview plan enabled interviewers to systematically address the various issues and elicit further information if necessary. Case managers could also bring up points of interest outside the plan as long as the interview remained focused on the individualized service plan as a case management tool. All the interviews were carried out face-to-face at the case managers' workplaces by the same person and recorded without intermediate analysis or modification of the interview plan prior to being transcribed verbatim.

Each interview was coded in two ways: descending, that is, starting with the interview plan described above, for the most unequivocal coding possible; and ascending, that is, starting with the analysis of interview content outside the plan in order to add value to the analysis plan while maintaining an ergonomic approach. The interviews were all coded by the same individual without any cross-coding. A preliminary grouping of the codes emerging from the ascending approach was made. The grouping was discussed by the multidisciplinary team and modified to generate a reasonably stable theoretical framework for analyzing the interviews. This made it possible to code the entire corpus of interviews a second time. The second encoding revealed that the first-round codes were quite stable. The codes that came up during the process served mainly to encode passages that had not been coded in the first round. Data organization and encoding was facilitated by using NVivo® software (QSR International), which can be used to encode, assign multiple codes, and reorganize the corpus according to code or category.

2.4) Chart Analysis

We analyzed the contents of 50 charts managed by the 13 case managers in order to develop a description of the task actually done. Charts were selected randomly except for ensuring that there were at least two charts from each case manager interviewed. The drafting date had to be as close as possible to but no later than the start of our study of individualized service plans, which the case managers were aware of. The elements that we looked for in the case manager charts were defined by the multidisciplinary team, after the “prescribed task” was analyzed at a time close to when the interviews were conducted in order to grasp the significance of the individualized service plan as a tool. Since managers required each ISP to be reassessed every six months, each chart could contain more than one ISP. As for the individualized service plan itself, we used the date the individualized service plan was written compared to the case management start date (date on which the case manager signed the consent to exchange information) and the date written in the assessment tool. Since a service could be delivered long before documentation of the ISP, this delay is not of the same as a delay in service production. The individualized service plan's readability was assessed by the number of lines and various kinds of information it contained. The individualized service plan form is structured as a series of columns (Appendix 1); the lines (rows) depend on how the case managers fill it out. Consequently, a single line may contain a number of problems, objectives, and interventions and thus involve a number of caregivers and frequencies. The analysis took into account the fact that the rows on the electronic individualized service plan form are predetermined. In the case of paper forms, the numbering along the left-hand side used by certain case managers or a skipped line were considered separators for analysis purposes. In the electronic and traditional charts, the plan was filed in plain text so that several issues were often put on the same line since the average number of issues could exceed the number of lines.

With the electronic individualized service plans, we were able to determine the number of consultations and the professional categories of the individuals with access to individualized service plans. We also attempted to determine to what degree the case managers followed the development rules that we identified based on our analysis of the training documentation. We also carried out a qualitative study of the vocabulary used in the individualized service plans by certain key caregivers, such as general practitioners and case managers. Lastly, we examined the charts for indications of individualized planning (progress notes, conclusions of the standardized case management assessment).

2.5) Individualized Service Plan–Assessment Comparison

The assessment instrument used in Quebec is the Multiclientele Assessment Tool, which includes 25 dimensions assessed as to whether or not the patient was experiencing a problem (or if means were used to compensate for the difficulty) (Appendix 2). Functional autonomy was assessed with a standardized tool, the *Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle* or SMAF [138], which assesses 29 dimensions of independence based on whether the patient does or does not have a disability and, if so, whether it appears as a handicap (Appendix 3). Both instruments make it possible to identify difficulties and often many of the resources that respond to these disabilities at the time of assessment. We therefore compared the contents of each individualized service plan with that of the most recent standardized assessment in order to determine how well the individualized service plan corresponded to the summary of all the problems noted in the assessment (with or without solutions), and if the individualized service plan contained all the resources indicated in the assessment as compensating for the person's handicap or difficulty. If so, the individualized service plan could be viewed as a snapshot of the person's services, even if they did not address all of the needs.

3. Results

3.1) Contextual Analysis (“prescribed task”)

No individualized service plan documents were created when the integrated networks were implemented. Instead, the forms used to plan home care services, called the “individual service allocation plan” (Appendix 1), were used. This document was designed at the same time as the Multiclientele Assessment Tool to plan professional services. Evolving out of similar documents used in nursing, it had been used as a guide in multidisciplinary team work well before the creation of integrated networks. However, it was not designed for higher-level coordination (that is, of more than one group of professionals). Four training documents were analyzed. All of these documents have an indirect or direct connection to the book by D. Boisvert on the individualized service plan [139]. The individualized service plan definitions given in all four documents refer to a “process.” None of the documents dealt with the opportunities and means that case managers can or must use in their work. These documents give prominence to major consensual values (such as fairness, justice, equality, solidarity, social integration, and primacy of the individual), whose definitions constituted part of the training. Two documents stressed the importance of organizing the multidisciplinary meeting (as in Boisvert's book [139]). For the *Objective* section, the rule was to record observable or measurable behaviours with a threshold and an observation delay; action verbs had to be used. One document included a four-page list of verbs to use as help in drafting the objective. Moreover, it was indicated that instructional verbs (maintain, reduce, promote, improve, etc.) should be avoided. No specific rule was provided about the other sections of the form. The written comments of the case managers who received training—which were kept—revealed dissatisfaction with the individualized service plan section, although they considered the overall training very satisfactory. They felt that the individualized service plan training was too theoretical: “How do you adapt a tool made for planning services over the medium and

long term to a clientele whose health and needs change rapidly?” or “Why does someone in the network still not use an individualized service plan after several years of training and awareness?”

3.2) Interviews: What Was Said

Our main results as compared to the prescribed and the performed task are synthesized in Table 1. In regards to using the individualized service plan (ISP), case managers indicated that it usually comes after planning, since the individualized service plan is described as the last step in a chart that has achieved a certain degree of stability: *“The ISP is the final act... That's how I see it, once I have all the information I need...”*(case manager 5); *“I don't put anything into the ISP until the client's situation has stabilized. Once the client is set up, I use the ISP”* (case manager 3). In fact, 12 of the 13 case managers made similar comments. The only one that did not said he didn't use the individualized service plan at all: *“It's a step that I often skip...because it just doesn't seem useful to me...it's just one more step if you have to write up the intervention plan or ISP”* (case manager 12).

Moreover, the case managers cited motives for producing the individualized service plan that reinforced the impression of it being an administrative task. For example they said: *“It's one of our tasks. We knew when we were hired...that it had to be done”* (case manager 5) or *“One goes into every chart”* (case manager 3) or *“Well, there is an ISP, but it hasn't been finished.... I'm going to update it because I have to submit it to the allocation committee next week”*(case manager 6). Some thought the research program itself had an influence: *“If I hadn't read the research now, I'm not sure that there would be ISPs in the charts”* (case manager 1). Five case managers mentioned the research protocol either directly or indirectly, referring to the PRISMA model as a motivation for developing the individualized service plan.

The case managers were not in agreement about the expected contents of an individualized service plan: *“I put down all services”* (case manager 10); *“No, I didn't put down everything, and I won't in the future”* (case manager 8); *“Every handicap and disability must be included in the ISP”* (case manager 5). It is interesting to note that the individualized service plans did not always reflect the expressed intentions. For example, case manager 5 only managed to follow his rule of mentioning all needs in 2 of the 12 individualized service plans analyzed, while case manager 8 complied with the same rule in 3 cases out of 4.

The case managers were concerned about the fact that few people in the network appear to want to read individualized service plans. Case manager 8, whose individualized service plans had the highest average access rate (average of 3 in addition to the case manager), stated: *“I've already looked at the history. Not too many people are going to do that.”*

The case managers also took different positions about the usefulness of the individualized service plan for the case manager: *“The first thing I do...is to see what's in the plan”*(case manager 12); *“sometimes I'll look at the chart, but rarely the ISP”* (case manager 1). Plan access could serve case managers as a reminder of the services in place, the steps already taken, or as a help in managing schedules. Given that the individualized service plan aims at determining an individual's needs and planning the services to respond to them, it is paradoxical that the only clinical motivation mentioned by two case managers was related to limiting services for people who were considered overly demanding: *“The ISPs for manipulative people...contain tons of details...because they tend to always ask for more”* (case manager 7). The individualized service plan has been described as an element fostering multidisciplinary team joint action. With the exception of this latter function, the others could be replaced by reviewing progress notes or concluding the assessment without an individualized service plan. Consequently, no functions related to the case managers' clinical work appeared to specifically devolve to the individualized service plan.

All the case managers described the individualized service plan as being very strongly related to their work: *"It's THE case manager's tool"* (case manager 11). No case managers raised the idea of case management without an individualized service plan. On the contrary, the difficulties encountered were explained by the innovativeness of integration: *"An integrated network...and case management are new"* (case manager 7); lack of partner computer access: *"The system...must be accessible elsewhere"* (case manager 7); lack of definition of confidentiality rules: *"I tell myself to be careful not to put too much into the ISP because the information can be shared"* (case manager 13). They also emphasized a lack of clarity about the concept: *"No one has a clear idea of what the ISP is all about"* (case manager 7). Four case managers had very similar perceptions: *"Everything goes into our ISPs today, like disciplinary intervention plans and service plans; everything is thrown together"* (case manager 10). Case managers also pointed out the lack of training or, more accurately, the inappropriateness of training: *"I don't think they were clear enough about ISP contents"* (case manager 13).

Case managers felt that the form used for individualized service plans had problems, specifically its lack of clarity: *"It's clear to me, but I don't think it is for the others"* (case manager 5); its static appearance: *"You know that you can't exchange? with an ISP. An ISP doesn't budge?"* (case manager 9); and the burden of writing: *"I often wrack my brains trying to write the objective"* (case manager 9). The clash of these expectations with reality made case managers uneasy: *"My own plans bother me sometimes...but I don't know what else to do"* (case manager 10). There were, in fact, many expectations and they concerned, in particular, the concept itself: *"What use is it? Why are we doing this? What should it contain?"* (case manager 10); training: *"I think that training on this is needed"* (case manager 10); and form simplification: *"I think that ISPs should be easy to develop"* (case manager 1).

3.3) Chart Analysis

Our analysis involved all of the individualized service plans (n=101) in the 50 charts. The average time between the start of management and the first individualized service plan varied greatly: 0 to 598 days for the 50 individualized service plans we examined. The average time lapse was relatively high (117 days). The case managers themselves were not consistent with individualized service plan production, except for two who appeared to try to do the individualized service plan within the first 30 days. These two case managers, who worked at the same location, had been instructed by their superior that the charts had to conform to the integration model (i.e., contain an individualized service plan). Another case manager at the same site, however, had an average production time for the first individualized service plan of 71 days from the start of case management (ranging from 0 to 267 days). The time lapse between assessment and individualized service plan production was similarly variable: 0 to 524 days, for an average of 68 days. Lastly, the time between assessment and individualized service plan production shortened: from 138 days in 2001–2002 to 39 days in 2003.

Other characteristics of the ISP related to readability are summarized in Table 2. Nevertheless, the number of interventions was not directly related to the number of caregivers since many interventions were performed by the same caregiver. To illustrate, in individualized service plan 2, Chart 47, the visiting homemaker did all of the following: *“Help with hygiene, help with clipping nails, meal preparation, support with home maintenance, and grocery shopping”*. Conversely, several caregivers provided the same intervention: for example, in individualized service plan 2, Chart 38, seven caregivers provided spouse respite: day centre, temporary placement centre, two social workers from these organizations, the case manager, a community organization, and a private resource.

Case managers accounted for the large majority (91%) of individualized service plan accesses and specifically the writer in 70% of cases. For the remaining 9%, administrative purposes

were the reason for at least 5 instances of access: program managers (n=2) and archivists (n=3). Access by other caregivers in the system was rare: individualized service plans were mailed to the family physicians concerned in 27 cases out of 101. No other recipients were mentioned in the charts.

No specific guideline was followed in writing up problems or needs; the recommended structure was never used. None of the 699 objectives appearing in the individualized service plans could be considered as observable or measurable behaviours with a threshold and observation delay, as presented during training. In contrast, 80.7% of the objectives corresponded to directions for actions continuing over time expressed with verbs that were supposed to be avoided (compensate, improve, maintain, monitor, learn, etc.). The family physician was mentioned in 73 of the 101 individualized service plans. Since the document is structured so that the caregiver is mentioned depending on the problems identified, the family physician sometimes repeatedly appeared in the same individualized service plan. It is also possible that he was not the only caregiver mentioned on a single line for a problem. As a result, we analyzed such individualized service plans on a per-line basis. When mentioned on an individualized service plan line, the problems that the family physician should be able to resolve were health issues in 58 cases out of 80, loss of independence in 17 cases, and psychosocial disorders in 5 cases. The objectives were often quite vague, related to the medical profession in a general way: *“Provide medical management,” “Maintain state of health”* and *“The patient will have the required medication and care”*. More specific objectives were used much more rarely: *“Reduce the micturitional frequency and redness associated with incontinence”*.

We also studied the lines in the individualized service plans where the case manager was mentioned as caregiver. There were often multiple problems, possibly of different types, but mainly psychosocial and related to the loss of independence, such as: *“Precarious recovery*

from fractures” or “Needs help in managing appointments and contacts with the system.”

Moreover, we also noted that the objective was often a fairly general description of the case manager's function: *“Enable service use and reduce management burden”*; *“The patient will have advice enabling him to live in his home as long as possible”*; *“Maintain a presence and be supportive, while providing support to the natural caregiver.”* A more individualized description of the task was rarely encountered. It is interesting to note, however, that, when the objective was mentioned, it always health-related and did not always correspond to the case manager's previous profession: *“Avoid increasing pain, avoid falls or increased pain during bathing”* (case manager was initially a nurse); *“Investigate incontinence and identify adequate compensation”* (case manager initially a psychologist); *“Ensure that the patient has adequate dietary intake (no weight loss), monitor problem with constipation”* (case manager initially a social worker). Frequency was stated in the form of *“as needed,”* without describing the process for identifying need recurrence in 37.5% of cases. As a result, this did not make it possible to establish an accurate schedule for delivery or the actual service frequency.

The qualitative analysis of the charts highlighted the fact that individualized planning did indeed exist but was not supported by the individualized service plan, which means that it provided only partial representation. Indications that individualized planning actually occurred appear in the progress notes: *“Contact with family physician reveals that pain clinic physicians did not recommend infiltration and suggested morphine...He is in agreement with swimming and the day centre...”*; or in assessment conclusions: *“As for housekeeping, Mr. X refused system help; he will ask his family to play a greater role.... He accepts help with grooming and some financial aid to purchase these services.”*

3.4) Individualized Service Plan–Assessment Comparison

Three individualized service plans were written with no trace of a previous or current assessment while seven were written after a limited assessment to determine loss of autonomy. It was therefore possible to compare individualized service plan and assessment data in nearly all cases. The comparison of individualized service plans and multiclientele assessment data showed that the individualized service plans as a whole did not inventory all of the individuals' problems since only 716 problems were identified in the ISPs and 695 were not (Table 3) or the services they used (Table 4).

The problems most often missing from the individualized service plans related to health; the services most often omitted were non-professional in nature such as services provided by the family. We attempted to discover if case managers adhered to the same writing logic from one individualized service plan to the next. None of the 13 case managers consistently followed the same rule in drafting all of his or her individualized service plans. Nevertheless, while seven followed no rule in more than 50% of their individualized service plans, two case managers inventoried needs in more than 50% of their individualized service plans and four listed professional services.

4. Discussion

This qualitative study found problems with implementation of individualized service plans in an experiment in which quantitative assessment alone indicated successful implementation of the tool [55]. The PRISMA program offered a rare opportunity to highlight this aspect because it is a successful experiment of implementation of a model of integration in Quebec [55]. Moreover, this model of integration was successful in the pilot study in preventing the loss of autonomy [35]. Nevertheless, despite the fact that the charts contained individualized service plans for the most part, our analysis showed that they were rarely put to practical use and that their usefulness remained mostly theoretical. Specifically, the motivations underlying its development and use were vague when written. The clinical chart as a whole attested to real individualized planning carried out by case managers, but the individualized service plan appeared to be only an accessory in the process at best. The conceptual framework guiding the trainers [139] was based on another clientele (specifically, individuals with intellectual impairments) with needs and disabilities that remained stable over long periods of time. Moreover, the dynamic nature of the individualized service plan was not essential for this target group. The form itself was developed for planning a fairly limited number of interventions over a relatively short period of time (intervention plan derived from nursing and adapted to the care team's work). It appears limited in its usefulness over the longer term with a significant number of problems and caregivers. Consequently, the individualized service plans were primarily produced to document the chart or for administrative purposes, although they may occasionally serve a clinical purpose in summarizing the chart. Nevertheless, case managers expressed a need for a planning tool, which they thought that the individualized service plan should have been.

It should be noted that any tool or instrument used in an integrated system often has both clinical as well as management and guidance functions. This is the case with assessment tools

(Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle SMAF in Québec) that are tied to classification systems (case mix) (Iso-SMAF profiles [140]) and therefore used to manage resources (personnel, budget, etc.) as well as to plan services and develop integrated networks. From this viewpoint, the fact that individualized service plan information was not used for management and guidance is symptomatic of its inappropriateness for integration in its current form. When integration was being developed in Quebec, the choice of assessment tools gave rise to very serious rethinking that led to the first instrument (named CTMSP) being abandoned for failing to take into consideration certain environmental factors deemed essential for integrated networks [85].

Our results call into question the adequacy of individualized service plans as a clinical integration tool. If case manager feedback is taken into consideration, there appears to be a need to support and facilitate this complex task of individualized planning within an integrated service network. All our interviews and analyses of charts (particularly assessment conclusions and progress notes) showed a good understanding of the individualized planning task as described in the literature [62] and of training materials and case management in general, with a central role for coordination (not only in terms of time but also in consistency between interventions) and continuity of information (conciseness and accuracy). There was also an expectation that the writing task would be simplified and that the dynamic aspect of the tool would give case managers an “instrument panel,” rapidly indicating the needs, the services in place, and those either pending or unavailable (and the solution arrived at). With such a tool, the objectives do not need to be observable behaviours with a threshold and a waiting time, but rather overall directions. That is premised on the directions being taken into account by each caregiver or team of caregivers when drafting its intervention plan (with observable or measurable objectives in each of these plans, with a timeline and threshold). Modifying the drafting guidelines in this way would respond to case managers’ concerns

about making the individualized service plan much more user-friendly. Moreover, it is based on an intuitive adaptation of case managers who were already using such verbs in more than 80% of cases when drafting their objectives. It could be noted in passing that an instrument panel documenting the discrepancies between people's needs and the services actually available in the integrated network would be useful for management and guidance purposes, which is what makes it a comprehensive integration tool. Of course, certain prerequisites seem necessary. The case managers insist, in particular, on adequate training for themselves and the other network caregivers in order to develop the habit of looking for information in the individualized service plan. In this regard, computerizing the tool also appears necessary, as does improving access to the electronic tool with networks. Nevertheless it seems that even with precise rules and adequate tools, a certain degree of flexibility is necessary to achieve clinical integration.

Based on the quality criteria for qualitative research developed by Mays et al. [62, 141], our study includes many factors making it possible to judge its validity. The qualitative methods we deployed (contextual analysis, documentary analysis and discussions) enabled us to triangulate our research methods on our objective and, through congruence analysis, increase our degree of confidence in our results. This triangulation also enables the reader to judge our level of interpretation of the corpus. The principal investigator's field is very different from that of this study. A hospital geriatrician from France, he joined the research group when the impact and implementation study was in its third year. He brought an unbiased perspective of the individualized service plan since he had no prior knowledge of Quebec's health and social services system. Indeed, while French legislation refers to the planning task in developing an assistance plan, responsibility for it never falls on a hospital physician. Such plans in France are purely social in nature and do not involve physicians. Lastly, unlike Quebec health care providers, their French counterparts have no tradition of viewing the plan and techniques for

developing it as being important. The researcher's distance from the study topic and from the people who provided opinions reduces the personal and intellectual bias inherent in this type of research.

We approached the study from the standpoint developed in the literature that case managers needed individualized service plans to do their jobs. By paying particular attention to the opposite of this assumption, we came to the conclusion that the instrument currently used in the networks examined was not directly useful to case managers in their planning tasks. We also tried to get respondent validation by presenting our research results initially to small groups of professionals (case managers) and then larger groups (conference open to the public, with invitations to case managers and managers of the health and services network), and finally conferences at the provincial and international levels. During these encounters, our results appear to have revealed the working reality of case managers, not just in the three target areas in our study but well beyond.

Our study's main limitation is that it involves a single planning tool. Nevertheless, this is the only tool recognized under the regulations governing Quebec's health and social services system. Moreover, it is structurally quite similar to tools described in various case management manuals elsewhere in the world (in particular, France [81] and the United States [67]). We are not aware of other tools that have been developed and scientifically validated to help case managers with individualized planning. Our work provided food for thought in Quebec about individualized planning practices and produced recommendations about the tool's evolution [135]. The work situation is an essential part of the explanation of why a tool can be used in a task (Figure 1); nevertheless, we think that the PRISMA experiment has many strengths that make these results significant for other integration contexts. All of the study areas attempted to implement integration according to the PRISMA model defined a priori, with one of the constituent criteria being the use of the individualized service plan.

Consequently, it could be considered that there was initially a certain degree of homogeneity in the implementation of each aspect of the model, including the individualized service plan. This homogeneity of intent was found in contrasting study sites (rural, semi-rural and urban). In our study, we did not examine the influence that location at one site or another may have on individualized service plan effectiveness. Conversely, practices may differ slightly anecdotically depending on instructions regarding the drafting date or systematically entering the family physician as caregiver. Moreover, while the case managers came from different professional backgrounds (social workers, nurses, psychologists), the influence of background on individualized service plans was not examined. Lastly, the fact that the case managers came from different organizations in the Quebec health and social services system (hospitals, local community service centres and community organizations, in particular) had no impact on these parameters. Consequently, our conclusions should be applicable to a very broad range of integration contexts.

5. Conclusion

Individualized service plans appear to constitute a significant instrument for case managers, which should help in performing individualized planning because they are dynamic and provide for information exchange. However, the forms with five major columns (other than the date), as used in the PRISMA experiment and in other care contexts, do not appear to be satisfactory. As the result of a strong push towards implementation, there has been an increase in the number of charts containing individualized service plans. However, they do not reflect people's individual needs or the services they receive in general. Case managers' motivation in filling out such instruments is mainly administrative in nature, and the level of use by individuals and the system is low. Because of the discrepancy between the potential usefulness expected by case managers and actual use, a working committee was created by the *Ministère de la Santé et des Services sociaux* to develop concrete proposals for modifying the instrument. Should a new tool be implemented, our results emphasize the importance of providing adequate training in its use. Moreover, we consider that our qualitative methodology based on the conceptual framework of cognitive ergonomics would be appropriate for assessing its usefulness in achieving genuine and effective clinical integration.

DATE:	No.	PROBLEMS	OBJECTIVES	MEANS / INTERVENTIONS:	HEALTH CARE PROVIDERS	SERVICES ALLOCATED
		What are the source and manifestation of the problem?	What is the expected outcome of the intervention?	What intervention is required to correct the problem or difficulty, and achieve the target objective?	Who will intervene?	Number of times or frequency of the intervention

Appendix 1. Titles of document columns used at the outset of implementation to produce individualized service plans

3. PSYCHOLOGICAL HEALTH (depressed, suicidal, paranoid, delirious, violent, manic, etc.)

Difficulties experienced or specific observations: No _____
 If so, specify: _____

Comments: _____

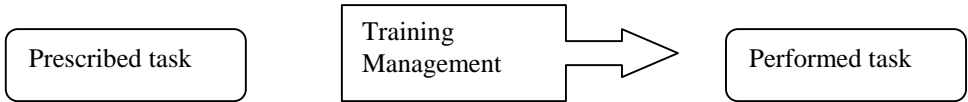
Problem identified
No — N
Yes — Y

Appendix 2. Sample item from the Multiclientele Assessment Tool

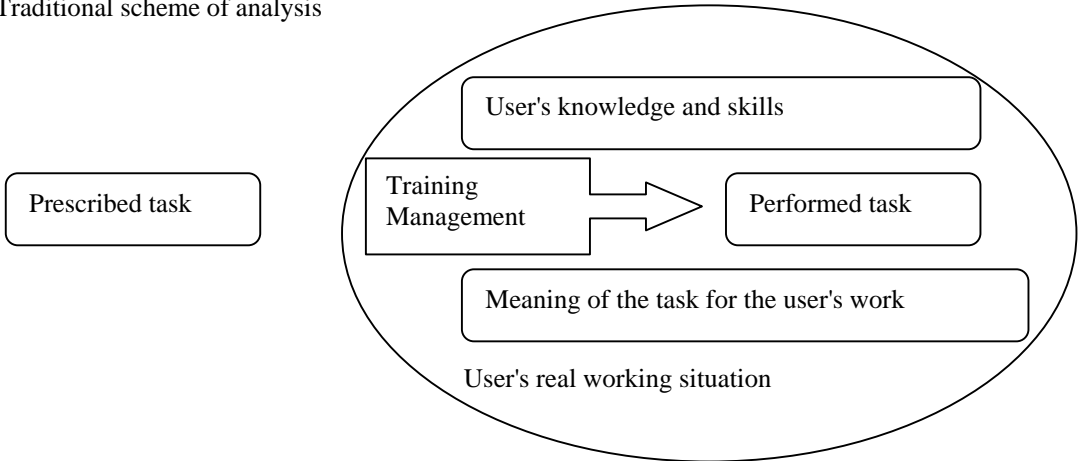
DISABILITIES		HANDICAP	
Specify, if necessary, the cause and the user's reaction to this disability.			
A. ACTIVITIES OF DAILY LIVING (ADL)			
1. EATING			
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">0</div> Feeds self independently _____ <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 10px;">-0,5</div> With difficulty	Does the user presently have the human resources (help or supervision) necessary to overcome this disability? <input type="checkbox"/> Yes _____ <input type="checkbox"/> No _____ Resources*: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">-1</div> Feeds self but needs stimulation or supervision OR food must be prepared or cut or pureed first			
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">-2</div> Needs some assistance to eat OR dishes must be presented one after another	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 10px;">-1</div>		
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">-3</div> Must be fed totally by another person OR has a naso-gastric tube or a gastrostomy <input type="checkbox"/> naso-gastric tube <input type="checkbox"/> gastrostomy			
Comments (e.g., technical aids used): _____ _____ _____			

Appendix 3. Sample item from the Functional Autonomy Measurement System

Figure 1. Illustration of the cognitive ergonomics scheme of analysis [21] compared to a more traditional view



a) Traditional scheme of analysis



b) Cognitive ergonomics scheme of analysis

IX Article 5 : Development of an individualised service plan tool and rules for case management in Québec

Le dernier article que nous présentons a été soumis à la revue *International Journal of Integrated Care*, il n'est pas actuellement disponible en format d'impression. Le précédent travail nous avait amené à chercher au Québec et dans le monde à partager nos travaux avec d'autres chercheurs travaillant sur le « case-management » en particulier sur la fonction de planification individualisée. Nos travaux ont suscité l'intérêt d'un groupe de travail qui venait d'être créé sous l'égide du Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec sur les pratiques de planification individualisée. Le groupe de travail cherchait à émettre des recommandations qui puissent être appliquées dans différents contextes d'intervention (personnes âgées, personnes handicapées, jeunesse notamment). S'appuyant sur nos travaux réalisés directement auprès des professionnels, ils ont cherché également à tenir compte des besoins de ces professionnels et de leur expérience clinique afin de produire des recommandations en accord avec la « réalité de terrain ». Ainsi la démarche de type ergonomie cognitive débutée dans le précédent travail trouvait son aboutissement. Les recommandations touchaient à la fois au processus de planification et à l'outil utilisé pour aider à ce processus. Le rapport s'appuyait sur des situations cliniques travaillées en groupe dont un exemple est donné en annexe 4 où un PSI réel de 4 pages (difficiles à lire) est grâce à l'outil proposé ramené à une seule page.

0 Development of an individualised service plan tool and rules for case management in Québec

Dominique Somme, MD, Hôpital Européen Georges Pompidou, Service de Gériatrie, 20-40 rue Leblanc, 75015 Paris, France,

Lucie Bonin, MD, Direction de Santé Publique, Agence de la Mauricie et du Centre du Québec, Qc, Canada

Paule Lebel, MD, PhD, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Qc, Canada,

Réjean Hébert MD, MPhil, Doyen, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Qc, Canada,

François Blanchard, MD, PhD, Service de Médecine Interne et Gériatrie CHU Sebastopol 51092 Reims Cedex, France

And the Individualised Intervention Plan Task Force for the Multiclientele Assessment Tool of the Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec : see the list of members at the end of the article

Corresponding author

Dominique Somme

Hôpital Européen Georges Pompidou,

Service de Gériatrie,

20-40 rue Leblanc,

75908 Paris Cedex 15, France.

Telephone +33 1 56 09 33 13,

Fax + 33 1 56 09 38 21,

email : dominique.somme@egp.aphp.fr

Abstract

From past experience with integrated service delivery, there appears to be a need for a clinical tool to help case managers plan, monitor and coordinate services. In this context the Québec Ministry of Health and Social Services created a task force to suggest improvements to the Individualised Service Plan tool included in the Multiclientele Assessment Tool. This article reports the findings of this multidisciplinary task force working with various clienteles (older, with physical or mental disabilities, mental diseases). Based on a literature review and recent results from the Program of Research on the Integration of Services for the Maintenance of Autonomy, the task force proposed a dynamic, concise, user-friendly tool and a clear definition of how it should be used. The Individualised Service Plan must list the patient's needs, with an orientation regarding the action plan for each, and a list of services allocated in response to these needs that work in the defined direction. The tool must also contain a section for analysing variations between the services needed and allocated. This tool was presented to case managers for validation and received an enthusiastic response. It should be implemented in the coming years in the provincial Multiclientele Assessment Tool.

1 Introduction

According to most authors, case management is a process that includes the following tasks [50, 54, 56, 60-67]: case identification using predefined criteria, standardised multidimensional assessment, individualised planning of services and identification of resources, plan implementation, monitoring and reevaluation. The concept of “advocacy” encompassing advice and representation transcends these different tasks [63, 66, 68]. Implementing these practices requires everyone involved to adopt a common language, especially through the use of common and validated clinical tools. Case identification depends on strict adherence to case management eligibility criteria, which means that the tools vary greatly across different international experiments.

The assessment task resulted in the development of numerous tools such as the Multiclientele Assessment Tool including the Functional Autonomy Measurement System in Québec and the Resident Assessment Instrument in the United States and then in Europe, each with a scientific validation process [82, 83]. However, the planning task, which seems relatively constant across different managed care or integrated care experiments [50, 61, 71, 72, 74, 78-80, 84], does not seem to have received the same attention. It is widely recognized that every case management user should have a service plan based on the assessment and that reflects the client’s values and preferences, with a list of objectives to address problems. However, difficulties with implementing individualised service plans (ISP) have been reported everywhere it has been studied [64, 71, 78] although the reasons for these difficulties have not been clearly established. Applebaum identified the development of a “care plan” as a complementary training priority for case managers involved in the Channeling project [60]. This seems to indicate that case

managers are not comfortable with the tool. In an evaluation of case management for older patients in eighteen Health Maintenance Organizations, Pacala and colleagues reported that case managers created a service plan in 78% of cases, usually after a multidisciplinary meeting, and that in 39% of cases this plan took the form of a contract signed with the client. However, in four of the Health Maintenance Organizations studied, case managers organised and authorised access to services without defining an ISP or specific objectives and without a multidisciplinary meeting [64].

A review of the international scientific literature on service networks for frail older adults and individualised service plans in case management situations [62] reveals a lack of guidelines about how to indicate services that are pending or in the process of being put in place, services that are refused and so-called “periodic” services. In addition, non-professional services (mainly family caregivers and neighbours) are considered indispensable in most cases [67, 70, 71, 73-75, 79, 84, 142] but how they should dovetail with professional services is not clear. Where to put needs not covered by services is never clarified. There are no published findings concerning how case workers (case managers or other professionals in the network) use ISPs. Finally, to our knowledge, no planning documents have been studied in the context of a scientific validation of case management. In fact, the planning tools used are usually derived from the tool used for the assessment and/or intervention plans. The work presented here is a follow-up to the results of the Program of Research on the Integration of Services for the Maintenance of Autonomy group in Québec [56], and more specifically the results and findings of the qualitative study of the ISP. This study pointed up major problems with the proposed individualised planning tools among

case managers, who admitted that individualised service plans are completed more for administrative than clinical reasons.

2. Method

2.1 Task force mandate

In view of these findings, the Québec Ministry of Health and Social Services asked a multi-disciplinary group of experts to draw up a frame of reference outlining the clinical service planning process. The objectives of this task force were to:

- Analyze the international literature on ISPs;
- Normalise and harmonise the nomenclature of concepts related to the clinical service planning process in order to develop a common understanding for all case workers and managers;
- Develop a concrete definition of the clinical service planning process.

2.2 Composition of the multidisciplinary task force

The task force is composed of professionals from a variety of disciplines representing all clienteles across Québec who might benefit from an individualised planning process, as well as a clinician-physician-researcher from France. The group worked with researchers and administrators at different decision-making levels (the Ministry, Regional Board, programme managers) and clinicians with individualised planning experience. The members of the task force included physicians (community health specialist, general practitioner and geriatrician), managers, case managers, nurses, social workers, a psychologist-educator, and a representative from the Québec office for disabled persons.

These seventeen individuals were invited to participate because of their interest in individualised planning for the main clientele studied (frail older adults, persons with mental or physical disabilities, persons registered in mental health or child/youth programs).

2.3 Steps in constructing the frame of reference

The group first analysed the international literature and Québec grey literature and contacted the authors of articles on individualised planning practices related to the creation of integrated networks in order to identify current knowledge concerning these practices. To expedite matters, a small subcommittee was created to present proposals to the full group of experts who met every three months to define consensual rules for professional practices. At this point, the proposals could be accepted, rejected or modified, or the full group of experts could ask for new proposals. Proposals were accepted when a consensus was reached by the whole group. The next step was to test the clinical applicability of these proposals to typical cases representing the different clientele and with various coordination difficulties. These cases were developed from actual cases provided by members of the group of experts with the help of an experienced clinician. If the analysis of applicability to typical cases supported the proposals, different groups of professionals working with various clientele (older adults, persons with mental or physical disabilities, mental health) and groups of decision-makers and managers were asked to validate them. Considerations and comments that came up during the last two steps improved the frame of reference, which was validated by consensus of the full group of experts, then submitted to the Québec Ministry of Health and Social Services.

3. Findings: Task force recommendations

3.1 Purpose of the individualised planning clinical approach

The planning approach is first and foremost for the individual and family concerned. There are essentially two ways to view the planning and coordination of services: from a management perspective and from a support perspective. The supply of services is the focus in the first case, and demand is the focus in the other, where service providers help the person with needs with their daily activities by adjusting service delivery rather than by intervening in a predetermined manner based on the individual's disabilities. Using this logic and consistent with the current definitions of the World Health Organisation's International Classification of Functioning [143], a handicap situation does not refer only to the individual's personal factors but also to the response from the environment, based on the individual's personal characteristics and daily activities.

3.1.1 Purpose for the individual

The objectives of individualised planning of care and services are to:

- Facilitate social participation
- Foster empowerment
- Improve quality of life
- Maintain an optimal degree of autonomy
- Clarify the person's aspirations, expectations and overall life plan
- Increase the satisfaction of the individual and his/her family
- Adapt the supply of services to the individual's particular situation

3.1.2 Purpose for the partners

The objectives of implementing multiple service integration strategies at the clinical level supported by the ISP development and coordination approach are to:

- Act upstream and intervene early
- Increase access to services
- Improve the continuity, coordination, complementarity, consistency and quality of care and services
- Prevent and reduce acute episodes of illness, disabilities and handicap situations
- Manage the equitable allocation of resources
- Identify needs not met by the existing supply of services

3.1.3 Planning approach (sidebar 1)

Service planning is the step that follows and stems from the needs assessment. The individual's aspirations, wishes, expectations and living conditions as well as the difficulties encountered by the person are identified and expressed as needs during the assessment phase. The person retains decisional power and is entitled to optimal support throughout this process. Thus the starting point of planning is the person's needs and not the available services. It is the person's characteristics, aspirations and living situation that determine the decision to support the person in an ISP approach. The guiding principles summarized in sidebar 1 are proposed to guide decisions regarding the relevance of an ISP approach.

3.1.4 How the ISP differs from other planning tools

The main similarities and differences (in definitions and main functions) between disciplinary intervention plans, interdisciplinary intervention plans and the ISP are summarized in Appendix 1. All three are clinical instruments included in people's files, aimed at meeting their needs and requiring their participation. It would seem desirable to have as many disciplinary intervention plans as professionals working with the person, and as many interdisciplinary intervention plans as multidisciplinary teams working with the person, but each person should have only one ISP, regardless of the number of partners or teams involved in the case. The clinical tasks related to the process of developing, coordinating and monitoring intervention plans and the ISP are complementary and iterative. They are overlapping not successive steps. Thus one service may be being planned while another service is already being monitored. The frequency or order of interventions in a disciplinary or interdisciplinary intervention plan is influenced by the orientations of the ISP.

4. Specific tool for the ISP proposed by the task force

Based on the literature review, the needs expressed by Québec professionals over the past few years and the very positive reactions of the validation groups, a new service planning tool was developed and proposed by the group of experts.

4.1 Characteristics of the tool

By adopting an ergonomic viewpoint, the characteristics sought when constructing this tool were as follows:

- Dynamic and flexible;
- Easy to read and concise;

- Easy to update;
- Facilitate communication with the person and between the professionals;
- Usable in a variety of intervention situations and living environments;
- Distinct from the disciplinary and interdisciplinary intervention plan.

4.2 Description of the different sections of the ISP tool

Designed to make use of new information and communication technologies, the structure of the tool proposed by the task force is outlined in Figure 1. Unlike previous tools [67, 135], needs identification and services allocated should not be put on the same line. This is to encourage the practice of planning services based on the person's needs, regardless of the services available. In fact, section 1 of the ISP is devoted to needs and the services section cannot be completed until the needs have been identified. The needs must be precise and personalised enough so that the orientation (the overall direction to give to actions or services) can be written in a concise manner, often as a single verb.

The concept of 'orientation' replaces the concept of 'objective', which was traditionally recommended in individualised planning tools. One or more orientations correspond(s) to the needs identified. The orientation indicates the direction given to actions, interventions and services to ensure an appropriate response to the person's needs. The orientations ensure consistency between interventions since they work in the same direction, with the same general course of action. The orientations are shared and agreed with the person. They may change over time, be adapted to or reflect changes in the person's needs or aspirations; they thus support the interdisciplinary work needed. Thus each service or caregiver is associated with one or more

orientations to meet the needs. Even if a service meets several needs, it is not repeated in the document. Also, if several services address the same need, they are not repeated either. Everyone involved is encouraged to agree and adjust their actions or interventions to address the orientations of the ISP. This section does not contain any services that are being explored and have not been allocated yet.

The section for analysing unmet needs shows the dynamic aspect of the ISP tool supporting the service planning process. Unmet needs are identified under a specific heading in the "Needs" section. An unmet need may be:

- A need that is not being addressed at that time;
- A need to which a response is indicated in the “service allocated” or “periodic service” section but where the response is not considered sufficient in quality or quantity.

The reason for a need not being met should be identified by a short enough list to allow the tool’s data to be analysed by aggregating them across a region. The case manager must be able to identify these unmet needs and the reasons for non-delivery so that the supply of services can be adapted to individuals’ real needs. For example:

- Resource to be found;
- Type of services to be determined;
- Referral to make;
- Being assessed;
- Being monitored;
- In progress;

- Not available;
- Waiting list;
- Service refused;
- Supplier refused.

4.3 Use of new information technologies (Figure 2)

With new information technologies it is possible to envisage the automatic transcription of needs and certain services based on the assessment data. These technologies should make it easier to prioritise the needs graphically. They also make real use of the ISP as a clinical integration tool because only the part needed by each professional can be viewed without having to recreate new documents. This also ensures the desired confidentiality. Help with writing each section using context-sensitive (personalisable) menus would simplify the writing task. Standardised writing of intervention schedules for each service would also make it possible to quickly view the "care-receiver's week". The creation of links between services and intervention orientations could also be facilitated using "drag-and-drop" functionalities, and external links to disciplinary or interdisciplinary intervention plans could also be envisaged.

However, it is in the management of the dynamic aspect of the ISP that the use of new information technologies appears vital, really allowing each case manager on a daily basis to quickly draw up an inventory of how things stand and the work he or she has to do to better serve these individuals. This analysis may eventually make it possible to prioritise cases according to the number or importance of unmet needs. It unquestionably facilitates the transmission of

information between case managers if one is absent by quickly showing the person's current situation. Alerts of changes in the ISP can be programmed to notify the partners concerned.

With computerized tools like these, data can be extracted and status reports generated for decisions by case workers, managers and other decision-makers. This allows continuous feedback on optimising the organisation of services in a local network and a region based on individuals' changing needs, for example, by monitoring the needs met and not met for a particular clientele; analysing variances in the response to needs and the cost of adapting the organisation and planning of services to a population's needs; analysing the case load of ISP coordinators. These databases will also be useful for study and research purposes.

5. Discussion

This article reports the findings of a multidisciplinary multiclientele task force set up by the Québec Ministry of Health and Social Services to give case managers in the province an individualised planning process and tool. To our knowledge, no similar recommendations have been published to date. According to the great majority of studies on case management and integration, individualised planning is an essential component of case management but few describe the approaches or tools used [62]. If a tool is described, it is almost always a strategic planning or professional intervention planning tool applied to the case management lexical context but without any thought for the structure of the tool versus its functions [144]. Thus implementing individualised planning has been reported to be particularly difficult in some previous experiments [62]. In Québec, supporters of integration questioned the use of this tool [54, 55]. In addition an analysis of professional practices and case managers' comments

indicated that there was no clinical use of the proposed traditional tools to that point and that case managers needed a tool in this particular sensitive individualised planning task [144].

The new aspects of the initiative are the emphasis on an approach that focuses on the individual's needs, not just for case management and but also in how the document is written. This approach is consistent with some significant literature on the subject [62, 145] but was not being facilitated by the proposed tools. The task force's proposals for the tool were based on a deliberately ergonomic approach in which use of a tool is linked to clear functions. Thus the functions of supporting empowerment and transmitting information led to the creation of a tool that is easy to understand, easy to read, and easy to update.

Many major modifications led to a new tool. The structure of the tool separates the needs assessment from the solutions eventually offered, and thus needs not covered by available services can be identified. Thus, the use of this tool requires case managers to be able to work in a context where they have confidence in their employer in identifying these imbalances between needs and services [146-148]. This aspect underscores the importance of creating joint strategic and tactical accountability in parallel with the development of case management [6, 35, 56]. The other major change from "traditional" planning tools is the use of written orientations rather than measurable and/or quantifiable objectives with thresholds and delivery timelines, which are a matter of each professional's judgement, helped if necessary by the interdisciplinary team to which the professional belongs. Identifying refusal of services as a need and a cause of non-delivery also makes it possible to take into account the important work done by case managers, who often work with populations with psychobehavioural disorders.

The findings presented here were validated through numerous presentations to professionals in various intervention sectors, working in very different support system organisations and professional cultures, which gives us reason to believe that they could be applicable outside Québec. They are currently being used as a basis for thinking about the computerisation of planning tools in Québec. This computerisation is in fact the only way to guarantee that the tool is actually updated on a continuous basis and used by all the partners who may need it via a secure network. Broader dissemination would require a training programme in parallel with using the tool. The target of this training programme should be very broad, not limited simply to those who may write the document but including all professionals who may be involved in an ISP initiative. It appears that an important condition for implementation is that the managers of services find it useful, through the aggregation of information from ISPs developed by case managers, in doing territorial planning based on clients' needs. However, previous studies [144] indicate that if a tool is not used, there is reason to question the ergonomics of the tool itself rather than the less-than-perfect practices of professionals.

6 Conclusion

There is a strong consensus regarding the merit of harmonising service planning approaches. This initiative must be based on the interaction between the individual's characteristics and his/her environment and not on the nature and availability of services or the type and number of organisations involved. The new features proposed here for the ISP will form the basis of a dynamic reporting system that will be useful in joint decision-making. Incorporating an analysis of unmet needs will foster an appropriate response to needs for a given person and adaptation of services to needs for a given clientele or population. This person-centred planning approach

seems to be a key element in the quality of integration. In addition to the rigorous approach presented here, which led to acceptable proposals in different care and service situations, it now seems necessary to evaluate the use and real usefulness of the new ISPs. An approach based on cognitive ergonomics would seem particularly suited to doing this evaluation.

Sidebar 1: Persons for whom an ISP approach seems indicated

Anyone who wants one and whose clinical situation reveals the following three needs:

- Needs in several dimensions of their life having an impact on their social participation, especially during life transition phases.
- Need for optimal support to avert the risk of a break in service continuity and lack of coordination in or access to services.
- Need for all partners to work together to avert the risk of negative consequences for the person or reduce the risk of inappropriate use of services.

Figure 1: Structure of the ISP tool proposed by the multidisciplinary multiclientele task force on the planning of services in Québec

INDIVIDUALISED SERVICE PLAN (ISP)			
Information concerning the person or the file			
<ul style="list-style-type: none"> • Date ISP was written or modified; • Name and position of the writer, to contact if necessary; • Date of the most recent “needs assessment”; • Projected date of the next needs assessment; • Participants in the most recent multidisciplinary meeting; • Legal situation or protection plan if applicable; • Names and contact information of family caregivers if applicable; • Date, participation method and signature of the person or his/her representative, to confirm their participation in the individualised planning process; • Other information that may be useful in the planning process. 			
Needs		Orientations	
<p>This section is used to plan services based on the person’s aspirations, expectations and life plan, expressed as needs. Priority needs are identified. Needs must be precise and individualised enough for the orientation (the direction to give to actions or services) to be written concisely, usually using just one verb.</p> <p><i>For example:</i> <i>The “transportation” need will be written as “transportation to the day centre”, “transportation by car every day”, etc.</i> <i>If pain is the reason for restricted mobility, “mobility” will be written as “pain during mobility”.</i> <i>The refusal of possible help to meet a need must be clarified: “refusal of help with bathing”, “refusal of psychosocial help”, etc.</i></p>		<p>This section indicates the general direction of the actions and supports the consistency and coherence of the actions taken and to be taken. These orientations are shared with the person.</p> <p><i>For example:</i> <i>Compensate for,</i> <i>Retrain,</i> <i>Evaluate,</i> <i>Etc.</i></p>	
Services allocated / Contribution of family caregivers		Orientations	
<p>This section is used to coordinate services and monitor the ISP since it contains all the services allocated, with names, contact information, frequency, projected schedule, and duration of the intervention. The following should be included here:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Public, private and community intersectoral services • Family caregivers, relatives, significant persons • Family physician and medical specialist(s) <p>The expression “as needed” for service frequency should only be used if the need is clearly identified, with an appropriate strategy for identifying this need, if the need is unpredictable and irregular, and if the service can in fact be provided on demand. In all other cases, the frequency should be indicated.</p>		<p>This section identifies the orientations which each of the allocated services must address.</p>	
Initiatives and periodic services		Orientations	
<p>This section is used to monitor the progress of the current initiatives and periodic services, for example, meeting with relatives, appointment with a medical specialist, request for a service that could otherwise be requested by various case workers, submission of an expert assessment report, etc.</p> <p>With details regarding their types, <i>expected date</i>.</p>		<p>This section also identifies the orientations which each of the allocated services must address.</p>	
Analysis of unmet needs			
Unmet needs	Reasons for not being met	Solutions	Date needs will be met
Aspirations not met and problems not resolved	This section indicates the needs not met and the reasons for this. It is used to plan services based on the person’s needs and not on the available services, and to monitor the ISP.	These are the solutions the person would like to achieve the orientation described in the “Orientations” section.	

Figure 2: Structure of the ISP tool proposed by the multidisciplinary multiclientele task force on the planning of services in Québec. Expected uses of new information techniques.

INDIVIDUALISED SERVICE PLAN (ISP)			
4.2.1 Information concerning the person or the file			
<p>User-friendly and automated management and update functions, for example: Warning message if the ISP has not been signed by the patient or his/her legal representative Automatic creation of amendment dates Reminder message when the next needs assessment has to be done All changes to the document are electronically signed by an authorized person. Messages can be created to alert the case manager to any changes to the ISP during his/her absence. A history function can be used to track all changes made to the ISP, sorted in different ways at the user's choice: by need met or unmet, by service, by chronological order. Users can go to any date and know the exact contents of the ISP on that date.</p>			
4.2.2 Needs		4.2.3 Orientations	
<p>The information in this section could be facilitated by automatic transcription of needs and certain services from the assessment data and adapted to the tool used. Information technologies should be able to facilitate the prioritisation of these needs graphically. Presentation of the needs according to the clinical function of the ISP user. Identification of the source of information for each need.</p>		<p>Creation of a pull-down menu of choices of orientation verbs; orientations no longer have to be numbered. An orientation can be selected here and a link created to the service below using "drag-and-drop".</p>	
4.2.4 Services allocated / Contribution of family caregivers		4.2.5 Orientations	
<p>Creation of a pull-down customized list of available services to select the allocated services including (names, contact information). Help with writing the frequency and projected schedules, can create a "graphic weekly agenda for the care-receiver". It is possible to monitor the service intervention period and aggregate the results across a particular region. It is possible to create a link between section 4.2.3 and this section using "drag-and-drop", and when a service is selected, the orientations it is expected to address can be highlighted. Two-way links are created to the disciplinary and interdisciplinary intervention plans to ensure on-going consistency between the different documents (any change in the ISP triggers an alert for the professional or team in charge of responding to the needs concerned, and conversely any change in the disciplinary or interdisciplinary intervention plan triggers an alert in the ISP).</p>			
4.2.6 Initiatives and periodic services		4.2.5 Orientations	
See section 4.2.4			
4.2.7 Analysis of unmet needs			
Unmet needs	Reasons for not being met	Solutions	Date needs will be met
Any need considered not met and by default any identified need for which no service is allocated is indicated here.	Presentation of the optimal nomenclature for the particular clientele. Reminder and warning messages can be created for the case manager for predetermined clinical situations.	Automated function to generate tasks in the case manager's work plan.	When a date is entered in this subsection, the writer checks if the need has been definitely removed from this section.

Appendix 1

Professional Intervention Plan	Interdisciplinary Intervention Plan (IIP)	Individualised Service Plan (ISP)
DEFINITION		
Supports the intervention of a professional in a particular discipline based on reliable data.	Supports the integration of interventions at the clinical level of a multi-disciplinary team.	Permits the integration of services at the clinical and organisational level for all public, private and community intersectoral partners.
Based on the person's specific situation and individualised service plan, if any, this tool sets out: The person's needs which the professional intervention plan addresses and their priority as agreed with the person; The specific objectives or expected results (measurable, verifiable or observable) to achieve for the person, in accordance with his/her expectations; The disciplinary interventions (types, frequency and sequence or order); Projected duration of the interventions; Review date.	Based on the person's specific situation and individualised service plan, if any, this tool sets out: The person's needs which the IIP addresses and their priority as agreed with the person; The common specific objectives or expected results (measurable, verifiable or observable) to achieve for the person, in accordance with his/her expectations; The interventions of the multidisciplinary team (types, frequency and sequence or order); Projected duration of the interventions; Identification of the case worker responsible; Review date.	Based on the person's living situation, this tool sets out: All of the person's needs and their priority as agreed with the person; The orientations of actions and services in accordance with his/her expectations; The services allocated (type, frequency and sequence or order, projected duration, schedule); Periodic services or initiatives; On-going analysis of unmet need(s).
MAIN FUNCTIONS		
Following the diagnostic assessment and taking into account the ISP if any, the DIP is used to: Plan the interventions ; Coordinate the interventions; Monitor the interventions; Tailor the practice guides to the person's particular situation; Communicate with all of the partners involved in the DIP.	Following the diagnostic assessments, the professional intervention plan and taking into account the ISP if any, the IIP is used to: Plan the interventions ; Coordinate the interventions; Monitor the interventions; Tailor the practice guides to the person's particular situation; Communicate with all of the partners involved in the IIP.	Following the biopsychosocial needs assessment, the ISP is used to: Plan all the public, private and community services ; Coordinate the services; Monitor the services ; Communicate with all of the intersectoral partners concerned.
<p>REVIEW OF THE PROFESSIONAL INTERVENTION PLAN AND IIP</p> <p>The professional intervention plan and IIPs are reviewed with the person or his/her representative to evaluate if the objectives and expected results have been achieved. Review frequency is determined by the case worker or the team.</p>	<p>MONITORING THE ISP</p> <p>Follow-up consists of verifying the execution of the plan and its relevance as the person's situation is better understood or needs change. The distribution of services</p>	

Professional Intervention Plan	Interdisciplinary Intervention Plan (IIP)	Individualised Service Plan (ISP)
		<p>is modified on an on-going basis as the person's needs change. The task of knowing if the projected services have been delivered comes under monitoring. The ISP continues to be monitored until the file is closed. Following are examples of questions associated with the monitoring function:</p> <p>Is the projected service being delivered?</p> <p>Is it addressing the orientation determined in the ISP?</p> <p>Is the person satisfied with it?</p>

Task force members

Pierre Berger

National Intervention Leader

Direction de la recherche, du développement et des programmes

Office des personnes handicapées du Québec

Luce Beauregard

Direction du développement professionnel et organisationnel

Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord

Marie-Josée Fleury, Ph.D.

Assistant Professor

Department of Psychiatry

McGill University

Douglas Hospital Research Centre

Céline Bureau

Coordinator

Réseau intégré de services aux personnes âgées en perte d'autonomie de Sherbrooke

CSSS - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Stéphane Leboeuf, Ps.Ed.

Coordinator of Access Services

Regroupement CNDE-Dixville

Luc Mathieu, R.N., DBA

Assistant Professor

Faculté de médecine et des sciences de la santé

Département des sciences infirmières

Université de Sherbrooke

Jocelyne Déodat

Case Manager

CSSS JARDINS-ROUSSILLON.CLSC KATERI

Paule Laramée

Project Leader/Clinical Coordinator

Réseau intégré de services PAPA

CSSS JARDINS-ROUSSILLON.CLSC KATERI

Carole Lahaie

Director of Nursing

Centre de Santé de Témiscamingue

Sylvie Routhier

Planning Officer

Programme personnes âgées en perte d'autonomie

Agence de santé et de services sociaux

de l'Abitibi-Témiscamingue

Alain Turcotte, MD

Member and Interdisciplinary Committee Medical Representative, family medical doctor group member

Cité de la Santé de Laval

Carole Durand

Direction régionale de la coordination des réseaux locaux, des secteurs sociaux et santé mentale

Agence de la Capitale nationale

Paule Terreau

Social Worker

Programme des traumatismes cranio-cérébraux

Institut de réadaptation en déficience physique de Québec

Lina Leblanc

Program Advisor

Direction des personnes âgées en perte d'autonomie

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Hélène Lessard

Program Advisor

Direction des personnes âgées en perte d'autonomie

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Isabelle Yelle

Nurse and Accredited Trainer for the Multiclientele Assessment Tool

Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord

X Discussion générale

Nous rapportons dans cette thèse des travaux méthodologiques permettant d'appréhender la place de l'analyse des filières de soins comme indicateur qualitatif du fonctionnement actuel et des besoins d'évolution du système de soins et d'aide des personnes âgées marquées notamment par sa grande fragmentation. Notre travail s'est poursuivi en modélisant une intervention visant à réduire cette fragmentation et à tendre vers un modèle intégré de soins et de services dont l'efficacité a été précédemment prouvée (concept "d'Evidence Based Health and Services Organization"). Enfin nos travaux portant directement sur la pratique de planification individualisée contribuent à une meilleure compréhension du nouveau champ professionnel que représente la gestion de cas. Ces travaux permettent également de souligner l'adaptation d'une approche ergonomique (ergonomie dite cognitive) pour l'amélioration des pratiques professionnelles dans ce champ particulier. Enfin ces travaux ont permis d'ores et déjà de modifier le cadre de référence des professionnels en charge de la planification individualisée au Québec et ont fourni dans le champ de la recherche sur les soins intégrés les premiers éléments d'un cadre théorique qui pourrait s'appliquer à la gestion de cas quel que soit le pays où elle s'exerce.

1. Réflexions concernant la recherche dans le champ de l'analyse de filières de soins

Nos travaux nous amènent à faire ici quelques réflexions d'ordre épistémologique sur un domaine de la recherche qui en est encore à ses débuts. L'analyse des filières de soins présente plusieurs difficultés dont le chercheur doit être conscient avant de débiter un projet touchant ce champ. La première difficulté consiste en une variabilité lexico conceptuelle de la définition des filières de soins. Il s'agit d'une particularité française car ce terme est employé depuis assez longtemps dans la réglementation dans des sens multiples et non concordants d'une part et assez

lointain de celui présenté ici d'autre part. La deuxième difficulté est d'ordre méthodologique et concerne la conception des études touchant aux filières de soins. Afin d'avoir accès aux trajectoires des personnes et donc aux filières de soins les études longitudinales sont particulièrement adaptées. En effet, la principale limite à notre étude sur les filières de soins d'institutionnalisation est qu'elle repose sur la mémoire qu'ont conservé les individus de leur trajectoire. Si cet aspect ne doit pas être négligé (l'aspect éventuellement subjectif d'une telle démarche n'est pas dénué d'intérêt), il paraît essentiel d'avoir des données prospectives afin de déterminer précisément la réalité des filières de soins. Pour cela, il faut ici souligner l'importance de suivre chaque patient tout au long de sa trajectoire, ce qui souligne l'importance de borner l'horizon temporel. En effet, il n'est pas suffisant de réaliser un suivi épisodique pour obtenir une information de filière de soins. Ainsi deux sujets étant à l'instant t dans le même service (par exemple le service des urgences) et 2 mois plus tard en soins de suite et de réadaptation sont susceptibles d'avoir connus des trajectoires de santé extrêmement différentes. L'exploration sans hypothèse des filières de soins expose au risque d'obtenir des bases de données extrêmement complexes à manipuler (avec par exemple un nombre variable d'interactions avec le système de santé qui sont interdépendantes). La caractérisation de la filière de soins à étudier est donc un préalable à la conception d'une étude, ce d'autant plus que l'étude cherche à repérer un dysfonctionnement de filière de soins. Enfin, les filières de soins sont susceptibles de connaître de rapides évolutions en fonctions de modifications de paramètres réglementaires ou organisationnels qui peuvent perturber le déroulement des études. Il semble ainsi essentiel de systématiquement s'interroger sur la possibilité de survenue de telles modifications avant de débiter l'étude. Cet outil d'analyse est au cœur d'un vaste programme de recherche français

concernant la fragilité des personnes âgées ayant besoin d'être hospitalisée en urgence en France [149-151].

2. Caractère adapté de l'outil d'analyse que représentent les filières de soins

Dans chacun des deux articles présentés plus haut l'analyse par filière de soins permet d'obtenir une information beaucoup plus fine sur les besoins de planification de l'évolution de notre système de soins et d'aide que ne l'aurait faite seulement une analyse limitée aux caractéristiques des individus. Ainsi concernant l'étude du phénomène d'utilisation inappropriée de l'hôpital, les caractéristiques des individus liés à cette utilisation ne sont pas particulièrement étonnantes. Par contre, nos résultats soulignent l'importance de l'analyse de l'offre locale de soins et de services sur l'analyse de la non pertinence et ainsi pouvoir planifier une intervention ayant d'avantage de chance de parvenir à réduire ce phénomène.

Les politiques publiques récentes de nombreux pays mettent l'accent sur le contrôle des dépenses des systèmes de santé pensés pour faire face aux problèmes aigus de santé et confrontés à une augmentation importante de la morbidité chronique. Au niveau des dépenses hospitalières, l'exigence de qualité s'accompagne dorénavant d'un objectif d'équilibre financier des établissements. Les gestionnaires d'établissements ont dans de nombreux pays accès à des informations de productions hospitalières notamment par les groupes homogènes de malades (GHM) ou de diagnostic (DRG). Néanmoins cette information ne fournit aucune donnée de qualité de l'utilisation de l'hôpital, ce qui permet l'utilisation de la non-pertinence hospitalière (NPH). La NPH, responsable d'un allongement inutile du séjour hospitalier est vecteur de moindre qualité des soins délivrés (moindre satisfaction des patients, risque nosocomial supérieur), notamment chez les personnes âgées [112, 113]. De la même façon, dans le cadre du financement à l'activité, la NPH entraîne une perte de financement pour l'établissement (coût

d'opportunité). Autour de la NPH, non-qualité et non-efficience convergent et peuvent donc faire l'objet d'actions communes. Néanmoins notre analyse de la littérature ainsi que celle rapportée par l'ANAES ne permettent pas d'identifier des études qui aient été suivies d'une réflexion de type gestionnaire en vue de diminuer l'utilisation inappropriée de l'hôpital. Il y aurait pourtant possibilité de le faire en réduisant les informations autour de trois concepts clefs :

1. Les processus d'organisation de l'utilisation de l'hôpital suivent dans la plupart des cas une certaine homogénéité que l'on est capable de définir par consensus d'experts (les processus de gestion médicale)
2. Les journées de NPH ont tendance à s'agréger durant un séjour hospitalier, ce qui rend probablement inopérant leur analyse de façon indépendante. Ainsi, si on recherche les facteurs de risques qu'une journée soit jugée NP en analyse univariée et multivariée c'est le fait que la journée précédente soit NP qui est le facteur de risque de loin le plus fort. La définition des épisodes de NPH comme une suite ininterrompue de journée ayant la même cause de NPH permet d'éliminer cette interaction. Ainsi l'objectif du questionnaire pourrait être d'agir sur le nombre, le délai d'apparition et la durée des épisodes.
3. Les causes de non pertinences sont repérables à travers le protocole d'analyse des causes de non pertinence qui est une partie de l'outil AEPf.

Ce type d'information est susceptible de générer des informations de type tableau de bord et outil d'aide à la prise de décision des gestionnaires dans l'objectif de réduire l'utilisation inappropriée de l'hôpital.

De même dans notre analyse du respect du pouvoir de décision des individus au cours du processus d'entrée en institution, l'analyse des filière de soins permet de souligner l'importance de renforcer la première ligne intervenant à domicile pour assurer un meilleur respect des droits

des personnes âgées. Quelques analyses complémentaires non présentées dans l'article faute de pouvoir développer cet argumentaire ont été réalisées. Ainsi, parmi les résidents qui avaient été marié, ceux avec leur conjoint vivant ou des enfants étaient à plus haut risqué de ressentir leur institutionnalisation comme impose et moins comme une prise de décision. Ceci peut être lié soit à une moins grande autonomisation de ces personnes qui ont "quelqu'un qui peut décider pour elle". L'autre explication étant que les personnes âgées qui ont des enfants ont d'avantage de chance d'avoir des attentes vis à vis de ces derniers en cas de perte d'autonomie et qu'en ce cas l'entrée en admission peut être vécue comme un relatif abandon par ces personnes [15]. Par ailleurs, afin d'affiner l'analyse de la perception de la raison principale pour laquelle les résidents étaient admis nous avons considéré la réponse à la question « Pour quelles raisons êtes-vous entré(e) dans cet établissement ? ». Là aussi plusieurs réponses étaient autorisées (jusqu'à trois) avec une hiérarchisation implicite. Nous avons d'abord analysé la raison donnée en premier de l'entrée en institution « raison principale d'entrée » puis nous avons analysé l'ensemble des réponses données à cette question (en première, deuxième ou troisième position). Enfin parmi toutes ces réponses nous avons cherché les facteurs associés à la présence de la raison « par décision » comme une des raisons d'entrée en institution, car il est probable que les résidents répondant « parce que je l'ai décidé » à cette question manifestent ainsi qu'ils n'ont pas subi leur institutionnalisation mais qu'ils y ont participé, même si elle était motivée par des raisons externes (familiale, de santé ou d'autonomie). En tenant compte de l'ensemble des raisons données par les résidents pour expliquer leur entrée en institution (en première, deuxième ou troisième position indifféremment), on a recensé 5149 raisons pour les 3215 résidents ayant répondu (soit 1,6 raisons par résident). Les raisons de santé étaient là aussi dominantes (48%) suivies par les raisons socio-familiales (21%), les raisons liées à l'autonomie (17%) et enfin la

décision du résident (14%). Ce changement d'ordre tient à ce que les raisons liées à l'autonomie sont un peu plus souvent que les autres citées en association avec d'autres. En tenant compte de l'ensemble des raisons données à l'admission, le facteur « décision » personnelle est intervenue pour 40 % des résidents des foyers logements, mais seulement pour 16 % des résidents des maisons de retraite et 5 % des résidents des unités de soins de longue durée. Il n'y avait pas d'influence de la taille de la structure, ni de la tranche d'âge, de la présence d'une famille de l'isolement ou du sexe du résident sur la présence de cette réponse. Les résidents ayant exercé une profession, et parmi eux les cadres, ont plus souvent déclaré (23 % des cadres et 21 % des non cadres) que leur décision était intervenue dans le processus d'admission en institution que ceux n'ayant pas eu de profession (16 %). Le facteur principal de risque que la décision ne soit pas citée comme une des raisons d'admission en analyse multivariée était la perte d'autonomie, la variable « ne connaît pas son revenu » et le type d'institution. Ces résultats renforcent les résultats présentés dans l'article qui présente le risque actuel que la perte d'autonomie physique soit également la perte de la citoyenneté.

3. Concept "d'Evidence Based Health and Services Organization".

Par analogie avec le développement récent de la médecine basée sur les preuves (ou Evidence Based Medicine), il semble important dans le domaine de l'organisation des soins et services à domicile de pouvoir tirer parti des expériences internationales ayant été évaluées scientifiquement. En effet, si personne ne peut nier que l'organisation d'un système ne peut être pensé sans prendre en compte le contexte règlementaire et culturel local, cet argument est trop souvent utilisé pour réfuter les programmes d'implantation de dispositif ayant fait la preuve de leur efficacité en leur préférant le travail pourtant plus long, et plus hasardeux d'invention de nouveaux dispositifs. L'expérimentation PRISMA France est de ce point de vue assez innovante

puisque'il s'agit d'adapter au contexte français un modèle organisationnel ayant prouvé son efficacité au Québec. Le cadre théorique adopté est applicable à toute innovation dans le domaine de la santé et des services. Il s'agit à notre connaissance de la première tentative d'approche de l'intégration par ce cadre théorique. Néanmoins le besoin c'est fait sentir d'entourer le projet par une équipe de recherche dont la méthode peut être qualifiée de recherche-action de type « stratégique ». Préalablement à l'implication dans l'implantation, les acteurs cherchent à comprendre la situation et à contextualiser l'action, tant à partir de leurs représentations propres qu'en intégrant celle des autres acteurs concernés. Les acteurs, loin d'être passifs dans un tel processus d'adoption d'une innovation, étudient l'innovation, l'essayent, l'évaluent, y trouvent du sens (ou échouent à y trouver du sens), gagnent de l'expérience et la modifient. La recherche-action stratégique menée dans le cadre de la constitution de ce réseau intégré relève donc à la fois d'une approche cognitive et évaluative. Les parties prenantes de ce continuum intègrent en effet dans leur conduite une visée normative sur le bien commun que constitue la continuité des soins et services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie. Initiée aux Etats-Unis, notamment par Kurt Lewin, la méthode de recherche-action est fondamentalement une démarche scientifique compréhensive des pratiques humaines (praxis) des groupes sociaux. Cette méthode est menée par l'implication des groupes eux-mêmes, dans le but d'améliorer leur praxis, autrement dit, « *il s'agit d'une méthode ayant un double objectif : transformer la réalité et produire des connaissances concernant ces transformations* »[152] La méthode de recherche-action repose sur trois hypothèses principales :

- Le changement d'attitudes individuelles est plus facile à réaliser lorsqu'il a lieu dans une situation de groupe.

- Les comportements et les attitudes individuelles ne sont pas uniquement déterminés par des désirs, des motivations ou des besoins individuels, mais également médiatisés par des représentations, c'est-à-dire des normes auxquelles les individus se réfèrent.
- La méthode d'intervention consiste à réduire les forces qui s'opposent au changement plutôt qu'à augmenter les forces favorables au changement. Cette sociologie de l'intervention différencie la méthode de recherche-action d'une démarche de promotion d'un projet.

A partir de ces hypothèses méthodologiques d'ordre général, la méthode de recherche-action repose sur trois caractéristiques centrales :

- 1) L'autorégulation. Il s'agit de supposer que les membres du groupe « apprennent » à connaître et à maîtriser les facteurs déterminant leur fonctionnement et leur avenir. Les contradictions potentiellement mises en évidence avec les pratiques et croyances présentes permettent le réajustement des éléments cognitifs. C'est ce réajustement qui rend possible une modification des normes d'action et des représentations des différents acteurs.
- 2) L'agent de changement. Son rôle est de faciliter le développement des processus d'autorégulation. L'agent de changement a un rôle actif. Il assure la maîtrise des processus de changement engagés dans le groupe, il instaure des dispositifs permettant la mise en évidence et l'analyse des codes de conduite régissant les échanges dans le groupe. Le rôle de l'agent de changement, s'il suppose que les limites à l'autorégulation se trouvent au sein du groupe, prend également en considération que celles-ci (les limites ?) peuvent trouver leur source au niveau organisationnel et institutionnel.

3) Le groupe. C'est le lieu où s'opèrent les changements non seulement des représentations mais aussi des normes d'action. Les changements sont obtenus, stabilisés et renforcés parce qu'ils s'appuient sur une modification des normes d'action et des représentations des différents acteurs. La maîtrise attribuée à l'agent de changement porte donc sur les processus de groupe, et plus particulièrement sur la situation expérimentale qu'il crée et qu'il dirige.

4. La tâche de planification individualisée

Il peut sembler étrange que la tâche de planification individualisée n'ait pas été étudiée en détail jusqu'à présent au contraire de la tâche d'évaluation multidimensionnelle dont elle est pourtant la suite logique. Historiquement une raison peut être trouvée à cet apparent paradoxe. En effet, les outils de planification professionnelle existent de longue date et paraissent pouvoir être utilisés par les gestionnaires de cas. Ainsi lors de nos travaux relatés dans les articles présentés ici nous avons d'abord cherché un cadre théorique stable concernant le plan de service individualisé dans la littérature internationale [62]. L'absence d'un tel cadre nous a conduit à chercher dans quelle mesure il y avait un consensus professionnel autour de cet outil. Nous avons ainsi utilisé les méthodes de définition de consensus que sont le processus DELPHI (deux tours) [153, 154] puis un groupe nominal (également deux tours de votes)[154-156]. Alors que ces méthodes sont recommandées pour parvenir à un consensus lorsqu'il n'existe pas de normes prédéfinies (avec un pouvoir de forcer le consensus plus important pour le groupe nominal que pour la méthode Delphi [156]), ces deux tentatives ont échoué et force a été de constater la grande disparité des pratiques attendues concernant cet outil (alors même que son caractère réglementaire était inscrit dans la loi). C'est tout l'intérêt de la démarche méthodologique développée ici, et apparentée à l'ergonomie cognitive de ne pas appréhender les différences entre les tâches prescrites et les

taches effectuées comme des carences mais au contraire de pouvoir aboutir à partir d'elle à des recommandations sur des pratiques professionnelles plus riches de sens pour les intervenants. En effet, le constat de l'absence de norme stable pour le PSI pourrait conduire à recommander purement et simplement son abandon dans le cadre de la gestion de cas. Ce n'est pas ainsi que les gestionnaires de cas eux-mêmes souhaitent que la question soit traitée. S'il reconnaît que l'outil à leur disposition n'était pas approprié pour l'aide à la tâche de planification, ils valorisent beaucoup cette tâche et tout outil qui parviendrait à l'aider. C'est ainsi qu'en reprenant une démarche proche de la recherche –action comme définie plus haut les travaux réalisés auprès des gestionnaires de cas ont été directement utilisés par un groupe indépendant pour produire des recommandations de pratiques professionnelles qui tiennent compte de la réalité du travail à accomplir. Il s'agit, à notre connaissance d'une expérience rare en ergonomie de la santé où un travail de recherche académique aboutit à la production de recommandations professionnelles par un groupe interdisciplinaire. Néanmoins, l'utilisation de ces recommandations et d'un éventuel nouvel outil de planification devrait également être suivie dans le temps. Le cadre méthodologique de l'ergonomie paraît tout à fait adapté pour cela.

XI Conclusions

L'évolution de l'espérance de vie et de l'espérance de vie sans incapacité lourde est le résultat heureux de l'amélioration des conditions de vie, y compris sanitaires, au cours du 20^{ème} siècle. Cette évolution, nettement favorable, ne doit évidemment pas être vécue comme une menace mais ne doit pas non plus masquer les enjeux de Santé publique qui se présentent à présent notamment en termes d'accroissement d'une population marquée par une plus grande "fragilité" et probablement une plus grande co-morbidité. Ces enjeux amènent à s'interroger sur la réponse que pourra y apporter le système de soins et d'aide en France, actuellement caractérisé par une importante fragmentation. Les conséquences de cette fragmentation sont notamment : l'utilisation inappropriée de l'hôpital, ou l'entrée en institution vécue comme un "placement" au cours duquel les droits fondamentaux de la personne ne sont pas respectés.

Nos résultats mettent en évidence l'importance de raisonner à partir du domicile des personnes et en s'appuyant sur l'intégration de toutes les structures de soins et d'aide.

Ainsi, la fragmentation actuelle du système de soins et d'aide en France est responsable d'une situation de tension qui pousse vers l'innovation. L'intégration paraît être une solution organisationnelle prometteuse mais complexe, notamment en raison de la grande diversité de taille, de pouvoir, de culture et de réseaux sociaux des différents partenaires tant au niveau stratégique que managérial. Le modèle PRISMA, par son antériorité, son efficacité prouvée au Québec, sa flexibilité démontrée par son adaptation à des contextes de soins et d'aide très différents offre l'opportunité d'étudier l'implantation d'un modèle d'intégration de type coordination en France. A notre connaissance, il s'agit de la première tentative transnationale d'adaptation d'un modèle organisationnel d'intégration et de sa méthodologie d'évaluation de son implantation.

L'étude des modifications organisationnelles et de pratiques professionnelles est actuellement en cours afin d'identifier les facteurs de mutation du système vers l'intégration.

L'importance des modifications organisationnelles nécessaire pour parvenir à l'intégration ne doit pas faire oublier que le sens même de l'intégration est que la personne perçoive "le bon service ou bon moment au bon endroit par la bonne personne au moindre coût humain et social". Cet objectif nécessite le développement d'un champ professionnel encore neuf dans lequel les pratiques professionnelles méritent d'être précisée : la gestion de cas dont nous avons contribué à préciser la tâche de planification individualisée, pour laquelle les gestionnaires de cas eux-mêmes se sentaient en situation d'inconfort notamment en raison de l'inadaptation de leurs outils de travail évaluée selon une approche d'ergonomie cognitive. Ces travaux ont conduit le ministère de la Santé et des Services sociaux à mandater un groupe de travail afin de préciser la démarche et les outils nécessaire à la planification individualisée dont nous rapportons la méthode de travail et les résultats qui servent actuellement de guide dans l'informatisation en cours du réseau de la santé et des services sociaux au Québec mais qui sont susceptibles de s'appliquer à tout autre contexte de pratique de la gestion de cas.

Quels que soient les outils proposés pour la planification individualisée ils devront faire l'objet d'une analyse de leur utilisation en situation réelle.

Après le travail en cours d'adaptation du modèle PRISMA au contexte français, il sera nécessaire d'en évaluer l'impact non seulement en termes de conséquences économiques et de modifications des pratiques professionnelles mais également en termes d'impact clinique (notamment sur la perte d'autonomie) et surtout en termes de vécu par les personnes.

ANNEXES

Annexe 1 : Residents' involvement in the admission process in long-term care settings
in France: Results of the "EHPA 2000" survey



ELSEVIER

Available online at www.sciencedirect.com

Archives of Gerontology and Geriatrics xxx (2007) xxx–xxx

www.elsevier.com/locate/archgerARCHIVES OF
GERONTOLOGY
AND GERIATRICS

Residents' involvement in the admission process in long-term care settings in France: Results of the “EHPA 2000” survey

Dominique Somme^{a,*}, Hélène Thomas^b, Matthieu de Stampa^c,
Hayat Lahjibi-Paulet^a, Olivier Saint-Jean^a

^a *Hôpital Européen Georges Pompidou, Service de G eriatric, 20-40 rue Leblanc, 75908 Paris Cedex 15, France*

^b *Université Paris XIII, 99 avenue Jean Baptiste Clément, 93430 Villetaneuse, France*

^c *Hôpital Sainte Perrine, Service de G eriatric, 11 rue Chardon Lagache, 75016 Paris, France*

Received 2 May 2007; received in revised form 30 July 2007; accepted 6 August 2007

Abstract

In order to identify the factors influencing residents' involvement in the decision-making process prior to admission to a long-term care setting, we analyzed results of a national survey of residents of long-term care settings in France. We interviewed 3538 residents in 584 long-term care settings. Only 38.1% of residents said they had taken part in the admission process. Risk factors for non-involvement were the care level of the long-term care settings (odds ratio = OR = 8.11 [5.63–11.68] and 2.73 [2.26–3.30], respectively, for long-term care units and retirements homes as compared to residential homes), lack of autonomy (dressing/washing) (OR = 1.95 [1.66–2.30] versus autonomous), inability to answer questions on income (OR = 2.16 [1.83–2.56]), age under 80 (OR = 1.29 [1.04–1.61]) versus >90 years old patients, and being married (OR = 1.60 [1.13–2.26]). Resident involvement in the decision-making process influenced subsequent feelings about institutional life. Older adults said that they were frequently not involved in the decision-making process prior to admission to a long-term care setting. This was particularly true for the high-care level long-term care settings, where organizational factors might intervene and for vulnerable elders for whom loss of autonomy could be lived as a loss of citizenship.

  2007 Elsevier Ireland Ltd. All rights reserved.

Keywords: Involvement in decision; Institutionalization of elderly; Respect of fundamental rights of elderly

* Corresponding author. Tel.: +33 1 5609 2726; fax: +33 1 5609 3821.

E-mail address: dominique.somme@egp.aphp.fr (D. Somme).

1. Introduction

In France, between 1996 and 2003, the total number of persons aged more than 75 years increased by 888,000 or 23% (Tugores, 2005). During the same period, the number of persons living in long-term care settings increased less rapidly (+4%), in parallel to the development of home-based health services (Tugores, 2005). Approximately 4% of persons over 60 years lived in long-term care settings (Mesrine, 2003). Three types of these settings for the elderly exist in France: long-term care units (LTCU), retirement homes, and residential homes. The LTCUs are publicly funded hospital-based institutions dedicated to long-term care of very dependent persons. There were 76,000 persons in such institutions in December 2003 (11.9% of the total number of persons living in long-term care settings), 3% fewer than in 1996 (Tugores, 2005). Retirement homes are public or private institutions that offer older adult collective housing with special adaptations for loss of autonomy, and also various levels of health care and housework. The total number of persons in this type of long-term care setting in December 2003 was 414,000 (64.9% of the total number of persons living in long-term care settings), representing an increase of 7% since 1996 (Tugores, 2005). As in LTCUs, residents of retirement homes live mainly in single rooms and eat in canteens. Retirement homes and LTCU were classified in 2000 as “établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes” (EHPADs: housing institutions for dependent older adult). The third type of long-term care settings consists of “foyers-logements”, referred to below as “residential homes”. These are independent flats in buildings specifically designed for relatively autonomous persons. Services consist at least of housekeeping support and collective catering. There were 148,000 persons living in this type of setting in December 2003 (23.2% of the total number of persons living in long-term care settings), representing an increase of 2% since 1996. The three types of long-term care settings differ by the autonomy of their residents (LTCU, retirement homes and residential homes in order of increasing autonomy), by their care level (in the same order) and by their funding sources (mainly personal and familial for retirement homes and residential homes; mainly universal public health insurance for LTCU).

Admission to a long-term care setting marks a watershed in older adult’s lives. The United Nations recommends that the individuals concerned should be involved in the institutional admission process. In France, direct involvement in the admission process is a fundamental right underlined by the law, but there are no data on the degree of application. There is no definition of what kind of involvement is required in the law. It seems to be a subjective feeling of the person. The Statistical Office (DREES) of the French Health and Welfare Ministry have conducted a survey of older adult’s housing facilities (the study was named EHPA 2000 survey, the acronym was for “établissements d’hébergement pour personnes âgées”: housing institutions for older adult). We aimed to study the involvement of residents in the admission process in long-term care settings in France and searched for risk factors for poor involvement.

2. Methods

The EHPA 2000 survey covered a sample of 3538 residents and 584 long-term care setting. The questionnaire was designed by a multidisciplinary group (physicians, nurses,

social workers, social scientist, and administrative staff) coordinated by DREES. Interviewers were recruited and trained by the French national statistical institute (INSEE). Long-term care settings were randomly selected from the national index of health and social establishments (FINESS). The sample was stratified by type (residential home, retirement home or LTCU). Within each establishment, the interviewers randomly selected 10% of the permanent residents, present at the time of the study, who were asked to complete the questionnaire. Interviewers were not allowed to consult the medical chart of the patient and thus were not aware of any cognitive trouble diagnosed. Residents were considered permanent if there was no expected relocation in the administrative chart. There was no blinded reassessment between interviewers, and inter/intra-observer reliability could not, therefore, be assessed. Residents' opinions were collected directly and confidentially, in the absence of administrative and nursing staff. The interviewer was not allowed to interpret the answer, even when person probably suffered of a cognitive decline. A total of 139 questions were posed, of which most were closed (yes/no answers). The other questions were of the multiple-choice type. For multiple-choice questions, the interviewers read the question and all the possible answers, and then recorded the chosen answer.

2.1. Operationalization of the dependent variable

To the question “Who applied for your admission to this institution?” possible answers, defined by the DREES multidisciplinary group, were: “myself”, “my spouse”, “my children”, “a hospital”, “my doctor”, “a social worker”, and “don't know”. Residents could choose one of these answers or more than one (no maximum). During the interview, this question was related to the decision of moving to an institution. Indeed, there were other questions exploring the selection of the type of institution and the administrative procedures (these two questions were much related to the specific context in France and were not analyzed here). We considered the resident's feeling of involvement (the answer “myself”, associated with another one or not). We have also recorded the family's involvement (the answers “my spouse” or “my children”, associated with another one or not), and last, healthcare professionals' involvement.

2.2. Operationalization of possible risk factors

We considered three age groups: below 80, 80–90 and over 90 years. The admission pathway was assessed from answers to the one-choice question “What type of housing were you living in prior to your admission?” Possible answers were: “my home”, “a relative's home (friend or family)”, “an institution (residential home, retirement home, institution for the disabled, rehabilitation unit or LTCU)”, and “acute hospital” (medical or psychiatric acute care). The residents were categorized in two groups of autonomy: those (referred to below as “autonomous”) needing no help with washing and/or dressing (groups 3 and 4) of a previously described autonomy scale (Pampalon et al., 1991) and those needing help with washing and/or dressing (“dependent”, corresponding to groups 1 and 2 of the same scale). Socio-professional status was categorized in three groups, based on answers to the one-choice question “What was your previous job?”:

“never-employed”; “executive” and “non-executive” The last question was “How do you feel in this institution?”, to which possible answers were “rather well”, “not so bad, it depends”, “bad” and “don’t know”.

2.3. Statistical analysis

We first compared variables in univariate analysis with the χ^2 -test. For multivariate analyses, we used logistic regressions with statistical significance defined by the likelihood ratio. The significance threshold was set at $p < 0.05$. All statistical analyses were performed with Statview 5.0 software for Windows (SAS Institute Corp).

3. Results

We interviewed 3583 persons, of whom 924 lived in residential homes (26.1%), 2200 in retirement homes (62.2%) and 414 in LTCUs (11.7%).

In total, 3879 answers were obtained at the multiple-choice question “Who applied for your admission to this institution?” (1.1 answers per subject). The proportion of those subjects who stated they took part in the admission process (the response “myself” was chosen, associated with another one or not) was 38.1%. The family took part in 40.6% of cases, and a hospital or healthcare professional in 21.8% of cases of this decision. The subjects could not answer in 12.0% of cases. Resident involvement in the admission process was highest in residential homes (65.2%) and lowest in retirement homes (31.6%).



Fig. 1. Answers to the question: “Who applied for admission to this establishment?” according to the type of institution*. (*For example, in residential homes, residents stated that they were involved in the admission process in 65.2% of cases.)

Table 1

Number of residents in each type of institution and their involvement (who answer “myself” to the question “Who applied for your admission to this institution?”) in the decision process according to the admission pathway

Pathway	Retirement home ^a	Residential home ^a	Long-term care unit ^a	<i>p</i>
Personal home	1393 (35.8)	772 (69.0)	219 (17.4)	<0.0001
Relative's home	135 (23.7)	54 (42.6)	24 (16.7)	0.01
Institution	428 (24.5)	58 (50.0)	108 (8.3)	<0.0001
Residential home	77	29	9	
Retirement homes	180	11	37	
Long-term care unit	40	4	14	
Rehabilitation unit	120	14	48	
Institution for adult disabled persons	11	0	0	
Acute hospital	143 (13.3)	20 (15.0)	42 (0.0)	0.04
Missing data	101 (40.6)	20 (70.0)	21 (4.8)	<0.0001

^a The first number in each cell is the number of residents in the pathway and the second is the percentage of residents in the decision-making process. For example, 1393 residents interviewed in retirement homes came from their home and 35.75% of these people stated they were personally involved in the admission process.

or LTCUs (12.6%). Comparing rate of involvement, the most important player in the admission process to retirement homes and LTCUs was “the family” (40.5% and 31.6%, respectively), whereas it was “myself” in residential homes (65.1%) (Fig. 1). As shown in Table 1, resident involvement varied according to the admission pathway (from each type of housing to each type of long-term care settings), although within each pathway residents of residential houses were more strongly involved and residents of LTCUs less frequently involved. In addition, direct admission from home was the more frequent admission pathway, regardless of the type of long-term care settings (83.6%, 53.3%, and 52.9%, respectively, for residents of residential homes, retirement houses and LTCUs). Resident involvement was also influenced by the degree of autonomy (48.1% of autonomous residents and 26.0% of dependent residents; $p < 0.0001$). Resident involvement did not correlate linearly with age, but was higher between 80 and 90 years than below 80 years or over 90 years (Fig. 2). Gender did not influence resident involvement (35.9% of men and 39.0% of women, $p = 0.1$). Regarding marital status, 30.0% of persons “living in couples”, 38.0% of “single” residents and 39.2% of “widowed or divorced” residents were involved in the decision-making process ($p = 0.009$). Regarding the socio-professional status, resident involvement rates were 31.7%, 37.5%, and 45.6%, respectively, among never-employed persons, non-executives and executives ($p < 0.0001$). Residents who answered the question on their income (regardless of the income level) were more likely to have taken part in the admission process (49.4% versus 24.3%, $p < 0.0001$).

The results of multivariate analysis are shown in Table 2. The model gave significant ($p < 0.0001$) results. After controlling for all other factors, the type of setting still influenced resident involvement. We also identified the following independent personal risk factors for exclusion from the admission process: younger age (under 80 years), being married, physical dependence, and lack of income data. Persons in the non-executive professional category were significantly more likely to feel excluded from the admission process than those in the executive category. A similar odds ratio was obtained for the

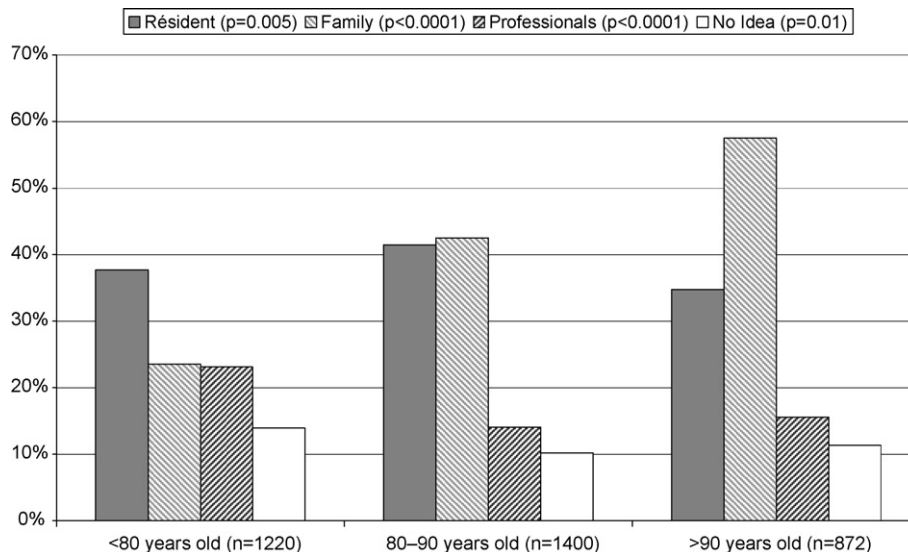


Fig. 2. Answers to the question "Who applied for admission to this establishment?" according to the age group*. (*For example, residents < 80 years old stated that they were involved in the admission process in 37.8% of cases.)

"unemployed" category, but the relation did not reach statistical significance. Widowed or divorced status and intermediate age were not independently linked to resident involvement.

To the question "How do you feel in this institution?" most residents answered "rather well", and this answer correlated positively with involvement in the admission process (Fig. 3). Similar results were obtained when autonomous and dependent patients were analyzed separately.

Table 2

Multivariate analysis: factors influencing resident involvement in the admission process (the "myself" answer to the question "Who applied for your admission to this institution?"), adjusted for gender and for the duration of stay in the institution

Variables	Reference group	OR	CI 95%	
Long-term care units	Residential homes	8.11	5.63	11.68
Retirement homes	Residential homes	2.73	2.26	3.30
Young old person	Oldest old	1.29	1.04	1.61
Middle old person	Oldest old	0.97	0.79	1.18
Married	Single	1.60	1.13	2.26
Widowed or divorced	Single	1.14	0.92	1.41
Unemployed	Executive	1.30	0.98	1.73
Non-executive	Executive	1.31	1.07	1.62
No income data provided	Income data provided	2.16	1.83	2.56
Dependent	Autonomous	1.95	1.66	2.30

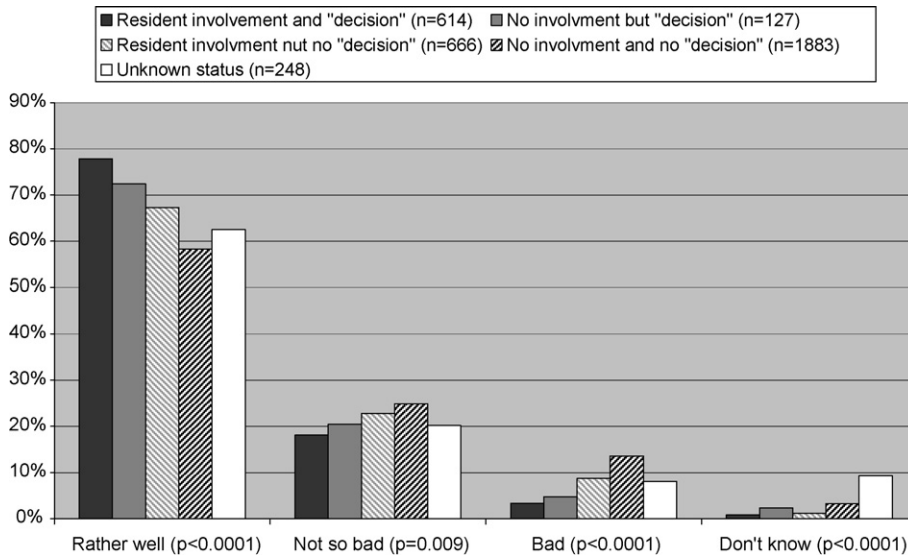


Fig. 3. Resident involvement in the admission process, and subsequent feelings concerning institutional life.

4. Discussion

The EHPA survey provides an overview of older adult's involvement in the decision to enter an institution for the elderly. This involvement is a fundamental right set down in French law and in other country (Ambrogi, 1990; Zimring, 2006). We found that less than 40% of residents considered they were involved in the decision-making process. This figure was particularly low among subjects admitted to high-level care institutions (LTCUs and retirement homes), and also among dependent and married persons, persons who failed to provide information on their income, persons under 80 years of age, and persons previously employed in "non-executive" jobs. This situation of non-involvement of the person during admission process was previously underlined but less frequently documented (Hayley et al., 1996).

We found that the type of setting was one of the main determinants of involvement in the decision-making process. This association remained significant after controlling for other co-factors (sex, marital status, socio-economic category and autonomy). This is in keeping with a previous report that other fundamental rights (and "citizenship") are less frequently respected in publicly funded than in privately funded institutions in France (Saint-Jean et al., 2003). It may be also significant that LTCU staff are used to coping with residents who are unable to state exactly what they want and may therefore answer in place of even the more autonomous residents (Hayley et al., 1996). The opposite phenomenon may operate in residential homes, where residents tend to be more autonomous. The hospital-to-institution admission channel has been investigated in several studies (Kane et al., 1983; Kane and Matthias, 1984; Wachtel et al., 1987; Barberger-Gateau et al., 1990; Hickam et al., 1991; Rudberg et al., 1996; Fortinsky et al., 1999; Cohen et al., 2002) designed to identify risk factors or specific actions that may reduce the risk of institutionalization

following a hospital stay. There are far fewer studies of the home-to-institution admission channel (Branch and Jette, 1982; Cohen et al., 1986; Rockwood et al., 1996; Smith et al., 2000). Our results show that the home was the more frequent admission pathway, regardless of the type of long-term care settings. Then, a policy that focuses on hospitals as the only focal point for health channels would be unlikely to have an impact on a large proportion of residents. Indeed, the home is the best target for policies designed to prevent institutionalization, and for policies meant to improve the admission process. This explains the value of a geriatric care network policy with true cooperation between at-home services and institutions (Thomas, 2004).

Dependency is frequently reported to be a risk factor for institutionalization (Branch and Jette, 1982; Kane et al., 1983; Cohen et al., 1986; Wachtel et al., 1987; Barberger-Gateau et al., 1990; Hickam et al., 1991; Rockwood et al., 1996; Rudberg et al., 1996; Fortinsky et al., 1999; Smith et al., 2000; Cohen et al., 2002). We also found that dependency reduced residents' involvement in the admission process. One possible bias of our survey is that autonomy was recorded at the time of the interview, and may have changed relative to the time of admission. However, restricting the analysis to residents having lived in an institution for less than 1 year did not affect the statistical link between dependence and poor involvement in the admission process.

Another limitation of our study is that there was no assessment of cognitive status, as cognitive decline is a major reason for institutionalization (Smith et al., 2000). The survey was declarative and was conducted by non-medical inter-viewers. Given the high frequency of anosognosia in dementia and memory complaints in non-demented people, it was impossible to obtain reliable information on cognitive status by the questionnaire. Otherwise, the purpose of the study was to investigate a subjective opinion and we think that, despite dementia, subjects are likely to have their own feeling of the admission process and their involvement in it (Thomas, 2005). Finally, as there is a close relationship between physical autonomy and dementia, particularly in very old or institutionalized persons, this factor would have been partially compensated for in our multivariate analysis and in the bivariate analysis adjusted for dependency.

Married people were more likely than single persons to say they were not consulted. It seems important when admitting a couple to include each person separately in the admission process. Withholding income information was strongly associated with the risk of not being involved in the decision-making process. In our experience, it is often difficult to access this information when it is not provided by the resident. Most residents have delegated financial management to a family member or friend. From a pragmatic point of view, asking questions about income during the preadmission visit may be a simple way of detecting a potential risk of non-involvement in the admission process.

In multivariate analysis, increasing age seemed to be associated with greater involvement in the decision-making process. Thus, attitudes to institutional admission may vary with age. Persons who remain at home until late in life may be more willing to stay at home until death. Age has been shown to be an independent factor for answering "I would rather die" to the question: "Would you be very willing, somewhat willing, very unwilling or would you rather die, than put up with living in a nursing home all the time?" (Mattimore et al., 1997).

Attitudes towards admission to an institution have rarely been analyzed according to socio-professional category (Mattimore et al., 1997; Peek et al., 1997; Sauvaget et al.,

1997), and the results are heterogeneous because of the lack of consensus on the classification to be used. One survey showed that persons living in towns (a large number of whom belonged to the “executive” category) were more likely than persons living in the country (almost all farmers, i.e. “non-executives” in our survey) to envisage living in an institution for the elderly (Rowe and Kahn, 1987).

Even with dependent person it was reported that it is possible to improved the sense of control during the admission process with 48% of persons felt not having control on the admission process in nursing home as compared to 27% in Foster Care Homes who emphasized the respect of the autonomy (Reinardy and Kane, 1999). Our results support the importance of improvement of the sense of control during this process since we found a correlation between residents’ feeling of well-being and their prior involvement in the admission process. This was in accordance with Rowe and Kahn (1987) who reported that losing control of one’s life has negative effects upon emotional status, cognitive scores, wellness and physiological indicators.

5. Conclusion

We report the results of a large national survey based on direct interviews with old persons living in long-term care settings. As most institutionalized residents come directly from home, any policy aiming at improving their involvement in the admission process should take into account the relations between institutions and old persons living at home. We found that residents’ involvement in their admission was very low, especially in retirement homes and LTCUs. Measures must be taken to ensure that this fundamental right is respected. Risk factors for non-involvement included loss of autonomy (dressing or washing), not being able to provide income data, age less than 80 years and being married. Particular attention should be paid to the citizen right of such old persons, especially during pre-admission visits, in order to ensure their involvement in the decision-making process. Indeed, this involvement has a significant impact on the subsequent experience of institutional life.

Acknowledgements

The direction of research, evaluation, studies and statistics of the French Ministry of Health is responsible for the design and the collection of data and provide support to the analysis reported in this article.

References

- Ambrogi, D.M., 1990. Legal issues in nursing home admissions. *Law Med. Health Care* 18, 254–262.
- Barberger-Gateau, P., Grolier, L., Maurice, S., Borde, C., Salamon, R., Galley, P., 1990. Short-stay hospitalization of elderly persons: first step toward institutionalization? *Rev. Epidemiol. Sante Publ.* 38, 323–332.
- Branch, L.G., Jette, A.M., 1982. A prospective study of long-term care institutionalization among the aged. *Am. J. Public Health* 72, 1373–1379.

- Cohen, M.A., Tell, E.J., Wallack, S.S., 1986. Client-related risk factors of nursing home entry among elderly adults. *J. Gerontol.* 41, 785–792.
- Cohen, H.J., Feussner, J.R., Weinberger, M., Carnes, M., Hamdy, R.C., Hsieh, Phibbs, C., Courtney, D., Lyles, K.W., May, C., McMurtry, C., Pennypacker, L., Smith, D.M., Ainslie, N., Hornick, T., Brodtkin, K., Lavori, P., 2002. A controlled trial of inpatient and outpatient geriatric evaluation and management. *N. Engl. J. Med.* 346, 905–912.
- Fortinsky, R.H., Covinsky, K.E., Palmer, R.M., Landefeld, C.S., 1999. Effects of functional status changes before and during hospitalization on nursing home admission of older adults. *J. Gerontol. A: Biol. Sci. Med. Sci.* 54, M521–M526.
- Hayley, D.C., Cassel, C.K., Snyder, L., Rudberg, M.A., 1996. Ethical and legal issues in nursing home care. *Arch. Intern. Med.* 156, 249–256.
- Hickam, D.H., Hedrick, S.C., Gorton, A., 1991. Clinicians' predictions of nursing home placement for hospitalized patients. *J. Am. Geriatr. Soc.* 39, 176–180.
- Kane, R.L., Matthias, R., 1984. From hospital to nursing home: the long-term care connection. *Gerontologist* 24, 604–609.
- Kane, R.L., Matthias, R., Sampson, S., 1983. The risk of placement in a nursing home after acute hospitalization. *Med. Care* 21, 1055–1061.
- Mattimore, T.J., Wenger, N.S., Desbiens, N.A., Teno, J.M., Hamel, M.B., Liu, H., Califf, R., Connors, A.F., Lynn, J., Oye, R.K., 1997. Surrogate and physician understanding of patients' preferences for living permanently in a nursing home. *J. Am. Geriatr. Soc.* 45, 818–824.
- Mesrine, A., 2003. Les places dans les établissements pour personnes âgées en 2001–2002 (Etudes et Resultats, No. 263). Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité et Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, DRESS, Paris (in French).
- Pampalon, R., Colvez, A., Bucquet, D., 1991. Development of a conversion table of dependence of the aged on home aide needs. *Rev. Epidemiol. Sante Publ.* 39, 263–273.
- Peek, C.W., Coward, R.T., Lee, G.R., Zsembik, B.A., 1997. The influence of community context on the preferences of older adults for entering a nursing home. *Gerontologist* 37, 533–542.
- Reinardy, J., Kane, R.A., 1999. Choosing an adult foster home or a nursing home: residents' perceptions about decision making and control. *Soc. Work* 44, 571–585.
- Rockwood, K., Stolee, P., McDowell, I., 1996. Factors associated with institutionalization of older people in Canada: testing a multifactorial definition of frailty. *J. Am. Geriatr. Soc.* 44, 578–582.
- Rowe, J.W., Kahn, R.L., 1987. Human aging: usual and successful. *Science* 237, 143–149.
- Rudberg, M.A., Sager, M.A., Zhang, J., 1996. Risk factors for nursing home use after hospitalization for medical illness. *J. Gerontol. A: Biol. Sci. Med. Sci.* 51, M189–M194.
- Saint-Jean, O., Somme, D., De Stampa, M., Thomas, H., 2003. Boire de l'alcool en institution: un privilège témoin de maintien de la citoyenneté (Gérontologie et Société, No. 105). Fondation Nationale de Gérontologie, Paris (in French).
- Sauvaget, C., Tsuji, I., Fukao, A., Hisamichi, S., 1997. Factors related to the desire to enter a nursing home among elderly Japanese. *J. Epidemiol.* 7, 77–83.
- Smith, G.E., Kokmen, E., O'Brien, P.C., 2000. Risk factors for nursing home placement in a population-based dementia cohort. *J. Am. Geriatr. Soc.* 48, 519–525.
- Thomas, H., 2004. Le sujet âgé peut-il fragiliser le réseau qui le soutien? (Gérontologie et Société, No. 109). Fondation Nationale de Gérontologie, Paris (in French).
- Thomas, H., 2005. Le "métier" de vieillard. Institutionnalisation et processus de désindividualisation dans la grande vieillesse. *Politix* 18, pp. 33–55 (in French).
- Tugores, F., 2005. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003: activités et personnel (Etudes et Résultats, No. 379). Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité et Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, DREES, Paris (in French).
- Wachtel, T.J., Fulton, J.P., Goldfarg, J., 1987. Early prediction of discharge disposition after hospitalization. *Gerontologist* 27, 98–103.
- Zimring, S.D., 2006. Health care decision-making capacity: a legal perspective for long-term care providers. *J. Am. Med. Dir. Assoc.* 7, 322–326.

Annexe 2: Non-pertinence hospitalière dans deux services de Gériatrie aiguë :
description du phénomène et étude des facteurs de risque



Article original

Non-pertinence hospitalière dans deux services de gériatrie aiguë :
description du phénomène et étude des facteurs de risqueInappropriateness of hospital use in two acute geriatrics department:
description of the phenomenon and analysis of risk factorsD. Somme^{a,*}, M. Cauterman^b, B. Huet^c, B. Durand-Gasselín^d, O. Saint-Jean^a^a Service de gériatrie, hôpital européen Georges-Pompidou, université Paris-VI, 20-40, rue Leblanc, 75908 Paris cedex 15, France^b Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier, 50, rue du Faubourg-Saint-Antoine, 75012 Paris, France^c Unité de santé publique, hôpital Avicenne, université Paris-XIII, 125, rue de Stalingrad, 93000 Bobigny, France^d Service de gériatrie aiguë, hôpital Notre-Dame-de-Bon-Secours, 66, rue des Plantes, 75014 Paris, France

Reçu le 24 janvier 2007 ; accepté le 30 mai 2007

Résumé

Propos. – La non-pertinence hospitalière correspond à l'inadaptation entre besoin des patients et technicité d'une unité de soins. Le nombre de prises en charge en gériatrie aiguë augmentant, l'étude du taux de non-pertinence et de ses causes dans ce contexte paraît intéressante.

Méthodes. – Les patients ont été inclus consécutivement dans deux services de gériatrie aiguë : des variables médicales et socioéconomiques ont été relevées, la pertinence des journées d'hospitalisation a été évaluée par la version française de l'Appropriateness Evaluation Protocol et le protocole d'analyse des causes de non-pertinence. Les facteurs de risque de journée non pertinente durant un séjour ont été recherchés. L'influence des variables indépendantes sur le risque de non-pertinence hospitalière a été évaluée par un modèle de régression logistique.

Résultats. – Seuls l'existence de troubles cognitifs et le lieu d'hospitalisation ont été retrouvés comme facteurs explicatifs. Le classement de la non-pertinence par cause est similaire dans les deux services (> 25 % des journées non pertinentes sont expliquées par le choix du patient ou de sa famille) mais avec des taux statistiquement différents, notamment pour les causes liées à l'attente d'une admission dans un service de soins à moyen ou long terme et pour l'attente d'une prestation réalisée en dehors de l'établissement d'accueil du patient.

Conclusion. – L'accès à une structure d'aval est la première cause de non-pertinence hospitalière. L'importance du choix du patient ou de sa famille comme cause de non-pertinence des journées d'hospitalisation semble être une spécificité de la gériatrie. En outre, pour développer une démarche de réduction de la non-pertinence hospitalière, la problématique des troubles cognitifs devra être au premier plan.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Background. – Inappropriateness of hospital use occurs when a gap between the patient's needs and the level of care delivered exists. Taking into account the improvement of number of acute geriatric care, it appears relevant to study the rate and causes of inappropriate hospital use in this context.

Methods. – All patients in two services of acute geriatrics were included: medical and socioeconomic data were collected, the appropriateness of each day of their hospitalization was evaluated using the French version of the Appropriateness Evaluation Protocol and the inappropriate days' Causes Analysis Protocol. Risk factors of having at least one inappropriate day occurring during the stay were searched using relevant statistical tests. A logistic regression model assessed influence of independent variables on the risk of inappropriateness.

Results. – Only the existence of cognitive impairment and the department where the hospitalization takes place were found to be risk factors of inappropriateness. The ranking of inappropriateness according to the causes is the same in the two services, yet with statistically different rates, in particular for causes related to waiting for admission in subacute or long-term care institutional network and for a service provided outside the hospital where the patient was admitted. In the two departments, over 25% of the inappropriate days were related to a patient's or his family's choice.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : dominique.somme@egp.aphp.fr (D. Somme).

Conclusion. – Access to subacute or long-term care institution is the first cause of inappropriate hospital use in the two departments. The importance of the rate of inappropriate days related to a choice of the patient or his family was probably a Geriatric specificity. Furthermore, in view of reducing the inappropriate hospital use, attention should be particularly paid on patients with cognitive impairment.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Gériatrie aiguë ; Non-pertinence hospitalière ; Amélioration de la qualité et de l'efficacité ; Gestion hospitalière

Keywords: Acute geriatrics; Inappropriateness of hospital use; Quality and efficiency improvement; Health management

1. Introduction

Les producteurs de soins hospitaliers sont engagés dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. Au niveau des unités de soins, l'exigence de qualité s'accompagne dorénavant explicitement d'un objectif d'efficacité.

La non-pertinence des journées d'hospitalisation (NPH), faisant référence à une inadéquation entre le niveau technique de soins proposé par une unité de court séjour et les besoins du patient (fonction de son état, des soins paramédicaux et médicaux nécessaires), semble faire partie des indicateurs à même de suivre qualité et efficacité [1]. La NPH, par la prolongation inutile du séjour fait courir un risque de non-qualité (moins de satisfaction, risque nosocomial supérieur, effets délétères sur les malades âgés des hospitalisations prolongées [2,3]. De même, la NPH fait courir un risque de manque d'efficacité. En effet, avec l'introduction de la tarification à l'activité (T2A), la présence non pertinente d'un patient retarde la prise en charge d'un nouveau patient qui générerait un financement supplémentaire. Une étude, dans un service de médecine interne portant sur la pertinence des admissions, a quantifié une perte de financement de 12 % [4].

Le phénomène de NPH étant d'évaluation difficile par avis d'expert, il est nécessaire d'avoir recours à des outils valides et reproductibles, reposant sur des critères de jugement objectifs, tels que l'Appropriateness Evaluation Protocol [5] et sa version française (AEPf) [6] (Tableau 1). Cet outil identifie la NPH et un protocole d'analyse des causes de non-pertinence des journées d'hospitalisation [7] permet d'obtenir de façon standardisée un tableau explicatif de la NPH.

L'hospitalisation de court séjour gériatrique fait actuellement l'objet d'un développement important notamment pour répondre à des demandes de soins non programmés. Pour cette raison et parce que l'âge des patients a été décrit comme facteur de risque de NPH, une évaluation de la NPH dans ce contexte nous a paru nécessaire. Notre travail a pour objectif de mesurer le niveau de NPH, d'en identifier les facteurs de risque et de documenter l'impact de la nature de l'offre de soins (structures d'aval institutionnelles et plateau technique) sur la NPH.

2. Matériel et méthode

2.1. Lieux

L'étude a été menée dans deux hôpitaux parisiens, situés dans deux arrondissements limitrophes. Les deux services présentaient des caractéristiques communes en termes de finance-

ment, de recrutement (très majoritairement non programmé), de pratique clinique (formation identique des médecins, relations personnelles entre chefs de services, participation à des protocoles en commun) et de ratio de personnel médical et soignant. Cependant, les deux hôpitaux diffèrent assez nettement. L'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP) est un hôpital universitaire, siège d'un service d'accueil et d'urgences (SAU) et doté d'un plateau technique extensif (chirurgie, radiologie complète y compris interventionnelle, etc.) mais dépourvu de lits de soins de suite ou de long séjour. L'hôpital Notre-Dame de Bon Secours (NDBS) est un hôpital de plus petite taille, non universitaire, en relation avec le SAU d'un autre hôpital, équipé d'un plateau technique limité aux examens courants de radiologie, et doté d'un service de soins de suite (SSR) dédié à l'aval du service d'aiguë et d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

2.2. Patients et recueil de données

De novembre 2001 à mars 2002, tous les patients admis dans chacun des deux services de gériatrie ont été inclus sans critère d'exclusion. Les données suivantes ont été recueillies dans les premiers jours de l'hospitalisation, dans le dossier médical, auprès des cliniciens en charge du patient, auprès du patient lui-même ou de son entourage : âge ; sexe ; isolement (vivant seul ou non) ; lieu de provenance (domicile, institution sanitaire ou sociale) ; mode d'admission (en urgence, programmée) ; niveau d'aide à l'entrée (existence ou absence d'aides informelle, sociale et/ou sanitaire) ; niveau de couverture assurantielle (partielle ou à 100 %, du fait d'une pathologie reconnue en affection de longue durée (ALD 30), de la polyopathie ou par une assurance complémentaire) ; niveau d'autonomie 15 jours avant l'admission pour les activités domestiques (*instrumental activities of daily living* de Lawton, iADL) [8] ; niveau d'autonomie 15 jours avant l'admission pour les activités de la vie quotidienne (*activities of daily living* de Katz, ADL [9]) ; existence de troubles des fonctions supérieures dans les premiers jours de l'hospitalisation (*minimal state* de Folstein (MMSE) [10]) ; score de comorbidités de Charlson [11]. À l'exception des journées d'admission et de sortie, chacune des journées a fait l'objet d'une analyse à l'aide de l'AEPf. En cas de NPH déclarée par AEPf, l'avis du clinicien en charge du patient a été recueilli sur une éventuelle pertinence de cette journée non reconnue par l'outil. En cas d'accord entre l'outil et le clinicien, ce dernier renseignait la cause de NPH. En cas de désaccord du clinicien (le clinicien jugeant la journée pertinente), la journée restait néanmoins classée non pertinente pour notre étude, avec pour cause de

Tableau 1

Outil AEPF : il suffit que le patient satisfasse au moins un des critères lors de la journée sélectionnée pour que celle-ci soit considérée comme pertinente par l'AEPF

A Soins médicaux

- A1 Procédure en salle d'opération ce jour (c'est-à-dire le jour où l'étude est réalisée)
- A2 Procédure programmée en salle d'opération pour le jour suivant nécessitant une consultation ou une évaluation préopératoire extraordinaire
- A3 Cathétérisme cardiaque ce jour
- A4 Angiographie ce jour
- A5 Biopsie d'un organe interne ce jour
- A6 Procédure diagnostique invasive du système nerveux central ce jour
- A7 Tout test ou examen nécessitant un contrôle nutritionnel strict
- A8 Traitement nécessitant des ajustements fréquents de doses sous-supervision médicale directe
- A9 Surveillance médicale intensive par un médecin au moins trois fois par jour
- A10 Journée postopératoire (après une intervention au bloc opératoire ou critères trois à six plus haut)

B Soins infirmiers et de réanimation

- B1 Assistance respiratoire continue ou intermittente (au moins trois fois par jour)
- B2 Thérapie parentérale : liquide intraveineux de façon continue ou intermittente quelle que soit la supplémentation
- B3 Monitoring continu des signes vitaux au moins toutes les demi-heures pendant au moins quatre heures
- B4 Équilibre hydroélectrolytique
- B5 Plaie chirurgicale majeure et soins de drainage
- B6 Surveillance infirmière rapprochée, sur prescription médicale, au moins trois fois par jour

C État du patient

- C1 Arrêt des matières et des gaz ou absence de mouvement intestinal dans les dernières 24 heures
- C2 Transfusion liée à une perte de sang dans les dernières 48 heures
- C3 Fibrillation ventriculaire ou ischémie aiguë électrographique dans les dernières 48 heures
- C4 Fièvre supérieure à 38 °C dans les dernières 48 heures si le patient a été admis pour une autre raison que la fièvre
- C5 Coma : perte de conscience pendant au moins une heure pendant les dernières 48 heures
- C6 État confusionnel aigu dans les 48 dernières heures, non dû à un sevrage alcoolique
- C7 Signes ou symptômes liés à des désordres hématologiques aigus dans les dernières 48 heures
- C8 Difficultés neurologiques aiguës et progressives dans les dernières 48 heures

NPH « observation diagnostique ou risque de rechute, récurrence ou aggravation ». Toutes les données ont été colligées par un médecin formé à la santé publique, extérieur aux deux services étudiés sans lien avec eux et ayant reçu une formation spécifique à l'outil AEPF et au protocole d'analyse des journées non pertinentes.

2.3. Utilisation des variables

Le score iADL est exprimé en pourcentage afin de tenir compte du nombre différent d'items applicables selon les patients. Pour ce score, les patients sont classés en deux catégories pour l'analyse multivariée : « autonome » (iADL = 100 %) versus « non autonome » (pour tout score inférieur à 100 %). Pour le score ADL, la cotation varie de 0 à 12, chaque item étant représenté sous trois modalités possibles : aucune

aide = 0, aide partielle = 1 et aide totale = 2. Pour l'analyse multivariée, on compare deux groupes : « autonome » (score ADL à 0) versus « non autonome » pour tout score supérieur à 0. L'existence de troubles cognitifs est définie par un score MMSE strictement inférieur à 24. En l'absence de bornes cliniquement pertinentes pour le score de Charlson, la comorbidité a été jugée en deux classes selon que le score était supérieur (comorbidité élevée) ou inférieur ou égal (comorbidité basse) à la médiane du score dans l'ensemble de la population.

2.4. Analyse statistique

En analyse univariée, les tests *t* de Student ont été utilisés pour les variables continues et χ^2 pour les variables nominales. Le niveau de significativité statistique était fixé à 0,05.

Pour l'analyse multivariée de la survenue d'au moins une journée non pertinente durant le séjour, l'indépendance des variables à introduire dans le modèle a été vérifiée. En effet, l'existence de multicollinéarité fait courir un risque de perte de précision des paramètres estimés entraînant ainsi des conclusions aberrantes [12].

Concernant les différents types d'aide, il a été mis en évidence une forte corrélation entre l'existence d'une aide sociale et l'existence d'une aide sanitaire ($p = 0,0003$). Le facteur « aide sociale » étant aussi corrélé à un niveau de prise en charge à 100 %, nous avons choisi de ne conserver dans le modèle que « l'aide sanitaire ». Le facteur « aide informelle » étant très lié à l'isolement ($p = 0,004$), ce qui paraît logique dans la mesure où les personnes isolées ne peuvent compter sur un réseau d'aide informelle, nous avons choisi de ne conserver que l'isolement (qui paraît en outre plus facile à recueillir).

Nous avons noté une forte corrélation entre l'autonomie telle que mesurée par les échelles ADL ou iADL et l'existence de troubles cognitifs ($p = 0,0003$ et $0,005$ respectivement). L'association n'est pas fortuite puisque les maladies neurodégénératives s'accompagnent par définition d'une perte progressive d'autonomie. Par ailleurs, au contraire de ce que l'on observe avec la variable trouble cognitif, les variables ADL et iADL avaient également des corrélations avec l'existence d'un système d'aide sanitaire ($p = 0,04$ et $0,01$, respectivement). Enfin, il existait une corrélation entre iADL et l'isolement ($p = 0,03$). Nous avons choisi, afin d'éviter des estimations erronées liées à la multicollinéarité, et pour conserver les variables « aide sanitaire » et « isolement », de conserver la variable trouble cognitif et de ne pas entrer dans le modèle les variables ADL et iADL.

Le type de logement (institutionnel ou non) est corrélé avec l'existence d'une aide sanitaire ($p = 0,03$) et avec l'isolement ($p = 0,0003$). Nous ne retenons donc pas cette variable. Enfin, nous excluons la variable sexe en raison de sa forte corrélation avec la variable isolement ($p < 0,0001$).

Les variables finalement retenues pour le modèle multivarié de régression logistique ne présentent aucune colinéarité entre elles : l'âge, l'existence de troubles cognitifs, la comorbidité élevée, la prise en charge à 100 %, l'existence d'un système d'aide sanitaire et l'isolement.

L'adéquation du modèle de régression logistique a été vérifiée par le test de Hosmer et Lemeshow. Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel Statview 5.0 for Windows (SAS Institute®).

3. Résultats

3.1. Population étudiée (Tableau 2)

Il s'agissait de patients très âgés ($86 \pm 6,3$ ans), admis de façon non programmée (92,6 %), présentant fréquemment des facteurs de fragilité (troubles cognitifs, dépendance, isolement) et avec un haut niveau de comorbidités. La durée moyenne de séjour était de $17,4 \pm 14$ jours sans différence significative entre les deux services. Les caractéristiques plus fréquentes pour les patients de NDBS (comportant un SSR et une EHPAD sur le même site) que pour les patients de l'HEGP sont l'isolement, le lieu de vie en institution et la dépendance pour les activités de la vie domestique (iADL) 15 jours avant l'admission.

3.2. NPH et causes de non-pertinence (Tableau 3)

Sur les 3402 journées étudiées dans les deux services, le taux de NPH brut (jugé par l'outil) est de 53,7 % (51,2 % à HEGP, 55,8 % à NDBS, $p = 0,01$). Seuls, 20,9 % des patients

ne présentaient aucune journée non pertinente durant leur séjour (27,9 % à HEGP, 13,7 % à NDBS, $p = 0,01$). L'analyse qualitative des 183 journées jugées pertinentes par l'expert et non pertinentes par l'outil permet d'identifier les principaux éléments non pris en considération par l'outil et rendant une journée d'hospitalisation pertinente dans un service de gériatrie aiguë selon les experts : prolongation des durées d'observation du fait de la fragilité des personnes âgées et la complexité de la prise en charge des démences.

L'ordre des causes de NPH est identique dans les deux services avec par ordre de contribution décroissante : l'attente d'un aval institutionnel, l'attente d'une décision du patient ou de sa famille, « l'observation diagnostique ou un risque de rechute, récurrence ou aggravation » et l'attente d'une prestation dans l'hôpital. Néanmoins, des facteurs organisationnels peuvent expliquer des différences de répartition entre les différentes causes de NPH. Ainsi, dans l'hôpital ayant un plateau technique extensif (HEGP) l'attente d'une prestation hospitalière est plus rarement cause de NPH. À l'inverse, l'attente d'un aval institutionnel est beaucoup plus fréquente lorsqu'il n'y a pas de SSR ni EHPAD sur site (HEGP). Dans les deux services, le choix du patient ou de sa famille explique plus du quart des journées non pertinentes. Seules 1 % des causes étaient classées « autres » c'est-à-dire non prévues par le protocole.

Tableau 2
Caractéristiques de la population étudiée

	Population totale <i>n</i> = 206	HEGP <i>n</i> = 104	NDBS <i>n</i> = 102	<i>p</i>
Âge (années, moyenne \pm écart-type)	86,0 \pm 6,3	86,6 \pm 5,7	85,5 \pm 6,9	NS
Sexe féminin (%)	73,3	68,3	78,4	NS
Couverture assurantielle partielle (%)	15,5	17,3	13,7	NS
Vit habituellement seul (%)	65,5	56,8	73,7	0,01
Mode de vie habituel en institution (%)	18,9	12,5	25,5	0,02
Aide sociale (%)	51,1	53,6	48,3	NS
Aide sanitaire (%)	37,3	35,1	39,8	NS
Aide informelle (%)	87,2	86,7	87,8	NS
Dépendant pour les ADL 15 jours avant (%)	63,5	58,6	68,4	NS
Dépendant pour les iADL 15 jours avant (%)	79,9	73,7	86,2	0,03
Troubles cognitifs (MMSE < 24) (%)	59,2	59,7	58,6	NS
Score de Charlson (moyenne \pm écart-type)	2,3 \pm 2,0	2,2 \pm 1,9	2,4 \pm 2,1	NS
Comorbidité élevée (Charlson > médiane) (%)	36,5	33,7	39,2	NS

ADL : *activity of daily living* [9] ; iADL : *instrumental activity of daily living* [8] ; MMSE : *minimal status examination* [10].

Tableau 3
Présentation de la non-pertinence hospitalière (NPH) et de ses causes

Libellé	Population totale		HEGP		NDBS		<i>p</i>
	Nombre	Pourcentage (%)	Nombre	Pourcentage (%)	Nombre	Pourcentage (%)	
Journées non pertinentes	1827	53,7	826	51,2	1001	55,8	0,01
Séjours durant lequel au moins une journée est non pertinente	163	79,1	75	72,1	88	86,2	0,01
NPH liée à l'attente d'un aval institutionnel	848	46,4	459	55,6	389	38,9	< 0,0001
NPH liée au choix du patient ou de sa famille	500	27,4 %	207	25,1	293	29,3	0,04
NPH selon l'outil mais observation diagnostique ou risque de rechute, de récurrence ou d'aggravation	214	11,7	76	9,2	138	13,8	0,002
NPH liée à l'attente d'une prestation (acte, avis...) dans l'hôpital	157	8,6	66	8,0	91	9,1	NS
NPH liée à l'attente d'une prestation (acte, avis...) hors de l'hôpital	57	3,1	4	0,5	53	5,3	< 0,0001
NPH liée à l'organisation du service (staffs, recherche...)	33	1,8	11	1,3	22	2,2	NS
Autres	18	1,0	3	0,4	15	1,5	0,01
Total	1827		826	100,0	1001	100,0	

NPH : non-pertinence hospitalière.

3.3. Facteurs explicatifs de la NPH (Tableau 4)

En analyse univariée, le risque que le séjour d'un patient âgé en gériatrie comporte au moins une journée non pertinente semble lié principalement à l'environnement organisationnel (site NDDBS versus HEGP) et à l'existence de troubles cognitifs. Le mode de vie habituel, l'autonomie fonctionnelle et le niveau de comorbidités ne paraissent pas liés à ce risque. L'analyse multivariée confirme cette relation. Le modèle est globalement significatif (p likelihood 0,03) et adéquat selon le test de Hosmer et Lemeshow ($p = 0,8$) avec comme seules variables significativement reliées au risque d'avoir au moins une journée non pertinente durant son séjour, le site de prise en charge (OR NDDBS vs HEGP = 3,4 [1,3–9,0]) et l'existence de trouble cognitif (OR = 3,2 [1,3–8,0]). L'âge, la comorbidité élevée, la prise en charge à 100 %, l'existence d'un système d'aide sanitaire et l'isolement ne sont pas significativement liés au risque de NPH.

Tableau 4
Facteurs de risque que le séjour d'un patient comporte au moins une journée non pertinente (JNP)

Variables explicatives	Aucune JNP (n = 43)	Au moins une JNP (n = 163)	<i>p</i>
Lieu HEGP (n = 104)	27,9	72,1	
Lieu NDDBS (n = 102)	13,7	86,2	0,01
Âge (moyenne ± ET)	86,0 ± 6,1	86,0 ± 6,3	NS
Sexe féminin (n = 151)	19,2	89,8	
Sexe masculin (n = 55)	25,5	85,5	NS
Couverture sociale totale, (n = 138)	22,4	77,6	
Couverture sociale partielle (n = 67)	12,5	87,5	NS
Vit habituellement seul (n = 127)	17,4	82,6	
Ne vit pas habituellement seul (n = 67)	22,4	77,6	NS
Mode de vie habituel en institution (n = 39)	23,1	76,9	
Mode de vie habituel en domicile particulier (n = 167)	20,4	79,6	NS
Aide sociale (n = 95)	22,1	77,9	
Pas d'aide sociale (n = 91)	18,9	81,1	NS
Aide sanitaire (n = 69)	21,7	78,3	
Pas d'aide sanitaire (n = 116)	19,8	80,2	NS
Aide informelle (n = 164)	20,1	79,9	
Pas d'aide informelle (n = 24)	20,8	79,2	NS
Dépendant pour les ADL 15 jours avant (n = 125)	22,4	77,6	
Autonome pour les ADL 15 jours avant (n = 72)	15,3	84,7	NS
Dépendant pour les iADL 15 jours avant (n = 151)	21,1	78,9	
Autonome pour les iADL 15 jours avant (n = 38)	19,2	80,8	NS
Troubles cognitifs (MMSE < 24) (n = 106)	12,3	87,7	
Pas de troubles cognitifs (MMSE > 24) (n = 73)	28,8	71,7	0,005
Comorbidité élevée (Charlson > médiane) (n = 73)	20,2	79,8	
Comorbidité basse (Charlson < médiane) (n = 130)	20,9	79,1	NS

Les sommes des variables complémentaires peuvent différer de 206 en raison des données manquantes sur certaines variables ; ADL : *activity of daily living* [9] ; iADL : *instrumental activity of daily living* [8] ; MMSE : *minimal status examination* [10].

4. Discussion

Nous rapportons dans cette étude que le phénomène de NPH est fréquent en gériatrie de court séjour. L'AEPf et le protocole d'analyse des causes semblent utilisables en gériatrie pour l'étudier. La NPH paraît être en rapport avec des facteurs de structure et des facteurs liés au patient, les troubles cognitifs y occupant la place principale.

4.1. Adaptation de l'AEPf au contexte de la gériatrie

Nos données semblent montrer que l'AEPf est applicable aux services de gériatrie aiguë. L'analyse des causes de pertinence d'après les praticiens ne permet pas de proposer d'ajouter des critères objectifs de jugement à l'outil. En effet, ces causes, relevant le plus souvent de prolongations de période d'observation des patients, reposent avant tout sur leur expérience clinique (prolongation des durées d'observation du fait de la fragilité des personnes âgées et la complexité de la prise en charge des démences). L'analyse des causes de non-pertinence des journées selon le protocole permet de classer la très grande majorité des causes de NPH avec un recours assez rare à la classe « autres causes », ce qui tend à confirmer l'adaptation de l'outil au contexte de la gériatrie aiguë.

4.2. Fréquence de la NPH

Le taux de NPH constaté dans notre étude (53,7 % des journées étudiées) est supérieur aux taux constatés dans la littérature : 26,2 à 37 % [13–17]. Mais, notre taux est celui de services de gériatrie aiguë et non pas d'hôpitaux entiers (absence de compensation par des hospitalisations courtes et techniques comme en chirurgie). De plus, notre mesure de la NPH s'appuie sur l'outil AEP non transformé, contrairement à des études précédentes [13,14]. Par ailleurs; nous n'avons pas utilisé l'outil AEP afin de documenter la décision d'admission comme l'ont fait Chopard et al. [14] ou Ingold et al. [15], ainsi nous n'avons pas exclu les séjours qui débutent par une admission non pertinente. Enfin, l'ensemble du séjour était pris en compte et non une journée tirée au sort comme dans d'autres études [16,17].

4.3. Répartition des causes de NPH

L'analyse des causes de NPH sur les deux sites met en évidence l'importance de l'effet structure (technicité versus intégration) sur la répartition des causes de NPH. Nous n'avons pas connaissance d'études antérieures décrivant ce fait. Ce résultat pousse à être prudent sur les comparaisons de taux et de causes de NPH de nos résultats avec ceux des études antérieures où le contexte structurel n'est pas toujours donné. Dans les deux sites, néanmoins la première cause de NPH est l'attente d'un aval institutionnel comme cela a été déjà rapporté [14,15]. La deuxième cause de NPH est liée au choix du patient ou de sa famille expliquant, dans notre étude plus

qu'un quart des journées non pertinentes. Dans les études sur la NPH portant sur des populations plus jeunes, cette cause de NPH n'est pas citée [14,17] ou faible (5 %) [6] alors qu'elle représente la deuxième cause de NPH dans l'étude de Ingold et al. portant sur des sujets âgés. Panis et al. ont par ailleurs montré une relation entre l'âge et la non-pertinence hospitalière liée aux difficultés à organiser le maintien à domicile [17]. Il semble donc y avoir quelque chose de spécifique à la prise en charge des malades âgés concernant l'impact de l'avis du patient ou de sa famille au moment d'organiser la sortie des patients. Cela peut probablement en partie s'expliquer par l'impact des troubles cognitifs dans la NPH. En effet, il paraît plausible, dès lors qu'il existe des troubles cognitifs, que le patient parfois, mais surtout la famille, s'oppose à une sortie d'hôpital qui serait médicalement possible. La vérification de cette hypothèse demanderait une étude de plus grande envergure où dans un même hôpital serait étudiée la non-pertinence des journées d'hospitalisation de patients présentant des situations cliniques proches sauf en ce qui concerne la présence ou l'absence de troubles cognitifs.

4.4. Facteurs de risque de NPH

En analyse univariée comme multivariée, les facteurs de risque de NPH sont en rapport avec l'existence de troubles cognitifs et avec le lieu d'hospitalisation. Bien que dans les deux services la première cause de NPH soit l'attente d'un aval institutionnel, c'est le service ayant l'accès sur site au plateau technique (HEGP) et non celui ayant l'accès à l'aval institutionnel (NDBS) qui présente toute chose étant égale par ailleurs le moindre taux de NPH.

Certaines différences avec d'autres études méritent d'être signalées. Ainsi, l'étude présentant la population la plus proche de la nôtre trouve des facteurs explicatifs différents (isolement, existence d'une aide à domicile, altération des ADL et iADL) [15]. Néanmoins, l'utilisation d'échelles différentes et la prise en considération de la mesure de l'autonomie comme une variable continue plutôt que dichotomique sont susceptibles d'expliquer ces différences. En outre, l'âge a précédemment été décrit comme un facteur de risque [14,15], ce que nous ne retrouvons pas dans notre étude, mais notre population présentait un âge moyen supérieur, ce qui laisse supposer l'existence d'un effet seuil. Pour toutes ces variables, toute comparaison avec les précédentes études est par ailleurs difficile du fait de l'impact de l'organisation locale des soins sur la NPH. Nos résultats soulignent donc l'importance de prendre en compte ce facteur dans les futures études de la NPH en gériatrie aiguë.

L'effet de l'existence de troubles cognitifs sur la NPH a fait l'objet de peu d'analyse jusqu'à présent. Seule une étude rapporte une liaison en analyse univariée qui disparaît en analyse multivariée [15]. Cependant, l'analyse multivariée présentée dans cette étude incluait des variables explicatives ayant à l'évidence de forte corrélation (autonomie, dépression et troubles cognitifs notamment) susceptible de faire courir des risques d'erreur liée à la multicolinéarité [12]. Nous n'avons pas

mis en évidence de corrélation entre l'existence de troubles cognitifs et l'une des trois principales causes de non-pertinence (données non illustrées).

5. Conclusion

La NPH est un événement fréquent en gériatrie aiguë, faisant courir le risque de non-qualité et de non-efficience. L'AEPf offre la possibilité de mesurer et d'analyser ce phénomène. Des marges d'amélioration peuvent donc être identifiées, et permettre de faire concorder des objectifs de qualité et d'efficience.

Si l'accès à une structure d'aval demeure la première cause de NPH dans les deux services, notre travail souligne l'importance également de l'accès au plateau technique car la structure éloignée du plateau technique a au final le taux de NPH le plus important. L'importance de l'avis du patient ou de la famille comme cause de NPH semble être une spécificité de la prise en charge hospitalière des patients âgés.

Dans une perspective de mise en œuvre d'actions de réduction de la NPH, l'information recueillie devra être traitée dans un but d'aide à la décision et de suivi dans le temps. Dans cette optique, l'identification des troubles cognitifs comme facteur indépendant de risque de NPH souligne l'importance de les prendre en compte dans toute démarche gestionnaire basée sur la NPH en gériatrie aiguë.

Références

- [1] Collectif. Les coûts de la qualité et de la non-qualité des soins dans les établissements de santé : états des lieux et propositions, Anaes et CCECQA, Editor. Paris : Anaes ; 2004. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/044000463/index.shtml>.
- [2] Gutierrez Rodriguez J, Dominguez Rojas V, Solano Jaurrieta JJ. Deterioro funcional secundario a la hospitalizacion por enfermedad aguda en el anciano. Analisis de la incidencia y los factores de riesgo asociados. *Rev Clin Esp* 1999;199:418-23.
- [3] Sager MA, Franke T, Inouye SK, Landefeld CS, Morgan TM, Rudberg MA, et al. Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older persons. *Arch Intern Med* 1996;156:645-52.
- [4] Eriksen BO, Kristiansen IS, Nord E, Pape JF, Almdahl SM, Hensrud A, et al. The cost of inappropriate admissions: a study of health benefits and resource utilization in a department of internal medicine. *J Intern Med* 1999;246:379-87.
- [5] Gertman PM, Restuccia JD. The appropriateness evaluation protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care. *Med Care* 1981;19:855-71.
- [6] Robain M, Lang T, Fontaine A, Logerot H, Monnet E, Six P, et al. Reproductibilité et validité de la version française de la première partie de l'Appropriateness Evaluation Protocol (AEPf) : critères de pertinence des journées d'hospitalisation. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1999;47:139-49.
- [7] Lombard I, Lahmek P, Diene E, Monnet E, Logerot H, Levy Soussan M, et al. Étude de la concordance interobservateurs des raisons de non-pertinence des journées d'hospitalisation identifiées par la version française de l'Appropriateness Evaluation Protocol (2^e partie). *Rev Epidemiol Santé Publique* 2001;49:367-75.
- [8] Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;9:179-86.

- [9] Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963;185:914–9.
- [10] Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Minimal" state. A practical method for grading the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189–98.
- [11] Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* 1987;40:373–83.
- [12] Glantz S, Slinker B. Multicollinearity and what to do about it. In: Glantz S, Slinker B, editors. *Primer of applied regression and analysis of variance*. New York: Mc Graw-Hill; 2000. p. 181–238 (NY).
- [13] Castaldi S, Ferrari MR, Sabatino G, Trisolini R, Auxilia F. Valutazione dell'appropriatezza dell'attività di ricovero dell'ospedale Maggiore di Milano IRCCS mediante l'utilizzo del metodo PRUO. *Ann Ig* 2002;14:399–408.
- [14] Chopard P, Perneger TV, Gaspoz JM, Lovis C, Gousset D, Rouillard C, et al. Predictors of inappropriate hospital days in a department of internal medicine. *Int J Epidemiol* 1998;27:513–9.
- [15] Ingold BB, Yersin B, Wietlisbach V, Burckhardt P, Bumand B, Bula CJ. Characteristics associated with inappropriate hospital use in elderly patients admitted to a general internal medicine service. *Aging (Milano)* 2000;12:430–8.
- [16] Kaya S, Eroglu K, Vural G, Shwartz M, Restuccia JD. Factors affecting appropriateness of hospital utilization in two hospitals in Turkey. *J Med Syst* 2001;25:373–83.
- [17] Panis LJ, Gooskens M, Verheggen FW, Pop P, Prins MH. Predictors of inappropriate hospital stay: a clinical case study. *Int J Qual Health Care* 2003;15:57–65.

Annexe 3: The Individualized Service Plan as a Clinical Integration Tool: Qualitative
Analysis in the Quebec PRISMA Experiment

Research and Theory

The individualized service plan as a clinical integration tool: qualitative analysis in the Quebec PRISMA experiment

Dominique Somme, MD, Hôpital Européen Georges Pompidou, Service de Gériatrie, Paris, France

Réjean Hébert, MD MPhil, Doyen, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Quebec, Canada

Gina Bravo, MD, PhD, Institut Universitaire de Gériatrie de Sherbrooke, Quebec, Canada

François Blanchard, MD, PhD, Service de Médecine Interne et Gériatrie, CHRU de Reims, Hôpital Sébastopol, Reims, France

Olivier Saint-Jean, MD, PhD, Hôpital Européen Georges Pompidou, Service de Gériatrie, Paris, France

Correspondence to: Dominique Somme, Hôpital Européen Georges Pompidou, Service de Gériatrie, 20–40 rue Leblanc, 75908 Paris Cedex 15, France, Phone: +33 1 56 09 33 13, Fax: +33 1 56 09 38 21, E-mail: dominique.somme@egp.aphp.fr

Abstract

Introduction: One aspect of clinical integration involves case managers' tools and particularly the individualized service plan.

Methods: We examined individualized service plan content and use in the PRISMA experiment. We analyzed 50 charts, and conducted and recorded interviews regarding individualized service plan use with all the case managers concerned (n=13).

Results: Delays between starting case management and writing the individualized service plan were long and varied (0–596 days, mean: 117 days). During the interviews, the individualized service plan was described as the 'last step' once the active planning phase was over. The reasons for formulating plans were mainly administrative. From a clinical viewpoint, individualized service plans were used as memoranda and not to describe services (842 interventions not mentioned in the plans) or needs (694 active problems not mentioned). Case managers felt uncomfortable with the individualized planning task and expected a tool more adapted to their needs.

Conclusion: Although a majority of the case managers' charts contained an individualized service plan, implementation of this tool seems tenuous. Because of the discrepancy between the potential usefulness expected by case managers and their actual use, a working committee was created to develop proposals for modifying the instrument.

Keywords

case management tool, individualized service plan, clinical integration, gerontology, qualitative research

Introduction and background

A number of recent literature reviews emphasize the pivotal role played by case management in the efficacy of integration experiences for older adults around the world [1–3]. The case management process can be defined as comprising the following key steps [4–14]: case identification according to predefined criteria, standardized multidimensional assessment, individualized service plan, resource identification, implementation, monitoring, and plan reassessment. Some include the concept of advocacy, which combines advice and representation [10, 13, 15]. While

case management was being developed, it became apparent that tools were needed to support the tasks of identification, assessment, and planning. To a great extent, case identification depends on the eligibility criteria for case management. As a result, the tools used in the various experiments varied substantially. The assessment task led to the development of many different tools, such as the *Outil d'évaluation multi-clientele* (OEMC or multiclientele assessment tool), including the *Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle* (SMAF or Functional Autonomy Measurement System) in Quebec and the Resident Assessment Instrument (RAI) in the US and then Europe.

These instruments have undergone many validation studies [16, 17].

However, the planning task, which appears to be essential since it governs implementation, monitoring, and reassessment, has not yet received the same kind of attention. Yet many authors view the formulation of an individualized service plan as an essential component in integrating services for frail elders [1, 4]. For some, it represents case management quality criteria [12, 18]. As with assessment, the plan is both a set of processes and a product in the form of a written document placed in the person's chart. To our knowledge, no such planning document has ever been validated scientifically. Consequently, the tools used for planning are usually derived from that used for assessment. In Quebec, the definition of individualized service plan used by the *Ministère de la Santé et des Services sociaux* refers to the process designed to achieve social integration and to provide an individualized response to the person's needs. It requires that the person or the person's representative attend a meeting aimed at cooperation and collaboration [9]. This definition, like others around the world [1, 12, 14, 18] based on major consensual principles, does not, however, explicitly state how the individualized service plan leads to clinical integration and how important developing the plan document is to integration. This is also observed in the literature: while the individualized service plan is often cited as an important feature of integration, its design, expected content, size, usefulness, and use are not defined [9]. The PRISMA integration experiment, in which case managers were asked to develop individualized service plans, enabled us to clarify these individualized service plan aspects using qualitative methods.

Methods and theory

The PRISMA program

PRISMA (Program of Research on the Integration of Services for the Maintenance of Autonomy) [4] is an integration model implemented in three experimental areas. The research program comprised, on the one hand, a study of the impact integration has on independence, satisfaction, and use of services for older adults in the experimental areas compared to the control areas and, on the other, ongoing monitoring of the model's effective implementation [19]. This program proposes a coordination-type approach to the integration model as defined by Leutz [20]. In this kind of model, all health and social service organizations are involved, whether public, private, volunteer, or community. Each organization maintains its struc-

ture but takes part in integration by adapting its operations and resources. The outcome is that individuals no longer have to search for the proper resource for their needs. Rather, it is up to the integrated system to provide a continuum of services that respond to people's needs. The PRISMA model, designed after reviewing the literature, comprises six components: 1) coordination at all levels of decision-making, 2) a single entry point, 3) case management, 4) individualized service plans, 5) a unique standardized assessment tool, and 6) a computerized clinical chart. Each of these points have been described in detail elsewhere [4, 19]. There are different case management models [9]. In the PRISMA model, case managers are under the responsibility of and remunerated by Quebec's public health care and services system. Each full-time case manager has to manage about 45 people. Case management was defined as a new role for different professionals (social workers, nurses and psychologists) already involved in the public health care and service system for older persons in Quebec. Professionals received special training on the different case management tasks before they became case managers. Individual eligibility corresponded to a great need for coordination because of the number of caregivers and providers involved (greater than two, in addition to the attending physician and meal services) or the degree of loss of independence measured with a standardized assessment instrument (need for assistance exceeding that provided for domestic needs). Case managers had to have or perform a comprehensive assessment of the individuals' needs. They had to be in close contact with patients and be familiar with their home settings. In interacting with patients, families and attending physicians, case managers had to develop an individualized service plan resulting from a cooperative interdisciplinary process with the various caregivers and providers. Afterwards, they were responsible for the follow-up and reassessment of the plan over time, thereby guaranteeing the diachronic continuity of management.

In the PRISMA model, therefore, the individualized service plan represented one of the key elements in effectively implementing integration at the clinical level. Since electronic medical charts were gradually introduced [19], case managers soon had an electronic version of the same form. No databases (needs or services) were associated with the individualized service plans. No tasks were automated and the text was written freely on paper or electronically. The overall PRISMA research program included an implementation analysis that evaluates the quality of the individualized service plan in each patient chart [19]. The entire PRISMA research program and each of the PRISMA studies including the one described here

were approved by the Ethics Committee of the Sherbrooke Geriatric University Institute.

Analysis methods

Our analysis of the individualized service plan is based on the conceptual framework of cognitive ergonomics [21], where the focus is on the discrepancies between what is prescribed, said, and done. Traditionally, a task has to be performed as prescribed by managers and if this is not the case, a deficiency in training or management must be found. In contrast, cognitive ergonomics research is based on the assumption that users have specific (but not necessarily the best) knowledge on how and why an activity is to be done during their work (Figure 1). Studies in cognitive ergonomics develop an analysis framework to take into account the prescribed task and the performed task. To understand the discrepancies, the performed task has to be assessed in a real situation (not a simulation or a ‘performance’ test), and in parallel an assessment of cognitive activities linked to the task has to be done, usually by users’ comments on this task. This approach is pragmatic and aims to develop recommendations that meet both organizational needs and reflect professional reality. In our research on individualized service plans, the prescribed task (case managers have to develop individualized service plans in order to achieve clinical integration) was compared to the task actually performed (individualized service plan production and use) and what the case managers had to say about it (which reflects both their knowledge about the task prescribed and performed, and their expectations). The discrepancies between the task prescribed and performed, and what the case managers had to say are not viewed here as deficiencies. Indeed, as we have said, knowledge about the need for individualized service plans for integration

was vague. Accordingly, we will discuss these discrepancies as a source of information about the work done by the case managers related to individualized service plans and as a source of potential information about the usefulness of these plans in terms of integration.

For this study, we used a sequential schema with multiple investigative methods in order to achieve a certain degree of triangulation. The research team that examined methods and interview grids was comprised of researchers in the area of health services and social sciences. Different professions were represented in the research team including physicians, social workers and psychologists.

Our analysis of the implementation context focused on the documentation used to train the case managers, to which we had complete access. This material was analyzed for information that would yield the most precise description of the ‘prescribed’ task of developing the individualized service plan, its expected contents, and its practical use. From this, we attempted to identify the rules indicated in these documents that case managers were supposed to follow to develop an individualized service plan.

Interviews

The criteria for including case managers in the interviews for the qualitative study about what the case managers “said” about the individualized service plan were as follows:

1. Participation in the PRISMA program
2. Having a minimum caseload of five
3. Having been a case manager for at least six months
4. Having signed an informed consent form to take part in the study.

All the case managers meeting these criteria were invited to take part. None of them refused to participate.

The interview plan was developed through multidisciplinary cooperation. It was based on the theoretical framework of cognitive ergonomics and a literature survey [9]. The following issues were addressed:

- In order to examine case managers’ knowledge of individualized service plans (that is, case managers’ representation of the ‘prescribed task’:
 - individualized service plan usefulness and function(s) in the case managers’ work

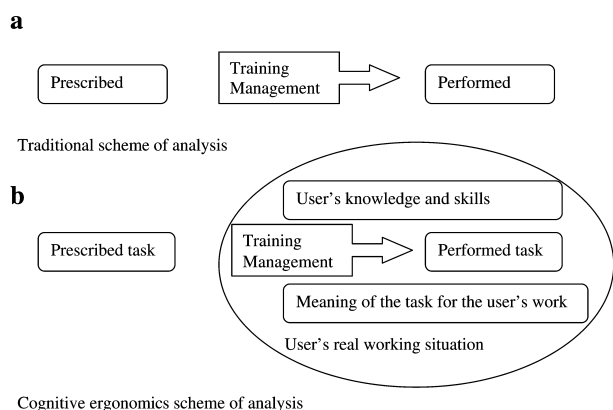


Figure 1. Illustration of the cognitive ergonomics scheme of analysis [21] compared to a more traditional view.

- In order to examine the individualized service plan ‘activity’ in the case managers’ work from the perspective of ‘what is said’:
 - Time-related aspects of the individualized service plan in the case managers’ work
 - Factors fostering or hindering individualized service plan formulation development
 - Distribution of the instrument to other professionals in the system

The interview plan enabled interviewers to systematically address the various issues and elicit further information if necessary. Case managers could also bring up points of interest outside the plan as long as the interview remained focused on the individualized service plan as a case management tool. All the interviews were carried out face-to-face at the case managers’ workplaces by the same person and recorded without intermediate analysis or modification of the interview plan prior to being transcribed verbatim.

Each interview was coded in two ways: descending, that is, starting with the interview plan described above, for the most unequivocal coding possible; and ascending, that is, starting with the analysis of interview content outside the plan in order to add value to the analysis plan while maintaining an ergonomic approach. The interviews were all coded by the same individual without any cross-coding. A preliminary grouping of the codes emerging from the ascending approach was made. The grouping was discussed by the multidisciplinary team and modified to generate a reasonably stable theoretical framework for analyzing the interviews. This made it possible to code the entire corpus of interviews a second time. The second encoding revealed that the first-round codes were quite stable. The codes that came up during the process served mainly to encode passages that had not been coded in the first round. Data organization and encoding was facilitated by using NVivo® software (QSR International), which can be used to encode, assign multiple codes, and reorganize the corpus according to code or category.

Chart analysis

We analyzed the contents of 50 charts managed by the 13 case managers in order to develop a description of the task actually done. Charts were selected randomly except for ensuring that there were at least two charts from each case manager interviewed. The drafting date had to be as close as possible to but no later than the start of our study of individualized service plans, which the case managers were aware of. The elements that we looked for in the case

manager charts were defined by the multidisciplinary team, after the ‘prescribed task’ was analyzed at a time close to when the interviews were conducted in order to grasp the significance of the individualized service plan as a tool. Since managers required each ISP to be reassessed every six months, each chart could contain more than one ISP. As for the individualized service plan itself, we used the date the individualized service plan was written compared to the case management start date (date on which the case manager signed the consent to exchange information) and the date written in the assessment tool. Since a service could be delivered long before documentation of the ISP, this delay is not of the same as a delay in service production. The individualized service plan’s readability was assessed by the number of lines and various kinds of information it contained. The individualized service plan form is structured as a series of columns (Appendix 1); the lines (rows) depend on how the case managers fill it out. Consequently, a single line may contain a number of problems, objectives, and interventions and thus involve a number of caregivers and frequencies. The analysis took into account the fact that the rows on the electronic individualized service plan form are predetermined. In the case of paper forms, the numbering along the left-hand side, used by certain case managers, or a skipped line were considered separators for analysis purposes. In the electronic and traditional charts, the plan was filed in plain text so that several issues were often put on the same line since the average number of issues could exceed the number of lines.

With the electronic individualized service plans, we were able to determine the number of consultations and the professional categories of the individuals with access to individualized service plans. We also attempted to determine to what degree the case managers followed the development rules that we identified based on our analysis of the training documentation. We also carried out a qualitative study of the vocabulary used in the individualized service plans by certain key caregivers, such as general practitioners and case managers. Lastly, we examined the charts for indications of individualized planning (progress notes, conclusions of the standardized case management assessment).

Individualized service plan—assessment comparison

The assessment instrument used in Quebec is the Multiclientele Assessment Tool, which includes 25 dimensions assessed as to whether or not the patient was experiencing a problem (or if means were used

to compensate for the difficulty) (Appendix 2). Functional autonomy was assessed with a standardized tool, the *Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle* or SMAF [22], which assesses 29 dimensions of independence based on whether the patient does or does not have a disability and, if so, whether it appears as a handicap (Appendix 3). Both instruments make it possible to identify difficulties and often many of the resources that respond to these disabilities at the time of assessment. We therefore compared the contents of each individualized service plan with that of the most recent standardized assessment in order to determine how well the individualized service plan corresponded to the summary of all the problems noted in the assessment (with or without solutions), and if the individualized service plan contained all the resources indicated in the assessment as compensating for the person's handicap or difficulty. If so, the individualized service plan could be viewed as a snapshot of the person's services, even if they did not address all of the needs.

Results

Contextual analysis ('prescribed task')

No individualized service plan documents were created when the integrated networks were implemented. Instead, the forms used to plan home care services, called the 'individual service allocation plan' (Appendix 1), were used. This document was designed at the same time as the Multiclientele Assessment Tool to plan professional services. Evolving out of similar documents used in nursing, it had been used as a guide in multidisciplinary team work well before the creation of integrated networks. However, it was not designed for higher-level coordination (that is, of more than one group of professionals). Four training documents were analyzed. All of these documents have

an indirect or direct connection to the book by D. Boisvert on the individualized service plan [23]. The individualized service plan definitions given in all four documents refer to a 'process'. None of the documents dealt with the opportunities and means that case managers can or must use in their work. These documents give prominence to major consensual values (such as fairness, justice, equality, solidarity, social integration, and primacy of the individual), whose definitions constituted part of the training. Two documents stressed the importance of organizing the multidisciplinary meeting (as in Boisvert's book [23]). For the *Objective* section, the rule was to record observable or measurable behaviors with a threshold and an observation delay; action verbs had to be used. One document included a four-page list of verbs to use as help in drafting the objective. Moreover, it was indicated that instructional verbs (maintain, reduce, promote, improve, etc.) should be avoided. No specific rule was provided about the other sections of the form. The written comments of the case managers who received training—which were kept—revealed dissatisfaction with the individualized service plan section, although they considered the overall training very satisfactory. They felt that the individualized service plan training was too theoretical: "How do you adapt a tool made for planning services over the medium and long-term to a clientele whose health and needs change rapidly?" or "Why does someone in the network still not use an individualized service plan after several years of training and awareness?"

Interviews: what was said

Our main results as compared to the prescribed and the performed task are synthesized in Table 1. In regards to using the individualized service plan (ISP), case managers indicated that it usually comes after

Table 1. Synthesized table of results on the principal axis of analysis of the utilization of ISP as a clinical integration tool by case managers

	'Prescribed' task	What was said	'Performed' task
ISP as a planning tool	Not clearly defined	'Final step'	Long delay
Motivation	'The case manager's tool'	Predominance of administrative motives	Impossible to determine
Content of the problem section	All problem must be noted	Not consistent	Not consistent
Content of the objective section	Precise rules	Not consistent but never in accordance with rules	Not consistent
Content of other sections	Not clearly defined	Not consistent	Not consistent
Access	Not clearly defined	Concern about insufficient access and clarity	Rare access to ISP Poor readability of the ISPs
Clinical function	Not clearly defined	Reminder, contract, multidisciplinary support	Notes about planning were found in all the charts but not in ISP
Link between ISP and case management	Clear	Clear	Impossible to determine

planning, since the individualized service plan is described as the last step in a chart that has achieved a certain degree of stability: *“The ISP is the final act.... That’s how I see it, once I have all the information I need...”* (case manager 5); *“I don’t put anything into the ISP until the client’s situation has stabilized. Once the client is set up, I use the ISP”* (case manager 3). In fact, 12 of the 13 case managers made similar comments. The only one that did not say he didn’t use the individualized service plan at all: *“It’s a step that I often skip...because it just doesn’t seem useful to me...it’s just one more step if you have to write up the intervention plan or ISP”* (case manager 12).

Moreover, the case managers cited motives for producing the individualized service plan that reinforced the impression of it being an administrative task. For example they said: *“It’s one of our tasks. We knew when we were hired...that it had to be done”* (case manager 5) or *“One goes into every chart”* (case manager 3) or *“Well, there is an ISP, but it hasn’t been finished.... I’m going to update it because I have to submit it to the allocation committee next week”* (case manager 6). Some thought the research program itself had an influence: *“If I hadn’t read the research now, I’m not sure that there would be ISPs in the charts”* (case manager 1). Five case managers mentioned the research protocol either directly or indirectly, referring to the PRISMA model as a motivation for developing the individualized service plan.

The case managers were not in agreement about the expected contents of an individualized service plan: *“I put down all services”* (case manager 10); *“No, I didn’t put down everything, and I won’t in the future”* (case manager 8); *“Every handicap and disability must be included in the ISP”* (case manager 5). It is interesting to note that the individualized service plans did not always reflect the expressed intentions. For example, case manager 5 only managed to follow his rule of mentioning all needs in 2 of the 12 individualized service plans analyzed, while case manager 8 complied with the same rule in 3 cases out of 4.

The case managers were concerned about the fact that few people in the network appear to want to read individualized service plans. Case manager 8, whose individualized service plans had the highest average access rate (average of 3 in addition to the case manager), stated: *“I’ve already looked at the history. Not too many people are going to do that.”*

The case managers also took different positions about the usefulness of the individualized service plan for the case manager: *“The first thing I do...is to see what’s in the plan”* (case manager 12); *“sometimes*

I’ll look at the chart, but rarely the ISP” (case manager 1). Plan access could serve case managers as a reminder of the services in place, the steps already taken, or as a help in managing schedules. Given that the individualized service plan aims at determining an individual’s needs and planning the services to respond to them, it is paradoxical that the only clinical motivation mentioned by two case managers was related to limiting services for people who were considered overly demanding: *“The ISPs for manipulative people...contain tons of details...because they tend to always ask for more”* (case manager 7). The individualized service plan has been described as an element fostering multidisciplinary team joint action. With the exception of this latter function, the others could be replaced by reviewing progress notes or concluding the assessment without an individualized service plan. Consequently, no functions related to the case managers’ clinical work appeared to specifically devolve to the individualized service plan.

All the case managers described the individualized service plan as being very strongly related to their work: *“It’s THE case manager’s tool”* (case manager 11). No case managers raised the idea of case management without an individualized service plan. On the contrary, the difficulties encountered were explained by the innovativeness of integration: *“An integrated network...and case management are new”* (case manager 7); lack of partner computer access: *“The system...must be accessible elsewhere”* (case manager 7); lack of definition of confidentiality rules: *“I tell myself to be careful not to put too much into the ISP because the information can be shared”* (case manager 13). They also emphasized a lack of clarity about the concept: *“No one has a clear idea of what the ISP is all about”* (case manager 7). Four case managers had very similar perceptions: *“Everything goes into our ISPs today, like disciplinary intervention plans and service plans; everything is thrown together”* (case manager 10). Case managers also pointed out the lack of training or, more accurately, the inappropriateness of training: *“I don’t think they were clear enough about ISP contents”* (case manager 13).

Case managers felt that the form used for individualized service plans had problems, specifically its lack of clarity: *“It’s clear to me, but I don’t think it is for the others”* (case manager 5); its static appearance *“You know that you can’t exchange? with an ISP. An ISP doesn’t budge?”* (case manager 9); and the burden of writing: *“I often wrack my brains trying to write the objective”* (case manager 9). The clash of these expectations with reality made case managers uneasy: *“My own plans bother me sometimes...but I don’t know what else to do”* (case manager 10).

There were, in fact, many expectations and they concerned, in particular, the concept itself: “*What use is it? Why are we doing this? What should it contain?*” (case manager 10); training: “*I think that training on this is needed*” (case manager 10); and form simplification: “*I think that ISPs should be easy to develop*” (case manager 1).

Chart analysis

Our analysis involved all of the individualized service plans (n=101) in the 50 charts. The average time between the start of management and the first individualized service plan varied greatly: 0 to 598 days for the 50 individualized service plans we examined. The average time lapse was relatively high (117 days). The case managers themselves were not consistent with individualized service plan production, except for two who appeared to try to do the individualized service plan within the first 30 days. These two case managers, who worked at the same location, had been instructed by their superior that the charts had to conform to the integration model (i.e. contain an individualized service plan). Another case manager at the same site, however, had an average production time for the first individualized service plan of 71 days from the start of case management (ranging from 0 to 267 days). The time lapse between assessment and individualized service plan production was similarly variable: 0 to 524 days, for an average of 68 days. Lastly, the time between assessment and individualized service plan production shortened: from 138 days in 2001–2002 to 39 days in 2003.

Other characteristics of the ISP related to readability are summarized in Table 2. Nevertheless, the number of interventions was not directly related to the number of caregivers since many interventions were performed by the same caregiver. To illustrate, in individualized service plan 2, Chart 47, the visiting homemaker did all of the following: “*Help with hygiene, help with clipping nails, meal preparation, support with home maintenance, and grocery shopping*”. Conversely, several caregivers provided the same intervention: for example, in individualized service plan 2, Chart 38, seven caregivers provided spouse respite:

Table 2. Characteristics of the 101 individualized services plans (ISP)

Characteristics of ISP	Mean	Range
Lines (n)	5.5	[1–19]
Issues (n)	7.1	[1–20]
Objectives (n)	6.9	[1–20]
Interventions (n)	10.6	[2–33]
One-month access count (n)*	11	[0–30]

*These data were based on 73 computerized charts.

day centre, temporary placement centre, two social workers from these organizations, the case manager, a community organization, and a private resource.

Case managers accounted for the large majority (91%) of individualized service plan accesses and specifically the writer in 70% of cases. For the remaining 9%, administrative purposes were the reason for at least 5 instances of access: program managers (n=2) and archivists (n=3). Access by other caregivers in the system was rare: individualized service plans were mailed to the family physicians concerned in 27 cases out of 101. No other recipients were mentioned in the charts.

No specific guideline was followed in writing up problems or needs; the recommended structure was never used. None of the 699 objectives appearing in the individualized service plans could be considered as observable or measurable behaviors with a threshold and observation delay, as presented during training. In contrast, 80.7% of the objectives corresponded to directions for actions continuing over time expressed with verbs that were supposed to be avoided (compensate, improve, maintain, monitor, learn, etc.). The family physician was mentioned in 73 of the 101 individualized service plans. Since the document is structured so that the caregiver is mentioned depending on the problems identified, the family physician sometimes repeatedly appeared in the same individualized service plan. It is also possible that he was not the only caregiver mentioned on a single line for a problem. As a result, we analyzed such individualized service plans on a per-line basis. When mentioned on an individualized service plan line, the problems that the family physician should be able to resolve were health issues in 58 cases out of 80, loss of independence in 17 cases, and psychosocial disorders in 5 cases. The objectives were often quite vague, related to the medical profession in a general way: “*Provide medical management,*” “*Maintain state of health*” and “*The patient will have the required medication and care*”. More specific objectives were used much more rarely: “*Reduce the micturitional frequency and redness associated with incontinence*”.

We also studied the lines in the individualized service plans where the case manager was mentioned as caregiver. There were often multiple problems, possibly of different types, but mainly psychosocial and related to the loss of independence, such as: “*Pre-carious recovery from fractures*” or “*Needs help in managing appointments and contacts with the system.*” Moreover, we also noted that the objective was often a fairly general description of the case manager’s function: “*Enable service use and reduce management burden*”; “*The patient will have advice enabling*

him to live in his home as long as possible”; “Maintain a presence and be supportive, while providing support to the natural caregiver.” A more individualized description of the task was rarely encountered. It is interesting to note, however, that, when the objective was mentioned, it always health-related and did not always correspond to the case manager’s previous profession: “Avoid increasing pain, avoid falls or increased pain during bathing” (case manager was initially a nurse); “Investigate incontinence and identify adequate compensation” (case manager initially a psychologist); “Ensure that the patient has adequate dietary intake (no weight loss), monitor problem with constipation” (case manager initially a social worker). Frequency was stated in the form of “as needed,” without describing the process for identifying need recurrence in 37.5% of cases. As a result, this did not make it possible to establish an accurate schedule for delivery or the actual service frequency.

The qualitative analysis of the charts highlighted the fact that individualized planning did indeed exist but was not supported by the individualized service plan, which means that it provided only partial represent-

ation. Indications that individualized planning actually occurred appear in the progress notes: “Contact with family physician reveals that pain clinic physicians did not recommend infiltration and suggested morphine...He is in agreement with swimming and the day centre...”; or in assessment conclusions: “As for housekeeping, Mr. X refused system help; he will ask his family to play a greater role.... He accepts help with grooming and some financial aid to purchase these services.”

Individualized service plan—assessment comparison

Three individualized service plans were written with no trace of a previous or current assessment while seven were written after a limited assessment to determine loss of autonomy. It was therefore possible to compare individualized service plan and assessment data in nearly all cases. The comparison of individualized service plans and multidimensional assessment data showed that the individualized service plans as a whole did not inventory all of the individuals’ problems since only 716 problems were identified in

Table 3. Comparison of the number and type of problems and handicaps in the individualized service plan and multidimensional assessment

Problems or handicaps	Indicated in the individualized service plan	Not in the individualized service plan but in the assessment	Total
Health problems	141	225	366
Prevention problems (diet, smoking, alcohol, safety)	2	29	31
Problems with loss of independence (handicap or instability of the resource offsetting the handicap)	424	271	695
Psychosocial problems	132	132	264
Financial problems	11	15	26
Other problems	6	23	29
Total	716	695	1411

Table 4. Comparison of the number and types of caregivers in the individualized service plans and multidimensional assessment (Family physician is a given in both cases, which is analyzed in the text)

Service providers other than family physician	Indicated in the individualized service plan	Not in the individualized service plan but in the assessment	Total
Patient	17	67	84
Family and significant others	159	513	672
Private resources	109	176	285
Community organizations	67	14	81
Public services (medical and social)	461	81	542
Public institutional resources (day centre, temporary placement)	116	5	121
Others and poorly defined	29	14	43
Total	958	870	1828

the ISPs and 695 were not (Table 3) or the services they used (Table 4).

The problems most often missing from the individualized service plans related to health; the services most often omitted were non-professional in nature such as services provided by the family. We attempted to discover if case managers adhered to the same writing logic from one individualized service plan to the next. None of the 13 case managers consistently followed the same rule in drafting all of his or her individualized service plans. Nevertheless, while seven followed no rule in more than 50% of their individualized service plans, two case managers inventoried needs in more than 50% of their individualized service plans and four listed professional services.

Discussion

This qualitative study found problems with implementation of individualized service plans in an experiment in which quantitative assessment alone indicated successful implementation of the tool [19]. The PRISMA program offered a rare opportunity to highlight this aspect because it is a successful experiment of implementation of a model of integration in Quebec [19]. Moreover, this model of integration was successful in the pilot study in preventing the loss of autonomy [24]. Nevertheless, despite the fact that the charts contained individualized service plans for the most part, our analysis showed that they were rarely put to practical use and that their usefulness remained mostly theoretical. Specifically, the motivations underlying its development and use were vague when written. The clinical chart as a whole attested to real individualized planning carried out by case managers, but the individualized service plan appeared to be only an accessory in the process at best. The conceptual framework guiding the trainers [23] was based on another clientele (specifically, individuals with intellectual impairments) with needs and disabilities that remained stable over long periods of time. Moreover, the dynamic nature of the individualized service plan was not essential for this target group. The form itself was developed for planning a fairly limited number of interventions over a relatively short period of time (intervention plan derived from nursing and adapted to the care team's work). It appears limited in its usefulness over the longer term with a significant number of problems and caregivers. Consequently, the individualized service plans were primarily produced to document the chart or for administrative purposes, although they may occasionally serve a clinical purpose in summarizing the chart. Nevertheless, case managers expressed a need for a planning

tool, which they thought that the individualized service plan should have been.

It should be noted that any tool or instrument used in an integrated system often has both clinical as well as management and guidance functions. This is the case with assessment tools (*Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle* SMAF in Québec) that are tied to classification systems (case mix) (Iso-SMAF profiles [25]) and therefore used to manage resources (personnel, budget, etc.) as well as to plan services and develop integrated networks. From this viewpoint, the fact that individualized service plan information was not used for management and guidance is symptomatic of its inappropriateness for integration in its current form. When integration was being developed in Quebec, the choice of assessment tools gave rise to very serious rethinking that led to the first instrument (named CTMSP) being abandoned for failing to take into consideration certain environmental factors deemed essential for integrated networks [26].

Our results call into question the adequacy of individualized service plans as a clinical integration tool. If case manager feedback is taken into consideration, there appears to be a need to support and facilitate this complex task of individualized planning within an integrated service network. All our interviews and analyses of charts (particularly assessment conclusions and progress notes) showed a good understanding of the individualized planning task as described in the literature [9] and of training materials and case management in general, with a central role for coordination (not only in terms of time but also in consistency between interventions) and continuity of information (conciseness and accuracy). There was also an expectation that the writing task would be simplified and that the dynamic aspect of the tool would give case managers an 'instrument panel,' rapidly indicating the needs, the services in place, and those either pending or unavailable (and the solution arrived at). With such a tool, the objectives do not need to be observable behaviors with a threshold and a waiting time, but rather overall directions. That is premised on the directions being taken into account by each caregiver or team of caregivers when drafting its intervention plan (with observable or measurable objectives in each of these plans, with a timeline and threshold). Modifying the drafting guidelines in this way would respond to case managers' concerns about making the individualized service plan much more user-friendly. Moreover, it is based on an intuitive adaptation of case managers who were already using such verbs in more than 80% of cases when drafting their objectives. It could be noted in passing that an instrument panel documenting the discrepancies

between people's needs and the services actually available in the integrated network would be useful for management and guidance purposes, which is what makes it a comprehensive integration tool. Of course, certain prerequisites seem necessary. The case managers insist, in particular, on adequate training for themselves and the other network caregivers in order to develop the habit of looking for information in the individualized service plan. In this regard, computerizing the tool also appears necessary, as does improving access to the electronic tool with networks. Nevertheless it seems that even with precise rules and adequate tools, a certain degree of flexibility is necessary to achieve clinical integration.

Based on the quality criteria for qualitative research developed by Mays et al. [27], our study includes many factors making it possible to judge its validity. The qualitative methods we deployed (contextual analysis, documentary analysis and discussions) enabled us to triangulate our research methods on our objective and, through congruence analysis, increase our degree of confidence in our results. This triangulation also enables the reader to judge our level of interpretation of the corpus. The principal investigator's field is very different from that of this study. A hospital geriatrician from France, he joined the research group when the impact and implementation study was in its third year. He brought an unbiased perspective of the individualized service plan since he had no prior knowledge of Quebec's health and social services system. Indeed, while French legislation refers to the planning task in developing an assistance plan, responsibility for it never falls on a hospital physician. Such plans in France are purely social in nature and do not involve physicians. Lastly, unlike Quebec health care providers, their French counterparts have no tradition of viewing the plan and techniques for developing it as being important. The researcher's distance from the study topic and from the people who provided opinions reduces the personal and intellectual bias inherent in this type of research.

We approached the study from the standpoint developed in the literature that case managers needed individualized service plans to do their jobs. By paying particular attention to the opposite of this assumption, we came to the conclusion that the instrument currently used in the networks examined was not directly useful to case managers in their planning tasks. We also tried to get respondent validation by presenting our research results initially to small groups of professionals (case managers) and then larger groups (conference open to the public, with invitations to case managers and managers of the health and services network), and finally conferences at the provincial and

international levels. During these encounters, our results appear to have revealed the working reality of case managers, not just in the three target areas in our study but well beyond.

Our study's main limitation is that it involves a single planning tool. Nevertheless, this is the only tool recognized under the regulations governing Quebec's health and social services system. Moreover, it is structurally quite similar to tools described in various case management manuals elsewhere in the world (in particular, France [28] and the US [14]). We are not aware of other tools that have been developed and scientifically validated to help case managers with individualized planning. Our work provided food for thought in Quebec about individualized planning practices and produced recommendations about the tool's evolution [29]. The work situation is an essential part of the explanation of why a tool can be used in a task (Figure 1); nevertheless, we think that the PRISMA experiment has many strengths that make these results significant for other integration contexts. All of the study areas attempted to implement integration according to the PRISMA model defined a priori, with one of the constituent criteria being the use of the individualized service plan. Consequently, it could be considered that there was initially a certain degree of homogeneity in the implementation of each aspect of the model, including the individualized service plan. This homogeneity of intent was found in contrasting study sites (rural, semi-rural and urban). In our study, we did not examine the influence that location at one site or another may have on individualized service plan effectiveness. Conversely, practices may differ slightly anecdotally depending on instructions regarding the drafting date or systematically entering the family physician as caregiver. Moreover, while the case managers came from different professional backgrounds (social workers, nurses, psychologists), the influence of background on individualized service plans was not examined. Lastly, the fact that the case managers came from different organizations in the Quebec health and social services system (hospitals, local community service centres and community organizations, in particular) had no impact on these parameters. Consequently, our conclusions should be applicable to a very broad range of integration contexts.

Conclusion

Individualized service plans appear to constitute a significant instrument for case managers, which should help in performing individualized planning

because they are dynamic and provide for information exchange. However, the forms with five major columns (other than the date), as used in the PRISMA experiment and in other care contexts, do not appear to be satisfactory. As the result of a strong push towards implementation, there has been an increase in the number of charts containing individualized service plans. However, they do not reflect people's individual needs or the services they receive in general. Case managers' motivation in filling out such instruments is mainly administrative in nature, and the level of use by individuals and the system is low. Because of the discrepancy between the potential usefulness expected by case managers and actual use, a working committee was created by the *Ministère de la Santé et des Services sociaux* to develop concrete proposals for modifying the instrument. Should a new tool be implemented, our results emphasize the importance of providing adequate training in its use. Moreover, we consider that our qualitative methodology based on the conceptual framework of cognitive ergonomics

would be appropriate for assessing its usefulness in achieving genuine and effective clinical integration.

Acknowledgements

This project was made possible through the financial support of PRISMA, the Canadian Health Services Research Foundation, the *Ministère des Affaires Étrangères français*, as part of the *Bourse Lavoisier* program and *Assistance-Publique Hôpitaux de Paris*.

Reviewers

Henk Nies, PhD, director, Vilans, Netherlands Centre of expertise for long-term care, Utrecht, The Netherlands.

Giovanni Gambassi, Professor, MD, Catholic University of the Sacred Heart, Rome, Italy.

One anonymous reviewer.

Appendix 1. Titles of document columns used at the outset of implementation to produce individualized service plans

DATE	No.	PROBLEMS	OBJECTIVES	MEANS/INTERVENTIONS	HEALTH CARE PROVIDERS	SERVICES ALLOCATED
		What are the source and manifestation of the problem?	What is the expected outcome of the intervention?	What intervention is required to correct the problem or difficulty, and achieve the target objective?	Who will intervene?	Number of times or frequency of the intervention

Appendix 2. Sample item from the Multiclientele Assessment Tool

3. PSYCHOLOGICAL HEALTH (depressed, suicidal, paranoid, delirious, violent, manic, etc.)

Difficulties experienced or specific observations: No _____

If so, specify: _____

Comments: _____

Problem identified No — N
Yes — Y

Appendix 3. Sample item from the Functional Autonomy Measurement System

DISABILITIES		HANDICAP	
Specify, if necessary, the cause and the user's reaction to this disability.			
1. EATING			
0	Feeds self independently -0,5 With difficulty	Does the user presently have the human resources (help or supervision) necessary to overcome this disability? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Resources*: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	0
-1	Feeds self but needs stimulation or supervision OR food must be prepared or cut or pureed first		-1
-2	Needs some assistance to eat OR dishes must be presented one after another		-2
-3	Must be fed totally by another person OR has a naso-gastric tube or a gastrostomy <input type="checkbox"/> Naso-gastric tube <input type="checkbox"/> Gastrostomy		-3
Comments (e.g. technical aids used): _____			

References

- Kodner DL. The quest for integrated systems of care for frail older persons. *Aging Clinical and Experimental Research* 2002 Aug;14(4):307–13.
- Kodner DL, Kyriacou CK. Fully integrated care for frail elderly: two American models. *International Journal of Integrated Care* [serial online] 2000 Nov 1;1. Available from: <http://www.ijic.org/>.
- Johri M, Beland F, Bergman H. International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence. *International Journal of Geriatrics and Psychiatry* 2003 Mar;18(3):222–35.
- Hébert R, Durand PJ, Dubuc N, Tourigny A. PRISMA: a new model of integrated service delivery for frail older people in Canada. *International Journal of Integrated Care* [serial online] 2003 Mar 18;3. Available from: <http://www.ijic.org/>.
- Applebaum RA, Wilson NL. Training needs for providing case management for the long-term care client: lessons from the national channeling demonstration. *The Gerontologist* 1988 Apr;28(2):172–6.
- Bernabei R, Landi F, Gambassi G, Sgadari A, Zuccala G, Mor V, et al. Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *British Medical Journal* 1998 May 2;316(7141):1348–51.
- Newcomer R, Harrington C, Kane R. Challenges and accomplishments of the second-generation social health maintenance organization. *The Gerontologist* 2002 Dec;42(6):843–52.
- Tourigny A, Durand PJ, Bonin L, Hébert R, Rochette L. Evaluation of the effectiveness of an integrated service delivery (ISD) network for frail elderly. In: Hébert R, Tourigny A, Gagnon M, editors. *Integrated service delivery to ensure persons' functional autonomy*. Québec: EDISEM; 2004. p 51–71.
- Somme D, Hébert R, Bravo G, Blanchard F. Individualized service plan (ISP) concept and utilization: a review of experiments on integrated services for the elderly in Québec and elsewhere. In: Hébert R, Tourigny A, Gagnon M, editors. *Integrated service delivery to ensure persons' functional autonomy*. Québec: EDISEM; 2004. p 271–89.
- Challis D, Darton R, Johnson L, Stone M, Traske K. An evaluation of an alternative to long-stay hospital care for frail elderly patients: I. The model of care. *Age and Ageing* 1991 Jul;20(4):236–44.
- Pacala JT, Boulton C, Hepburn KW, Kane RA, Kane RL, Malone JK, et al. Case management of older adults in health maintenance organizations. *Journal of the American Geriatrics Society* 1995 May;43(5):538–42.
- Riley PA, Fortinsky RH, Coburn AF. Developing consumer-centered quality assurance strategies for home care. A case management model. *Journal of Case Management* 1992 Summer;1(2):39–48.

13. Capitman J, Sciegaj M. A contextual approach for understanding individual autonomy in managed community long-term care. *The Gerontologist* 1995 Aug;35(4):533–40.
14. Moxley DP. *The practice of case-management*. Newbury Park, CA: Sage Publications Inc; 1989. (Sage Human Services Guide: 58).
15. Genrich SJ, Neatherlin JS. Case manager role. A content analysis of published literature. *Care Management Journals* 2001 Fall;3(1):14–9.
16. Landi F, Tua E, Onder G, Carrara B, Sgadari A, Rinaldi C, et al. Minimum data set for home care: a valid instrument to assess frail older people living in the community. *Medical Care* 2000 Dec;38(12):1184–90.
17. Hébert R, Guilbeault J, Desrosiers J, Dubuc N. 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* 2001;4(9):141–7.
18. Geron SM, Chassler D. Advancing the state of the art: establishing guidelines for long-term care case management. *Journal of Case Management* 1995 Spring;4(1):9–14.
19. Hébert R, Veil A. Monitoring the degree of implementation of an integrated delivery system. *International Journal of Integrated Care* [serial online] 2004 Sep 20;4. Available from: <http://www.ijic.org>.
20. Leutz WN. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Quarterly* 1999;77(1):77–110, iv–v.
21. Montmollin M. de. *L'ergonomie* [Ergonomics]. 3rd ed. Paris: La Découverte; 1996. (Reperes 43). [in French].
22. Hébert R, Carrier R, Bilodeau A. The Functional Autonomy Measurement System (SMAF): description and validation of an instrument for the measurement of handicaps. *Age and Ageing* 1988 Sep;17(5):293–302.
23. Boisvert D. *Le plan de services individualisé: participation et animation* [The individualized services plan: participation and animation]. rev. ed. Cap-Rouge, QC: Presses Inter Universitaires; 1995. [in French].
24. Kodner DL. Whole-system approaches to health and social care partnerships for the frail elderly: an exploration of North American models and lessons. *Health & Social Care in the Community* 2006 Sep;14(5):384–90.
25. Dubuc N, Hébert R, Desrosiers J, Buteau M, Trottier L. Disability-based classification system for older people in integrated long-term care services: the Iso-SMAF profiles. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2006 Mar–Apr;42(2):191–206.
26. Comité avisur sur l'adoption d'un outil d'évaluation intégré des besoins des personnes en perte d'autonomie et de détermination des services requis, notamment en institution ou à domicile [Advisory Committee on the adoption of a tool for integrated assessment of the needs of people in loss of autonomy and determination of required services, in the institution or in community]. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2000. [in French]. Available from: <http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/index.php>.
27. Mays N, Pope C. Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. *British Medical Journal* 2000 Jan 1;320(7226):50–2.
28. Notice d'information sur l'allocation personnalisée pour l'autonomie. [Information notice on the personalized allowance for autonomy]. Paris, France: Ministère des affaires sociales, du travail et des solidarités, Ministère de la santé de la famille et des personnes handicapées; 2001. [in French].
29. Groupe de travail sur la planification des services [Working group on the planning of the services]. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2006. [in French].

Annexe 4: Exemples de PSI

Problèmes

Objectifs

Interventions

Intervenants

Fréquence

M. ne prend pas soin de son hygiène; dégage des odeurs de transpiration; ne change pas de vêtements.	Que M. ait un hygiène adéquate et porte des vêtements propres à tous les jours.	Aide au bain, stimulation pour les vêtements.	Aux. fam. Employé en privé	2x sem (mardi et vendredi) 5x sem
M. ne prend pas sa médication correctement ou oublie de la prendre complètement	Faire en sorte que M. prenne sa médication adéquatement	Surveillance et stimulation Médication doit être donnée le matin, midi, soir et au coucher.	matin et au coucher : aidante naturelle midi : employé du SED soir : employé privé	4x jour
M. se sent seul	Que M. puisse avoir une personne qui le visite régulièrement	Employé du SED gardiennage	SED	4x 2 sem et 5x 2 sem (lundi, mardi, mercredi et jeudi et 1 vendredi sur 2)
M. ne s'alimente pas bien	Alimentation plus contrôlée	Préparation de repas et accompagnement au restaurant	Déjeuner : Lait avec oeuf donné par SED Diner : Accompagnement au restaurant par SED Souper : Aidante naturelle va lui en porter ou préparation par employé privé	4x 2 sem et 5x 2 sem idem PRN
Atteinte cognitive et Inaptitude à évaluer	Que M. puisse rencontrer un gériatre	Prendre r-v avec Dr Lacombe lors de sa venue à Lac-Mégantic	Gestionnaire de cas	PRN
Épuisement de l'aidante naturelle	Que Mme puisse être supportée dans ses tâches	Suivi psychosocial	Gestionnaire de cas	PRN
Contrôler le diabète	Que l'aidante soit en mesure de prendre la glycémie	Enseignement donné pour prendre la glycémie	Infirmière maintien à domicile	1x

Exemple de PSI dans un dossier de gestion de cas (version informatisée)

PROBLEME	PROBLEME	OBJECTIFS
①	Santé physique • Reflux gastro-œsophagien • Arthrose, ostéoporose sévère • Fractures, Lombalgie chronique • Surdité bilatérale • Démence type Alzheimer	• Assurer au vif de l'état de santé de Mme. • Possibilité du contrôle de la douleur • Compenser l'incapacité • Stimulation et maintien des capacités cognitives.
②	Mme a besoin d'aide et d'encadrement pour les activités de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, entretenir sa maison...)	• Compenser les incapacités de Mme tout en la stimulant à participer (maintien des acquis)
③	Mme est dépendante pour la majorité des activités de la vie domestique (ménage, lessive, repas, courses, budget, prise de médicaments)	• Compenser les incapacités de Mme tout en évitant l'épuisement des visuels.
④	Mobilité (prothèse de hanche)	• Maintenir les acquis au niveau des transports et de la marche (éviter les chutes).
⑤	Risque d'épuisement de l'aidante naturelle.	• Offrir du support à l'aidant dans le but d'éviter l'épuisement et ainsi permettre à Mme de demeurer à domicile le plus longtemps possible.

MOYENS/INTERVENTIONS	INTERVENANTS	SERVICES ALLOUÉS	EVALUATION
• Soins médicaux	Fil de famille	Jour 3 mois à domicile	ou par téléphone
• Médication adaptée			actualisation
• Porte appareil			
• Fréquentation au Centre de jour	• inf. plus au Centre de jour • 1x/sem (cf. du mercredi)		
• Inscription aux programmes PASAD - SAD	• la fille de Mme • une fois les démarches	• Fait • mardi 14h30-16h30	
• Support quotidien	• Fille de Mme	à tous les jours.	
• Aide par autrui	• Fille	à tous les jours	
• Aide domestique	• aide privée	aux 2sem	
• Mme utilise une marche			
• Surveillance des transports	• Fille		
• Fréquentation Centre de jour	• Centre de jour	1x/sem	
• Mme est incapable de transport adapté			• aide par autrui • aide privée
• Fréquentation Centre de jour	• Centre de jour	1x/sem	
• Hébergement pas d'hébergement	• Centre de jour	• 3sem aller • au besoin	
• Programme PASAD - SAD	• Fille doit faire les démarches	• fait à Mme • fait à Mme	

Autre exemple de PSI (version manuscrite)

Annexe 5: Comparaison PSI

PSI informatisé d'une personne en gestion de cas : 3 pages, nombreuses répétitions du nom des services. Difficultés pour chacun des services à trouver ce qui est attendu de lui, difficulté pour la personne et pour tous les professionnels y compris le médecin traitant d'identifier tous les intervenant s'occupant d'un problème quoi de façon rapide.

CONFIDENTIEL **PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ** (PSI)
 Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1994

IDENTIFICATION : H/

Nom à la naissance	H/	Prénom	M/
Nom usuel		Sexe	F
Date de naissance	1922/	Âge	81
No ass. maladie (No. dossier pivot)	I	NAS	
Expiration	2006-09		
Numéro de dossier CLSC	:	Lien vers la fiche d'identification	
Intervenant pivot (nom, prénom)	G		
Numéros de dossier complémentaires		Profil de l'usager	710- Usager en perte d'autonomie

Adresse permanente

Code postal	Téléphone	Courriel
Adresse temporaire		
Code postal	Téléphone	

PROFIL D'INTERVENTION

Profil d'intervention :

PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ

Problèmes Besoins	Objectifs	Moyens Interventions	Intervenants Services	Services Fréquence	Commentaires
1- Santé physique: - Démence mixte modérée (Alzheimer et Vasculaire) - MVAS; HTA; Arthrose multifacettaire; Dyslipidémie; Chx tunnel carpien; Chx cataracte drte en 2002.	Assurer un suivi régulier de l'état de santé de Mme	Suivi par médecin de famille	Dr Ri	Aux 3 mois environ ou au besoin	
		Suivi par médecin spécialiste	Dr L urologue	Prochain rendez-vous en mars 2004 ou au besoin	
		Prises de sang	Clinique médicale des Cantons par infirmière en privé	Selon besoin	
		Suivi infirmier: prise de tension artérielle	A- Di inf. Centre de jour B- H infirmière a la retraite et voisine de Mme engagée en privé	A- 1 fois/mois ou au besoin B- Aux 2 jours ou au besoin	
2- Risque de développer des hallucinations et propos délirants selon l'évolution de la	Assurer un suivi en gérontopsychiat rieauprès de Mme	Référence possible au Dr Jean-François Trudel ainsi qu'au suivi infirmier gérontopsychiatrique de l'IUGS	Dr Ri	À la demande du médecin de famille	

démence					
3- Problèmes cognitifs tels que: - Diminution de la mémoire - Problème d'orientation; de compréhension; de jugement et de comportement	Éviter une détérioration des fonctions cognitives	Fréquentation du Centre de jour par le programme "Stimul'action"	D' [redacted] responsable au Centre de jour	1 jour/sem. (mercredi)	
4- Difficultés dans les activités de vie quotidienne (AVQ): - Se nourrir	Compenser les incapacités	Stimulation nécessaire pour cet activité	Époux	Au quotidien	
- S'habiller	Compenser les incapacités sans épuiser l'aidant naturel	Stimulation nécessaire	- Époux 2 fois/sem. - Hélène Hallé 3 fois/sem. - AFS du CLSC les matins des bains (2 bains/sem.)	Au quotidien	
- Se laver	Compenser les incapacités sans épuiser l'aidant naturel	A- Stimulation nécessaire pour l'hygiène partielle - B- Aide au bain	A- Hé [redacted] est engagée 3 matins/sem. - Époux 2 matins/sem. B- Les auxiliaires familiales et sociales du CLSC	A-total: 5 matins/sem. - B- 2 bains: le samedi et le mardi am est demandé	
- Entretien de sa personne (pédicure)		Aide nécessaire	Employée au privé	Aux 6 à 8 semaines	
- Incontinence vésicale occasionnelle	Éviter les incontinences vésicales	- Utilisation d'un minuteur pour se donner une routine régulière et utilisation de culotte d'incontinence	Madame H [redacted] et son époux	Au quotidien	
- Incontinence fécale occasionnelle	Éviter les incontinences	- Utilisation de culotte d'incontinence	Madame H [redacted] et son époux	Au quotidien	
5- Difficultés dans les activités de vie domestique (AVD): - Entretien ménager	Compenser les incapacités tout en préservant les acquis chez Mme	A- Aide extérieure nécessaire pour entretien - - B- Le couple paye 30.00\$/sem. pour venir vider/emplir le lave-vaisselle	A- CLSC paye la Coopérative de services à domicile par le programme SIMAD. L'employée est: Lc [redacted] Bla [redacted] B- Voisine Hé [redacted]	A- 3h00 par sem. - - B- Presque tous les jours	
- Préparation de repas		Aide nécessaire	A- Époux par confection achat de nourriture ou Restaurant B- Popote roulante - C- Employée de la Coopérative de services à domicile	A- Lorsque sa santé le permet - B- À l'occasion (env. 1 fois/ms) - C- Durant le 3h00 par semaine	
- Lessive		Aide partielle	L'employée le la Coopérative de services à domicile le fait lorsque Mme n'est pas en mesure de la	Lorsque requis	

- Courses; Médication & budget		Aide totale d'autrui	Époux	Lorsque requis	
- Transport		Appel au transport adapté de la STS et aider Mme à y monter.	Époux et la STS	Lorsque requis	
6- Problème de mobilité; Douleur au genou droit; boiterie et trouble d'équilibre	Améliorer la mobilité et maintenir les acquis	Traitement de physiothérapie	Da physiothérapeute Centre de jour	En liste d'attente au Centre de jour	
7- Peurs multiples vécues par Mme	Favoriser pour Mme un environnement sécurisant et routinier	- Multiplier les interventions sécurisantes - Instaurer une routine - Utiliser une approche douce, ferme et non-contraignante	Tous les intervenants	En tout temps	
8- Difficulté de communication	Permettre à Mme qu'elle puisse se faire comprendre en toutes occasions	Aide de la famille	Membres de la famille	Lorsque requis	
9- Risque d'épuisement de l'époux	Apporter du support pour éviter l'épuisement chez l'époux	Gardiennage possible lors de la présence de l'employée de la Coopérative de services à domicile occupée à certains travaux (AVD)	Employée de la Coopérative de services à domicile	Durant le 3h00 par sem.	
		Ajout d'heures de gardiennage	Da gestionnaire de cas	Demande sera faite au CAS le 18-12-2003	
		Fréquentation du Centre de jour (mercredi) pour Mme	Di Centre de jour	1 jour/sem.	
		Participation de M. Lapiere aux discussions faites par le Centre de jour pour les aidants naturels	Di Centre de jour	Selon le calendrier	
		Utilisation du programme PASSAD de la société d'Alzheimer de l'Estrie depuis août 2003	Isat responsable	Présence de la bénévoles le mardi pm pour 4h00 par sem.	
		Visite quotidienne de la voisine, Hél' engagée en privé	Hé voisine	Au quotidien	
		Informations sur les différents programmes de répit dans le réseau : - Augmentation de l'aide à domicile - Hébergements temporaires - Hébergement permanent	Dar gestionnaire de cas	À la demande de l'époux ou de la fille Line Lapiere	

--	--	--	--	--	--

DATE DE RÉVISION

Nom du professionnel (nom, prénom)	Sous-service	Revision prevue le	Intervenant(e) principal(e) (nom, prénom)
V	Vac	2004/06/05	Va

*Date de l'intervention : 2003/12/19

Signature du professionnel : D

Signature du coordonnateur :

Signature de l'utilisateur ou du répondant :

Établissement : CLSC de Sherbrooke

Service : Gestion de cas

PSI réalisé à l'aide du nouvel outil proposé et contenant strictement les mêmes informations que le PSI précédent : 1 page, chaque service et chaque besoin n'est identifié qu'une seule fois, chaque service peut identifier les services qu'il est censé apporter (si ce n'est pas ou plus le cas charge à lui d'en informer le gestionnaire de cas). Tout intervenant identifie assez vite quels sont les intervenants agissant sur tels ou tels besoins (à l'aide des numéros).

PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ (PSI) 1/2

Informations sur la personne

signature de la personne :

Nom Prénom Age	Nom (en majuscule)	Prénom	Age
La date de formulation ou de modification du PSI ;	date (jj/mm/aa)		
Le nom du rédacteur et son numéro de poste	Nom (en majuscule)	N° poste (8chiffres sans espace)	
La date de la plus récente « évaluation des besoins » ;	date (jj/mm/aa)		
La date prévue de la réévaluation des besoins ;	date (jj/mm/aa)		
Le nom du médecin traitant	Nom (sans titre)	N° poste (8chiffres sans espace)	
Le régime de protection ;			
Le nom et les coordonnées de proches aidants lorsque requis	Nom (1)	N°tél	
	Nom (2)	N°tél	
Autres informations éventuellement utiles à la planification	texte libre		

P	Besoins	Orientations
	Santé Soins Médicaments Démence miste traitée, MVAS, Arthrose, Dyslipidémie, HTA	1 maintenir
	Santé Soins Médicaments Suivi spécialisé incontinence	2 poursuivre
	Mobilité Perte de mobilité	3 améliorer
	AVQ Besoin d'aide pour se laver, stimuler habillage	4 compenser
	AVQ Pédicurie	5 compenser
	AVD Besoin d'aide pour entretien ménager	6 compenser
	AVD Besoin d'aide pour les repas	7 compenser
	Conditions économiques, Environneme Besoin d'aide pour payer les services	8 compenser
	AVD Besoin d'aide pour le transport	9 compenser
	Situation psychosociale Besoin de répit pour aidant	10 compenser
	Situation psychosociale Besoin de soutien de l'aidant	11 compenser
	Situation psychosociale Anxiété généralisée	12 améliorer
	Santé Soins Médicaments Protocole d'incontinence urinaire	13 appliquer

Services alloués/ Apport des proches aidants

Orientations

Dr R, Médecin de famille, 000 0000, 1 fois/3 mois	01:12
Centre de jour, 000 0000, 1 fois/sem (merc)	1:3;10;11;12
Mme H, Ressource privée, 000 0000, 3 fois/sem (l;merc;v)	4;6;12;13
Aux famil sociale du CLSC, 000 0000, 2 fois/sem (mard;s)	4;6;12
Mme M, Ressource privée, 000 0000, 1 fois/8sem	5;12
Epoux	12;13
Entrep A Domicile, 000 0000, 1fois/sem (j) 3h	6;7;10;12
Programme "sous" du CLSC, x\$/sem (=3h Entrep A Dom)	8;12
Popotte roulante, 000 0000 (1/mois)	7;10;12
Transport adapté CLSC, 000 0000, sur demande et CdJ	9;12
Bénévole Association Alz, 1fois/sem (mard pm 4h)	10;11;12

PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ (PSI) 2/2

Démarches et services ponctuels

Orientations

Dr L, Spécialiste uro, 000 0000, mars 2004	2
--	---

Analyse de besoins non comblés

Besoins non comblés	Cause de l'écart	Solutions	Date de résolution de l'écart
8 Payer + d'heure de gardiennage	En cours	Prog "sous" CLSC	
3 Physiothérapie au CdJ	Liste d'attente	Physiothérapie CdJ	

Commentaires libres

(si fréquence= au besoin définir ici la stratégie de repérage du besoin)

Annexe 6: Prisma France : programme d'implantation d'une innovation dans un système de soins et de services aux personnes en perte d'autonomie. Adaptation d'un modèle d'intégration basé sur la gestion de cas

ARTICLE ORIGINAL

Prisma France* : programme d'implantation d'une innovation dans un système de soins et de services aux personnes en perte d'autonomie. Adaptation d'un modèle d'intégration basé sur la gestion de cas[☆]**Prisma France: Implementation program of an innovation in health and services system for disabled people. Adaptation of a case-management based integration model**

D. Somme^{a,*}, H. Trouvé^a, Y. Couturier^b, S. Carrier^b, D. Gagnon^b, B. Lavallart^c, R. Hébert^d, C. Cretin^c, O. Saint-Jean^a

^a Service de gériatrie, hôpital européen Georges-Pompidou, 20–40, rue Leblanc, 75908 Paris cedex 15, France

^b Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada

^c Direction générale de la santé, ministère de la Santé et des Solidarités, Paris, France

^d Faculté de médecine et des sciences de la santé, université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada

Reçu le 9 mai 2007 ; accepté le 15 novembre 2007

Disponible sur Internet le 21 février 2008

Abstract

Background.- The French health and services system to maintain at home is characterized by its fragmentation, whereas the need of the people for intervention is generally total. This fragmentation have consequences: delay in services delivery, inadequate transmission of information, redundant evaluation, service conditioned by the entrance point solicited rather than by the need of the person and inappropriate use of expensive resources by ignorance or difficulty of access to the less expensive resources.

Presentation of the innovation.- The purpose of integration is to improve continuity of interventions for people in loss of autonomy. It consists in setting up a whole of organisational, managerial and clinical common tools. Organisational model "Projet et Recherches sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie" (Prisma) tested in Quebec showed a strong impact on the prevention of the loss of autonomy in term of public health on a population level. This model rests on six principal elements: partnership, single entry point, case-management, a multidimensional standardized tool for evaluation, an individualized services plan and a system for information transmission.

Contextual analysis.- Thus, it was decided to try to implement in France this organisational model. The project is entitled Prisma France and is presented here. The analysis of the context of implementation of the innovation which represents integration in the field of health and services for frail older reveals obstacles (in particular because of diversity of professional concerned and a presentiment of complexity of the implementation of the model) and favourable conditions (in particular the great tension towards change in this field).

[☆] L'étude Prisma France est financée par le ministère de la Santé et des Solidarités (Direction générale de la santé), par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et par le régime social des indépendants.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : dominique.somme@egp.aphp.fr (D. Somme).

Conclusion.- The current conditions in France appear mainly favourable to the implementation of integration. The establishment of Prisma model in France requires a partnership work of definition of a common language as well on the diagnoses as on the solutions. The strategic and operational dialogue is thus a key element of the construction of integration. This stage currently occurs in parallel in three areas contrasted in France. The results of associated qualitative research should make it possible to define the factors fostering or hindering the realization of integration according to each site (analyzes contrasted) and in all the sites (related to the particular context of care and French services as a whole). © 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Résumé

Position du problème.- Le dispositif français de maintien à domicile se caractérise par sa fragmentation alors que le besoin d'intervention des personnes est le plus souvent global. Cette fragmentation pose problèmes : délai d'obtention des services, transmission inadéquate d'informations, évaluations redondantes, prestation conditionnée par le point d'entrée sollicité plutôt que par le besoin de la personne et utilisation inappropriée de ressources coûteuses par méconnaissance ou difficulté d'accès aux ressources moins coûteuses.

Présentation de l'innovation.- L'intégration a pour but d'améliorer la continuité dans l'intervention auprès des personnes en perte d'autonomie. Elle consiste à mettre en place un ensemble d'outils organisationnels, gestionnaires et cliniques communs. Le modèle « Projet et Recherches sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie » (Prisma) expérimenté au Québec a montré un impact fort sur la prévention de la perte d'autonomie en termes de santé publique au niveau populationnel. Ce modèle repose sur l'implantation de six outils et mécanismes : la concertation, le guichet unique, la gestion de cas (case-management), le choix d'un outil d'évaluation multidimensionnel standardisé valide, le plan de services individualisé et un système de partage d'information.

Analyse contextuelle.- Un projet d'expérimentation d'implantation de ce modèle organisationnel a été lancé en France. L'article présente l'ensemble du projet, intitulé Prisma France. Dans une problématique portant sur les conditions d'implantation de l'innovation que représente l'intégration, dans le domaine des soins et services aux personnes âgées, l'analyse de contexte réalisée semble faire apparaître des obstacles (notamment du fait de la diversité des intervenants concernés et de la complexité pressentie d'implantation du modèle) et des conditions favorables (notamment en rapport avec une grande tension vers le changement).

Conclusion.- Les conditions actuelles en France paraissent en grande partie favorables à l'implantation de l'intégration. L'implantation du modèle Prisma en France nécessite un travail partenarial de définition d'un langage commun tant sur les diagnostics que sur les solutions. La concertation stratégique et opérationnelle est ainsi un élément clef de la construction de l'intégration. Cette étape se produit actuellement en parallèle dans trois régions contrastées en France. Les résultats de la recherche qualitative associée au projet devraient permettre de définir les facteurs favorisant ou entravant la réalisation de l'intégration selon chaque site (analyse contrastée) et dans tous les sites (liés au contexte particulier de soins et de services français dans son ensemble).

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Keywords: Integration; Case management; Innovation; Frail older

Mots clés : Intégration ; Gestion de cas ; Innovation ; Personnes âgées fragiles

I. CONTEXTE

I.1. Complexité de l'offre de service en France

Les systèmes de maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie en France vivent une croissance importante de leur activité. Cela résulte de l'évolution démographique et des dispositifs réglementaires récents (notamment l'Allocation personnalisée à l'autonomie [APA]) ayant entraîné une meilleure capacité des personnes cibles à contribuer aux coûts des services. De façon parallèle, la multiplicité des types d'aide s'accroît, entraînant parfois des situations de coordination complexes. Ainsi, en moyenne, les bénéficiaires de service à domicile reçoivent des soins ou de l'aide de la part de trois intervenants, informels ou professionnels et 25 % des plus dépendants d'entre eux perçoivent de l'aide de six intervenants ou plus [1]. De plus, les parcours des personnes âgées les plus dépendantes sont caractérisés par des épisodes successifs de soins en institutions hospitalières en alternance avec des

épisodes de soins à domicile. Par ailleurs, l'augmentation constante du nombre de bénéficiaires de l'APA (+ 7 % par an depuis 2003) plus importante que celle de l'ensemble des personnes âgées de 75 ans et plus (+ 3 % en 2005) [2] se répercute sur le nombre de cas moyen traités par les équipes médicosociales (ou plus souvent l'assistante sociale seule) en charge des dossiers d'APA et donc sur leur capacité à faire un suivi attentif des situations les plus difficiles de maintien à domicile.

Outre ces données démographiques et épidémiologiques, le domaine du maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie est caractérisé par une difficulté sémantique, à savoir l'absence de définition précise du champ de compétence des aides sociales et sanitaires, comme l'a mis en exergue la Cour des comptes [3]. Ce défaut de définition est illustré notamment par des confusions relatives aux périmètres territoriaux d'intervention : les dispositifs réglementaires sont essentiellement pilotés directement au niveau départemental, tandis que l'aide est le plus souvent délivrée localement, par des

prestataires du secteur associatif. En atteste également, un cloisonnement entre les prestataires principalement sanitaires (du type service de soins infirmiers à domicile) et ceux principalement du secteur social ou médicosocial. Ce manque de délimitation des champs de compétence et d'intervention des acteurs sanitaires, sociaux et médicosociaux, entraîne une multiplicité des acteurs, répondant potentiellement à des logiques plurielles de droit d'accès aux services. En raison de la fragmentation des procédures de régulation de l'offre de service, chaque acteur se trouve en position de coordination partielle, ce qui a pour conséquence la réalisation d'évaluations multiples répondant à une pluralité de parcours clinicoadministratifs. L'éclatement du système de prise en charge est renforcé par le fait qu'aucun outil d'évaluation standardisé des besoins n'a fait l'objet d'un large consensus et n'a pu s'imposer.

Plusieurs dispositifs ont été mis en œuvre au cours des 20 dernières années en France pour tenter de répondre au manque de coordination, parmi lesquels : les centres locaux d'information et de coordination (Clic) et les réseaux de soins gérontologiques. Les Clic et les réseaux de soins ont permis des avancées notables de la coordination des soins et des services aux personnes âgées en perte d'autonomie via des mécanismes de communication permettant une identification plus exhaustive du continuum de services sociosanitaires, facilitant ainsi l'accès à l'information et donc à la prestation. Cependant, les domaines d'intervention des Clic et des réseaux de soins gérontologiques restent cloisonnés, principalement sociaux pour les premiers, principalement sanitaires pour les seconds et surtout indépendants des équipes médicosociales chargées de l'APA. De plus, il n'existe pas de liens systématiques avec l'ensemble des autres acteurs, dont les médecins traitants, les hôpitaux et les services d'hospitalisation à domicile. Ces deux dispositifs sont certes porteurs d'un important potentiel de coordination, mais ils rencontrent un certain nombre de contraintes, parmi lesquelles on compte la faiblesse de leurs ressources, le fait que l'un et l'autre ne couvrent pas toujours le même territoire (ce qui entrave une approche territorialisée forte), l'absence d'outils d'évaluation commun et l'absence de système d'information partageable. Mais plus fondamentalement, cette difficulté découle du fait que, si tous les acteurs institutionnels reconnaissent la valeur ajoutée de la présence de ces deux dispositifs, cette reconnaissance n'a pas permis l'attribution d'une prérogative spécifiée, voire unique, en matière de coordination des soins et services d'aide à domicile.

1.2. L'intégration, la coordination et la continuité

L'intégration des services articule différentes dimensions de la coordination et peut se réaliser suivant diverses modalités. Elle a pour objectif premier une meilleure continuité des services autour de la personne âgée en perte d'autonomie, elle-même composante de la qualité des services [4]. Dans cette perspective, des modèles d'intégration des services et des soins ont été développés pour améliorer la continuité, l'efficacité et l'efficience des services, particulièrement pour les populations âgées et/ou handicapées. Kodner et Kyriacou définissent l'intégration comme « un ensemble de techniques et de

modèles d'organisation conçus pour la transmission d'information, la coordination et la collaboration à l'intérieur et entre les secteurs de traitement et de soins, les prestataires de services et de soins et les secteurs administratifs ou financeurs » [5]. Selon Leutz, il existe trois niveaux d'intégration : la liaison, la coordination et la pleine intégration [6].

La liaison correspond au niveau le plus faible de l'intégration. Les organisations définissent des protocoles de transferts de compétence ou de collaboration pour répondre aux besoins des personnes. Toutes les organisations demeurent indépendantes sur le plan opérationnel et dans leur relation à leur hiérarchie ou tutelle. Ce niveau d'intégration est illustré en France par le système mis en place à travers les Clic. Alors qu'il peut exister des modèles de liaison systématique (établissement de protocoles interinstitutionnels prescrivant des procédures de liaison ou système de requêtes automatisé, par exemple), le système des Clic constitue le plus souvent une modalité non systématique de liaison. Les fonctions premières des Clic sont d'ailleurs d'informer la population et les professionnels quant aux services offerts et d'animer des activités de promotion d'une meilleure coordination auprès des divers acteurs institutionnels.

À l'autre extrémité, le niveau le plus élevé d'intégration est dit modèle d'intégration complète. Il s'agit d'un modèle niché, dans le sens où une organisation fournit à ses usagers le continuum de services dont ils auront besoin, en contractant éventuellement certains de ceux-ci avec des prestataires extérieurs. Ce modèle est illustré par le projet On-lok en Californie qui fut répliqué, par la suite, au niveau de plusieurs états des États-Unis dans le programme PACE [7]. Ce modèle d'intégration niché a également inspiré le projet SIPA au Québec [8,9]. D'autres expérimentations s'en rapprochent comme l'organisation des soins intégrés en Italie (Rovereto) [10] et au Royaume-Uni (Darlington) [11]. En France, ce modèle est fréquemment utilisé comme référence par les réseaux de soins gérontologiques soutenus, jusqu'en 2007, par les dotations régionales de développement des réseaux, même si, à notre connaissance, aucun réseau ne semble atteindre ce niveau d'organisation dans les faits.

Dans le cas de la coordination, les différentes structures parties prenantes mettent en place des mécanismes pour trouver des solutions aux problèmes de discontinuité intra et inter organisations. Le travail commun mené par les structures partenaires vise la mutualisation de certaines de leurs compétences et prérogatives respectives, déplaçant de la sorte les frontières des différents champs d'action sanitaires et sociaux et entraînant de profondes modifications des parcours cliniques. Trouver la solution adéquate aux besoins de chaque personne de la population ciblée est de la responsabilité de l'ensemble des partenaires. Pour la personne âgée, son représentant est le gestionnaire de cas dont le rôle est central. Le gestionnaire de cas a pour mandat, par-delà les logiques institutionnelles particulières, de veiller à ce que la personne âgée ait les services requis au niveau clinique et ce, peu importe leur provenance. Le système intégré est ici véritablement imbriqué au système des soins et services d'un territoire et donc, le modifie de façon durable. Ce type de modèle peut être,

dans un certain nombre de dimensions, rapproché de certaines Social and Health Maintenance Organisation (S/HMO) aux États-Unis, notamment celles de grande taille et desservant un grand territoire (tels que Kaiser Permanente). Bien que plus proches par nature du modèle d'intégration complète, l'importance relative de ces grosses S/HMO (en termes de moyens humains, matériels et financiers) dans le système de services et d'aide leur permet de s'approcher du modèle de coordination. L'efficacité de l'organisation Kaiser Permanente se compare favorablement à celle du système de soins national du Royaume-Uni (NHS) générant par exemple une utilisation 3,5 fois moindre des lits d'aigus pour 11 pathologies fréquentes tels que l'AVC ou l'insuffisance respiratoire, du fait du recours rapide à des ressources alternatives par les gestionnaires de cas [12]. La qualité des soins mesurée par une meilleure adhésion aux standards acceptés est également améliorée : le taux de patients coronariens recevant des bêtabloquants passe de 44 à 76 % en six ans (1996–2002), celui des patients en insuffisance cardiaque recevant un inhibiteur de l'enzyme de conversion augmente de 14 %, l'utilisation de corticoïdes inhalés chez les patients asthmatiques, augmente de 13 %, le contrôle de la PA chez les patients coronariens augmente de 10 %, etc. [13]. Sur cette même période de six ans, une diminution de certaines consommations de soins notamment en urgence a été enregistrée (– 15 % pour les visites aux urgences des patients atteints de maladie coronaires, – 11 % pour ceux atteints d'insuffisance cardiaque, – 18 % pour ceux atteints de diabète, – 25 % pour ceux atteints d'asthme) [13]. Néanmoins, à la lecture des rapports concernant les expériences de coordination, il est souvent difficile de connaître précisément les facteurs de ces expériences explicatifs (ou causaux) de ces impacts de santé publique. C'est pourquoi, le projet Prisma au Québec a cherché à modéliser les éléments d'un « modèle d'intégration de type coordination » avant d'en évaluer l'implantation et l'impact de façon quasi expérimentale [14].

1.3. Prisma : évaluation d'un modèle innovant d'intégration des soins et des services pour les personnes âgées en perte d'autonomie basé sur la gestion de cas

Prisma a permis l'analyse de l'implantation et de l'impact de l'expérience la plus typique d'un modèle de co-ordination selon la définition de Leutz [6]. Selon ce modèle, l'intégration se réalise lorsque sont mis en place les mécanismes et les outils d'intégration suivants [14] :

- la concertation des décideurs et des gestionnaires au niveau régional, local et clinique ;
- le processus de gestion de cas ;
- le point d'accès unique ;
- l'utilisation d'un outil d'évaluation standardisé avec un système de classification ;
- l'utilisation de plans de services individualisés ;
- l'utilisation d'un dossier clinique informatisé ou partageable.

Ces outils et mécanismes d'intégration sont envisagés comme point de repère du système d'intégration. Leur mise en

œuvre opérationnelle est variable, adaptée aux configurations territoriales afin d'en assurer l'implantation réelle. Cette flexibilité des modalités pratiques d'application des outils et mécanismes d'intégration susmentionnés permet au modèle de s'implanter dans différents contextes de soins et de services [15].

Une première expérimentation relative à ce modèle de coordination a été menée à la fin des années 1990 dans une région de Mauricie-Centre du Québec appelée « Bois-Francs ». Dans cette étude, deux cohortes de sujets dans les zones d'étude ($n = 272$) et de comparaison ($n = 210$) ont été suivies et évaluées annuellement pendant trois ans [16]. Les résultats tant concernant les personnes [17] que sur le système de santé et des services aux personnes âgées [18] ont été jugés extrêmement favorables.

Fort de cette expérimentation et après modélisation du système de coordination, le groupe Prisma¹ a mis en place une étude de réplcation et d'impact de ce modèle. Pour mesurer l'implantation, des méthodes qualitatives ont été utilisées en pratiquant une triangulation des données (corpus d'entretiens individuels, focus groups, analyses documentaires et observations participatives). Ces données qualitatives ont été résumées et opérationnalisées dans un score attribuant un nombre de points prédéfinis à chacune des six composantes du modèle. Le total étant sur 100, le score correspond au « taux d'implantation » du modèle [19]. Il a ainsi été montré que le modèle est reproductible dès lors que le taux d'implantation dépassait 70 %. L'impact a été mesuré par une étude de cohorte contrôlée. Le modèle de coordination Prisma était proposé dans trois zones expérimentales. On a choisi par ailleurs trois zones de comparaison ayant une structure sociosanitaire comparable (population, urbanisme et distance à l'hôpital notamment) où le modèle n'était pas présenté. Dans chaque zone, un échantillon aléatoire de personnes a été sélectionné sur la liste de la régie de l'assurance maladie du Québec. Après une présélection par questionnaire postal des personnes âgées les plus fragiles et acceptation de leur part, une évaluation était réalisée au domicile de la personne, le suivi était effectué par téléphone tous les deux mois et en personne tous les 12 mois. Le critère principal de jugement est un critère combiné : déclin fonctionnel, décès ou institutionnalisation [14]. Sur ce critère, les analyses ont montré une réduction de 7 % de la perte d'autonomie en faveur du groupe expérimental avec un effet seuil autour de 70 % d'implantation du modèle ($p = 0,03$). D'autres résultats ont été également mesurés dès le début de l'implantation, c'est-à-dire sans effet seuil : le recours aux

¹ Prisma est une équipe multidisciplinaire où chercheurs et gestionnaires du ministère et des agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux collaborent aux prises de décisions scientifiques et stratégiques. Prisma a été financé par la fondation canadienne de recherche sur les services de santé en partenariat avec le fonds de la recherche en santé du Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke et 5 agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (Estrie, Laval, Mauricie-Centre du Québec, Montérégie et Québec).

urgences (probabilité d'une visite aux urgences/an 45 % stable, $p = 0,35$ pour l'évolution) et aux hospitalisations (probabilité d'une hospitalisation dans l'année 30 % stable, $p = 0,7$ pour l'évolution) restait stable dans les zones expérimentales, alors qu'il augmentait de façon significative au cours du temps dans les zones témoins (de 30 à 50 % pour la probabilité d'une visite aux urgences, $p < 0,001$ et de 28 à 32 % pour la probabilité d'hospitalisation, $p = 0,03$).

Les individus des zones expérimentales ont ressenti une augmentation significative de leur niveau de satisfaction par rapport aux soins et services de santé (vis-à-vis des prestations, $p < 0,001$; de l'organisation, $p < 0,001$ et globalement, $p < 0,001$). L'autonomisation des personnes (niveau de contrôle et implication) augmentait également en faveur des zones expérimentales ($p < 0,001$) [20].

2. IMPLANTER L'INNOVATION EN FRANCE : ADAPTATION DU MODÈLE D'INTÉGRATION PRISMA

Les résultats probants de l'implantation du modèle Prisma et le caractère flexible de sa mise en œuvre pratique ont rendu possible un projet expérimental d'implantation en France sur trois zones géographiques, ci-dessous appelées « sites expérimentaux » et correspondant environ à la notion réglementaire française d'un « bassin de vie ». Tous les mécanismes et outils d'intégration du modèle doivent être adaptés au contexte de soins et d'aide particulier français et, comme cela a été le cas au Québec, adaptés de façon plus fine encore au contexte local (des informations détaillées sont disponibles sur le site Internet suivant : www.longuevieetautonomie.com).

Ce projet expérimental, qui a débuté en janvier 2006, a été rendu possible grâce à la concertation d'un certain nombre d'acteurs du plus haut niveau décisionnel. Cette concertation a réuni les instances centralisées de l'État (ministère), la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), les principales caisses d'assurance maladie et la mutualité française, soient une grande partie des bailleurs de fonds des services de maintien à domicile. Aboutissant à une appropriation des principes et mécanismes d'intégration, cette concertation a porté sur les conditions de pérennité, parmi lesquelles la nécessaire adaptation du modèle aux contextes locaux.

2.1. La concertation des acteurs : mise en œuvre de procédures partenariales

La concertation renvoie à l'existence de partenariats entre les acteurs:

- stratèges et financeurs (au niveau national et départemental) ;
- « opérationnels » correspondant à un niveau gestionnaire tactique (local) ;
- prestataires de services et de soins (présents autour de la personne au plan clinique).

Les mécanismes de concertation, notamment par des réunions et des prises de décisions collectives visent à définir

conjointement les modalités organisationnelles et financières de la mise en œuvre du système d'intégration.

En France, le niveau de responsabilité politique et financière en matière de services aux personnes en perte d'autonomie est le département. Les conseils généraux mettant en place leur politique de services aux personnes âgées en perte d'autonomie avec différents acteurs opérationnels, ces acteurs doivent eux aussi y être associés. La mise en œuvre à ce niveau d'un partenariat stratégique sur chaque site expérimental est une condition opératoire d'implantation. Cette condition, nécessaire mais non suffisante pour la réussite de l'implantation du modèle, se comprend par les fonctions du partenariat stratégique, à savoir :

- définir une politique globale de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie au niveau du territoire ;
- définir les modalités de partenariats entre les structures et les acteurs et préciser le processus d'évolution de ces modalités ;
- définir les mécanismes de financement des gestionnaires de cas ;
- donner une légitimité territoriale à l'action des gestionnaires de cas ;
- suivre le développement des actions des gestionnaires de cas et identifier les points bloquants et les besoins en services.

Sur chaque site expérimental, les acteurs doivent, eux aussi, disposer d'une structure de partenariat afin de réaliser, au niveau local, les orientations prises au niveau stratégique et, inversement, afin que le niveau stratégique ait des informations provenant de façon globale du partenariat opérationnel et non seulement les informations fragmentaires des services sous la tutelle de chaque décideur. Le partenariat à ce niveau vise à :

- définir les modalités et les moyens de fonctionnement du système de soins et de services intégrés ;
- mettre en œuvre le guichet unique d'accès à la gestion de cas, les critères précis d'admission et éventuellement de clôture de la gestion de cas ;
- identifier les personnes pouvant être gestionnaires de cas ;
- définir les procédures de partage d'information ;
- donner une légitimité locale d'intervention aux gestionnaires de cas.

2.2. Le processus de gestion de cas

Plus encore que des mécanismes organisationnels, la cohérence entre les soins des différents intervenants sanitaires et leur articulation avec les acteurs sociaux, d'une part, la continuité des soins et services délivrés, d'autre, part, ont une dimension relationnelle importante [21]. C'est la raison pour laquelle la Cour des comptes [3] propose la promotion d'un système de correspondant unique de la personne pour la coordination des soins et des services. C'est ce même constat de la nécessité de mettre en relation les personnes fragiles avec une seule personne responsable de l'organisation de leur plan de soins et d'aides qui est à l'origine du concept de gestion de cas.

Le gestionnaire de cas est le correspondant unique des intervenants pour la coordination des soins et des services, aussi bien pour les champs d'action sociale que sanitaire. Pour toute personne relevant de la gestion de cas, le gestionnaire de cas :

- réalise à domicile une évaluation des besoins sanitaires et sociaux de la personne pour confirmer ou infirmer le recours à la gestion de cas et définir le plan d'aide ;
- assure le rôle de personne ressource coordinatrice ;
- planifie les services nécessaires ;
- fait les démarches pour l'admission de la personne à ces services ;
- assure un suivi de la réalisation des services planifiés ;
- organise le soutien et coordonne les différents intervenants impliqués ;
- assure une révision périodique du plan de services individualisé.

Pour réaliser ces tâches, la pertinence de limiter le nombre de dossiers traités en gestion de cas a été démontré [22]. Des précédentes études menées, il ressort en effet que le nombre optimal est de 40 cas actifs maximum par gestionnaires de cas [19]. Il s'agit donc d'un niveau intensif d'intervention. Les gestionnaires de cas, dans le modèle Prisma tel qu'implanté au Québec, étaient issus des différentes structures sanitaires et sociales [14]. Il s'agissait de personnes ayant des compétences initiales aussi bien sociales que sanitaires. Le candidat devenait gestionnaire de cas à l'issue d'une formation spécifique, mais sa culture professionnelle d'origine enrichissait ainsi l'équipe de gestion de cas de son savoir-faire dans une perspective d'inter-, voire de transprofessionnalité [23]. En France, ce champ professionnel est nouveau et semble pouvoir correspondre à des travailleurs sociaux ou à des infirmiers coordonnateurs. Quel que soit leur formation initiale, une formation complémentaire est nécessaire.

2.3. Le point d'accès unique

Le point d'accès unique est défini comme le lieu de convergence des demandes d'accès à la gestion de cas. Il s'agit d'un levier important de la mise en œuvre du modèle, notamment en raison de sa visibilité pour les personnes âgées, elles-mêmes, et leur entourage qui n'ont plus à chercher eux-mêmes à de multiples points d'accès les services que leur situation requiert. Pour les mêmes raisons, ce point d'accès unique peut faciliter également la tâche de nombreux professionnels. La mise en œuvre de ce point d'accès est un enjeu d'équité dans la mesure où toutes les demandes sont traitées selon les mêmes procédures. L'accueil et l'information complètent les missions de ce point d'accès unique que la personne soit éligible à la gestion de cas ou non. L'efficacité de ce point d'accès sous-entend la centralisation des demandes, la coordination de l'accès, l'actualisation de la connaissance de l'offre de soins et services ainsi qu'un système d'évaluation commun et standard des besoins. En France, un renforcement des Clic pourrait éventuellement permettre d'instituer un tel guichet unique.

2.4. L'utilisation d'un outil d'évaluation multidimensionnelle standardisé avec un système de classification

L'utilisation d'un outil d'évaluation standardisé permet un diagnostic partagé et compréhensible pour les différents intervenants de la perte d'autonomie. Le système de classification en découlant doit aider les intervenants à développer un langage commun. L'outil réglementaire d'évaluation de la perte d'autonomie en France est la grille Autonomie gérontologique, Groupes iso-ressources (AGGIR). À partir de cette grille, une classification permet d'ordonner les personnes selon six profils de perte d'autonomie et de consommation de ressources significativement proches : les Groupes iso-ressources (GIR). L'inspection générale des affaires sociales (Igas) préconise d'enrichir cet outil d'évaluation par combinaison et/ou superposition d'autres outils [24]. Quel que soit l'outil plus complet d'analyse, qui doit être développé, il est nécessaire :

- qu'il produise l'information du GIR ;
- qu'il ait déjà subi une procédure de validation, une évaluation de sa reproductibilité et qu'il soit adapté aux personnes en perte d'autonomie cognitive ;
- qu'il dépasse la seule sphère des actes essentiels de la vie ;
- qu'il existe des règles précises d'utilisation de l'outil pour produire une planification individualisée.

Il paraît utile, également, qu'il puisse donner une information de classification plus élaborée que le groupage GIR.

2.5. L'utilisation d'un plan de services individualisé

À la suite de l'évaluation multidimensionnelle de la situation, la tâche du gestionnaire de cas consiste à élaborer un plan de services individualisés (PSI), en partenariat avec la personne concernée, ainsi qu'avec les professionnels médicosociaux et non professionnels (famille, ami, voisin, etc.), quelle que soit leur localisation dans l'offre de services. Ainsi, le PSI a pour objectif de faire un portrait des besoins de la personne, que ceux-ci puissent effectivement être couverts par les acteurs sociosanitaires professionnels ou non. Le PSI, une fois écrit, fait l'objet d'un monitoring de sa mise en œuvre et d'une actualisation régulière en fonction de l'évolution des besoins et de l'offre de services. Il permet une analyse des écarts éventuels entre les besoins de la personne et les services actuellement offerts. À chaque réévaluation des besoins, le PSI est révisé. Le PSI apparaît pour le gestionnaire de cas comme le tableau de bord, évolutif, des services et des besoins dans un point de vue essentiellement clinique. Au plan institutionnel, il permet le monitoring de la performance de l'organisation de services à rencontrer les besoins de la clientèle desservie [18,25]. Ce plan correspond au plan d'aide tel que défini réglementairement par la loi sur l'APA, mais ne se limite pas à l'utilisation financière de l'allocation APA, ce qui est trop souvent le cas du plan d'aide.

2.6. L'utilisation d'un système d'information partageable

L'évaluation, comme le PSI, ne peut être un outil d'intégration clinique que dans la mesure où les différents intervenants cliniques peuvent y avoir accès. Cela souligne l'importance, pour parvenir à l'intégration, de disposer d'un système d'information partageable. Durant le programme québécois Prisma, l'utilisation d'un dossier clinique partagé a été un facteur de réussite de la mise en œuvre des réseaux intégrés des soins et services. En France, les pouvoirs publics travaillent actuellement à la création d'un dossier unique (Dossier médical personnel [DMP]), pour lequel un volet médicosocial sera probablement nécessaire. Dans l'attente de la finalisation de ce dossier unique, l'intégration nécessite de définir des procédures de partage d'information. Toutes les procédures doivent faire l'objet de présentation et d'adoption aux différents niveaux de concertation.

3. L'INNOVATION EN FRANCE : ANALYSE DES CONDITIONS DE L'IMPLANTATION

Selon le modèle théorique développé récemment à partir d'une analyse systématique des écrits scientifiques [26], il est possible de repérer schématiquement les facteurs favorables, ou défavorables à l'implantation d'une telle innovation (voir Tableaux 1 à 3). Le Tableau 1 analyse les facteurs qui dépendent des caractéristiques propres de l'innovation. Ils sont souvent mis en exergue pourtant, ils ne sont généralement pas totalement stables durant l'intégralité du processus d'implanta-

tion. Ainsi, l'identification des déterminants d'adoption, voire d'assimilation de l'innovation à ce niveau, n'est pas aisée [26].

Les critères dépendants des utilisateurs potentiels et du contexte lui-même, sont souvent surdéterminants. En effet, il apparaît réducteur de considérer que les utilisateurs potentiels soient passifs dans le processus d'adoption d'une innovation. Au contraire, ils étudient l'innovation, l'essayent, l'évaluent, y trouvent du sens (ou échouent à y trouver du sens), gagnent de l'expérience et la modifient. Souvent, ils recherchent le dialogue avec les autres utilisateurs. Relativement à ces dimensions, le Tableau 2 met en exergue la façon dont l'implantation de l'innovation est rendue complexe par la diversité des cultures professionnelles et des expériences antérieures des acteurs. La flexibilité du modèle, facteur favorable à l'implantation en raison de l'adaptabilité ainsi offerte, est également déstabilisante pour les acteurs dans la mesure où un travail de réingénierie leur est demandé. En effet, dans le système français marqué par une fragmentation importante, la stricte conformité aux processus décisionnels de chaque organisation semble capitale. Enfin, le Tableau 3 recense l'analyse des facteurs dépendants du contexte organisationnel. À ce niveau, les influences variées qui peuvent s'exercer sur le processus d'implantation de l'innovation se répartissent sur un axe allant de la diffusion (dans laquelle les professionnels s'approprient l'innovation, principalement par un processus horizontal, souvent informel, entre pairs), à la dissémination (où l'implantation de l'innovation est planifiée, formalisée et produite par des mécanismes centralisés et souvent hiérarchiques). Actuellement, le contexte organisationnel se caractérise par une tension vers le changement : au

Tableau 1

Analyse des facteurs influençant la probabilité a priori de l'implantation de l'innovation que représente le modèle d'intégration Prisma dans le système de soins et de services français en fonction des caractéristiques de cette innovation

Caractéristiques de l'innovation	Favorable à l'implantation	Objet d'enjeu	Défavorable à l'implantation
Avantage pour les utilisateurs	Existence de preuves scientifiques de l'impact en matière de qualité et d'efficacité du modèle		Perceptions diverses en rapport avec la perception de l'homophilie
Compatibilité avec les normes organisationnelles et professionnelles			Diversité des normes
Complexité	Existence de preuve d'implantation dans différents contextes organisationnels. Simplification par le découpage en éléments		Perception initiale de complexité élevée. Nombreux obstacles organisationnels ou réglementaires à dépasser
Domaine d'application	Implantation progressive focalisée sur les « cas complexes »		
Observabilité des bénéfices de l'implantation		Attente vis-à-vis de l'équipe de recherche	
Flexibilité	Modèle flexible		
Hiérarchisation des éléments	Choix d'un modèle en éléments		
Risque pour les personnes	Faible ou inexistant		
Utilité directe dans les tâches	Perçue comme élevée (guichet unique, partage d'information, etc.)		
Savoir à mobiliser	Intérêt d'une collaboration avec des professionnels d'un autre pays ayant implanté le modèle	Attente vis-à-vis de l'équipe de formation	
Support technique	Collaboration avec un centre d'expertise à Sherbrooke	Attente vis-à-vis de l'agence de changement	

Tableau 2

Analyse des facteurs influençant la probabilité a priori de l'implantation de l'innovation que représente le modèle d'intégration Prisma dans le système de soins et de services français en fonction des caractéristiques des utilisateurs potentiels de l'innovation

Caractéristiques des utilisateurs potentiels	Favorable à l'implantation	Objet d'enjeu	Défavorable à l'implantation
Psychologiques	Motivation élevée, besoin de changement		Diversité et déstabilisation par démarche proactive (faible tolérance à l'ambiguïté)
Le sens pour les personnes âgées		Attente vis-à-vis de l'équipe de recherche	
Respect des processus décisionnels	Implication de tous les niveaux, processus bidirectionnel autorisation/collectif		
Délai d'information des différents niveaux décisionnels	Implication de tous les niveaux		Diversité des besoins d'information, du temps disponible pour information, des méthodes efficaces de communication
Accompagnement durant la phase initiale d'implantation	Rôle de l'agence de changement		
Retour des utilisateurs			Innovation en France: pas d'utilisateur déjà installés
Préoccupation sur les aspects non finalisés du projet			Préoccupation importante

Tableau 3

Analyse des facteurs influençant la probabilité a priori de l'implantation de l'innovation que représente le modèle d'intégration Prisma dans le système de soins et de services français en fonction des caractéristiques du contexte d'implantation

Caractéristiques du contexte organisationnel	Favorable à l'implantation	Objet d'enjeu	Défavorable à l'implantation
Structure des réseaux sociaux impliqués			Réseaux sociaux divers, nombreux, non maîtrisables
Homophilie du modèle			Perceptions diverses
Implication de leaders			Présence de leaders divers (personnes autorisées à donner son opinion sans nécessairement être un utilisateur potentiel), nombreux, non maîtrisables
Champions	Présence de champion (futurs utilisateurs défendant l'innovation) aux différentes tables du fait de l'utilité, au niveau stratégique et local		
Programme d'implantation expérimental	Présence d'une agence de changement crédible en raison de ces liens avec le réseau international de recherche sur l'intégration.		
Aspects structurels			Très divers en taille, niveau d'autonomie et de spécialisation et d'adaptation au changement
Communication intra- et interorganisationnelle			Très divers et non maîtrisable
Moyens financiers			Pas de nouveau moyen: arbitrage stratégique à faire
Tension vers le changement	<i>Très importante à tous les niveaux (augmentation des demandes de moyens, saturation du système)</i>		

niveau stratégique compte tenu de l'augmentation anticipée des demandes de moyens et, à l'échelon opérationnel en raison de la saturation du fonctionnement actuel du système.

4. CONCLUSION

En conclusion, l'intégration est la résultante d'un ensemble de mécanismes modélisables tout en étant flexibles qui

permettent d'améliorer la continuité de la prise en compte de besoins évolutifs et complexes des personnes en perte d'autonomie quelle qu'en soit l'origine. Elle prend toute sa réalité pour les personnes à travers l'identification d'une personne-ressource dont le champ d'action est nouveau : le gestionnaire de cas. Les conditions actuelles paraissent en grande partie favorables à l'implantation de l'intégration. Cependant cette innovation dans le

domaine de l'organisation des services et de la santé paraît complexe.

L'implantation de ce modèle en France nécessite un travail partenarial de définition d'un langage commun tant sur les diagnostics que sur les solutions. Ainsi, un groupe de chercheurs et de décideurs des domaines de la santé et des services aux personnes s'est constitué et a mis au point le projet de démonstration de l'implantation de l'intégration dans trois sites expérimentaux en France (rural, urbain et mégaurban). Les résultats de ce projet de recherche devraient permettre de définir les facteurs favorisant ou entravant la réalisation de l'intégration selon chaque site (analyse contrastée) et dans tous les sites (liés au contexte particulier de soins et de services français dans son ensemble).

Remerciements

Les auteurs remercient l'unité de recherche clinique de l'hôpital européen Georges-Pompidou pour leur appui constant, leur effort dans la gestion des données, leur aide statistique, leur engagement de valeur et leur expertise. Les auteurs remercient également Catherine Périsset, chef de projet pour Prisma France et Laurence Leneveut, pilote de projet pour Prisma France pour leur implication dans la mise en œuvre du projet décrit dans cet article. Enfin, les auteurs remercient l'ensemble de leurs partenaires aux différents comités de partenariat dans chacun des trois sites d'expérimentation.

RÉFÉRENCES

- [1] Bressé S. Les bénéficiaires des services d'aide aux personnes à domicile en 2000, D.r.e.e.s, Editor. Paris: ministère des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité et ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées 2004:1–8.
- [2] Perben M. L'allocation personnalisée d'autonomie au 31 mars 2006, Études et Résultats, 2006(503):1–4.
- [3] Les personnes âgées dépendantes. Paris: La cour des comptes 2005. Available from: <http://www.ccomptes.fr/FramePrinc/frame-rapports.htm>.
- [4] Tourigny A, Côté L, Kröger E, Lebel P, Kergoat M-J, Morin D, et al. Cadre de référence pour l'évaluation de la qualité des soins et services aux personnes âgées vulnérables. In: Hébert R, Tourigny A, Gagnon M, editors. Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes. Québec (QC): Edisem; 2004. p. 301–20.
- [5] Kodner DL, Kyriacou CK. Fully integrated care for frail elderly: two American models. *Int J Integr Care* 2000;1:e08.
- [6] Leutz WN. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Q* 1999;77:77–110. iv–v.
- [7] Eng C, Pedulla J, Eleazer GP, McCann R, Fox N. Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE): an innovative model of integrated geriatric care and financing. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:223–32.
- [8] Johri M, Beland F, Bergman H. International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003;18:222–35.
- [9] Beland F, Bergman H, Lebel P, Clarfield AM, Tousignant P, Contandriopoulos AP, et al. A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: results from a randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2006;61:367–73.
- [10] Bernabei R, Landi F, Gambassi G, Sgadari A, Zuccala G, Mor V, et al. Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *BMJ* 1998;316:1348–51.
- [11] Challis D, Darton R, Johnson L, Stone M, Traske K. An evaluation of an alternative to long-stay hospital care for frail elderly patients: II. Costs and effectiveness. *Age Ageing* 1991;20:245–54.
- [12] Ham C, York N, Sutch S, Shaw R. Hospital bed utilisation in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare programme: analysis of routine data. *BMJ* 2003;327:1257.
- [13] Fireman B, Bartlett J, Selby J. Can disease management reduce health care costs by improving quality? *Health Aff (Millwood)* 2004;23:63–75.
- [14] Hébert R, Durand PJ, Dubuc N, Tourigny A. Prisma: a new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada. *Int J Integr Care* 2003;3:e08.
- [15] Carrier S, Couturier Y, Gagnon D, Chouinard I. L'expérience des questionnaires de cas est-elle concluante ? Éclaircir une pratique émergente pour en comprendre les conditions de succès. In: Allard J, Arcand M, editors. Enjeux et controverses dans les soins aux personnes âgées en grande perte d'autonomie. Sainte Hyacinthe, (QC): Edisem; 2005. p. 295–302.
- [16] Tourigny A, Durand PJ, Bonin L, Hébert R, Rochette L. Évaluation de l'efficacité d'un réseau de services intégrés pour les personnes âgées vulnérables. In: Hébert R, Tourigny A, Gagnon M, editors. Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes. Québec (QC): Edisem; 2004. p. 57–78.
- [17] Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 1980;20:649–55.
- [18] Somme D, Hébert R, Bravo G, Blanchard F. Le plan de services individualisé (PSI). Concept et utilisation à travers les expériences québécoises et internationales d'intégration des services aux personnes âgées. In: Hébert R, Tourigny A, Gagnon M, editors. Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes. Québec (QC): Edisem; 2004. p. 281–99.
- [19] Hébert R, Veil A. Monitoring the degree of implementation of an integrated delivery system. *Int J Integr Care* 2004;4:e05.
- [20] Hébert R, Raïche M. Résultats de l'étude d'impact de Prisma-Estrie. In 4^e Colloque Prisma: l'intégration des services: les fruits de la recherche pour nourrir l'action. Sherbrooke, (QC), Canada: Centre d'expertise en Santé de Sherbrooke; 2006.
- [21] Reid R, Haggerty J, McKendry R. Dissiper la confusion: concepts et mesures de la continuité des soins. Ottawa, (ON): Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé; 2002.
- [22] Eggert GM, Zimmer JG, Hall WJ, Friedman B. Case management: a randomized controlled study comparing a neighborhood team and a centralized individual model. *Health Serv Res* 1991;26:471–507.
- [23] Hébert R. Travailler ensemble : des théories aux pratiques. In: Manière D, Aubert F, Ouata S, editors. Interprofessionnalité en gérontologie. Érès: Ramonville Saint Agne; 2005. p. 9–12.
- [24] Rousille B. L'évaluation du handicap dans la perspective de la nouvelle prestation de compensation, française Ld, Editor: I.G.A.S, 2004: 109. Available from: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/054000098/index.shtml>.
- [25] Cadre de référence sur la planification des services. Rapport du groupe de travail sur la planification des services, 2005.
- [26] Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Q* 2004;82:581–629.

REFERENCES

1. Les personnes âgées dépendantes: La Cour des Comptes; 2005. [en ligne]: <http://www.ccomptes.fr/CC/Theme-25.html> (page consultée le 16/01/2008).
2. Duraffourg M, Paul S. Rapport relatif à la politique de maintien à domicile des personnes âgées relevant de l'action sociale de la Caisse nationale d'assurance vieillesse, Française, La documentation, Editor: L'inspection générale des affaires sociales; 2006. [en ligne]: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000760/index.shtml> (page consultée le 16/01/2008).
3. Daniel C, Delpal B, Lannelongue C. Contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux (DDR) : rapport définitif, Française, La documentation, Editor: L'inspection générale des affaires sociales; 2006. [en ligne]: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000726/index.shtml> (page consultée le 16/01/2008).
4. Bras P-L, Duhamel G, Grass E. Améliorer la prise en charge des malades chroniques : les enseignements des expériences étrangères de « disease management », française, La documentation, Editor: L'inspection générale des affaires sociales; 2006. [en ligne]: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000763/index.shtml> (page consultée le 16/01/2008).
5. Gallez C. Rapport sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, française, La documentation, Editor: Office parlementaire d'évaluation des politiques de Santé; 2005. [en ligne]: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/054000497/index.shtml> (page consultée le 16/01/2008).
6. Nies H. Managing effective partnerships in older people's services. *Health Soc Care Community* 2006;14:391-9.
7. Robine JM, Michel JP. Looking forward to a general theory on population aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004;59:M590-7.
8. Crimmins EM. Trends in the health of the elderly. *Annu Rev Public Health* 2004;25:79-98.
9. Crimmins EM. Mortality and health in human life spans. *Exp Gerontol* 2001;36:885-97.
10. Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med* 2002;162:2269-76.
11. Andersen-Ranberg K, Schroll M, Jeune B. Healthy centenarians do not exist, but autonomous centenarians do: a population-based study of morbidity among Danish centenarians. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:900-8.
12. Irvine L, Elliott L, Wallace H, Crombie IK. A review of major influences on current public health policy in developed countries in the second half of the 20th century. *J R Soc Health* 2006;126:73-8.
13. Wolbring G. Three challenges to the Ottawa Spirit of Health promotion, trends in global health, and disabled people. *Can J Public Health* 2006;97:405-8.
14. Robine JM, Michel JP, Herrmann FR. Who will care for the oldest people in our ageing society? *Bmj* 2007;334:570-1.
15. Tesch-Romer C, Motel-Klingebiel A, von Kondratowitz HJ. [Importance of family for quality of life of the elderly in a social and cultural comparison]. *Z Gerontol Geriatr* 2002;35:335-42.
16. The world health report 2006: working together for health. Geneva: World Health Organization; 2006. (page consultée le 16/01/2008).
17. Chang EM, Daly J, Hancock KM, Bidewell JW, Johnson A, Lambert VA, *et al.* The relationships among workplace stressors, coping methods, demographic characteristics, and health in Australian nurses. *J Prof Nurs* 2006;22:30-8.
18. Courty B, Bouisson J, Compagnone P. [Burn out of formal carers in geriatric facilities]. *Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2004;2:215-24.
19. Duquette A, Kerouac S, Sandhu BK, Beaudet L. Factors related to nursing burnout: a review of empirical knowledge. *Issues Ment Health Nurs* 1994;15:337-58.
20. Chang EM, Hancock KM, Johnson A, Daly J, Jackson D. Role stress in nurses: review of related factors and strategies for moving forward. *Nurs Health Sci* 2005;7:57-65.
21. Clarfield AM, Bergman H, Kane R. Fragmentation of care for frail older people--an international problem. Experience from three countries: Israel, Canada, and the United States. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:1714-21.

22. Circulaire N° DAS/RV2/2000/310 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC). Expérimentation en 2000 et programmation pluriannuelle 2001-2005: Ministère de l'emploi et de la solidarité; 2000. (page consultée le 16/01/2008).
23. Lettre n° DGAS/DHOS/2C/O3/2004/452 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et aux réseaux de santé gérontologiques Ministère de l'emploi du travail et de la cohésion sociale, Ministère de la santé et de la protection sociale et et Ministère de la famille et de l'enfance; 2004. (page consultée le 16/01/2008).
24. Ostbye T, Yarnall KS, Krause KM, Pollak KI, Gradison M, Michener JL. Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? *Ann Fam Med* 2005;3:209-14.
25. Boyd CM, Darer J, Boulton C, Fried LP, Boulton L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *Jama* 2005;294:716-24.
26. Asch SM, Kerr EA, Keeseey J, Adams JL, Setodji CM, Malik S, *et al.* Who is at greatest risk for receiving poor-quality health care? *N Engl J Med* 2006;354:1147-56.
27. Leutz WN. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Quarterly* 1999;77:77-110, iv-v.
28. Rapport annuel 2007. Construire un nouveau champ de protection sociale: Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie; 2007. [en ligne]: http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Rapport_annuel_2007_de_la_CNSA-2.pdf (page consultée le 16/01/2008).
29. Les personnes âgées dépendantes dans leur dernière période de vie, française, La documentation, Editor: Le commissariat général du Plan; 2005. [en ligne]: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/054000282/index.shtml> (page consultée le 16/01/2008).
30. Bonnet M. Pour une prise en charge collective, quel que soit leur âge, des personnes en situation de handicap: Conseil économique et social; 2004. [en ligne]: http://www.conseil-economique-et-social.fr/ces_dat2/3-1actus/frame_derniers_rapports.htm (page consultée le 16/01/2008).
31. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées J.O n° 36 du 12 février 2005; 2005. 2353. [en ligne]: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647&dateTexte=20080116&fastPos=2&fastReqId=1980688672&oldAction=rechTexte> (page consultée le 16/01/2008).
32. Johri M, Beland F, Bergman H. International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003;18:222-35.
33. Revue de pertinence des soins. Application aux admissions et aux journées d'hospitalisation: Haute Autorité en Santé; 2004. [en ligne]: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Revue_pertinence_soins_guide.pdf (page consultée le 16/01/2008).
34. Gertman P, Restuccia J. The Appropriateness Evaluation Protocol : a technique for assessing unnecessary days of hospital care. *Med Care* 1981;19:855-71.
35. Kodner DL. Whole-system approaches to health and social care partnerships for the frail elderly: an exploration of North American models and lessons. *Health Soc Care Community* 2006;14:384-90.
36. Somme D. Gériatrie et Filières de soins des patients âgés admis en urgence: revue de littérature; étude d'un réseau service d'urgences-service de Gériatrie, in Faculté de médecine Lariboisière Saint-Louis. 1998, Paris VII-Denis Diderot: Paris.
37. Gremy F. Vers l'organisation et la coordination du système de soins. *Gestion Hospitalière* Juin-Juillet 1997:433-438.
38. Lazarovici C, Somme D, Carrasco V, Baubeau D, Saint-Jean O. [Characteristics and resource use of emergency department users older than 75 years. Results from a French national study]. *Presse Med* 2006;35:1804-10.
39. Drunat O, Rocou Y. Filières de soins hospitalières et sujets âgés: expérience du centre hospitalier de Marne la Vallée. *Rev Geriatr* 1994;19:297-307.
40. Czernichow P, Moynot Y, Barrel AJ, Brière J, Fanon JL, Froment L. Filières de soins gérontologiques : situation de la Haute Normandie. 1986:16-20.
41. Drunat O, Faraldi O, Bessey D, Lutzler P. Filières de soins gériatriques. *Rev Geriatr* 1998;23:527-33.
42. Somme D, Yvain F, Levy A, Ellrodt A, Davido A, St-Jean O. [Emergency admission of eighty year-old and older patients. Characteristics and health care channels]. *Presse Med* 2003;32:870-5.
43. Hodkinson HM, Hodkinson I. The influence of route of admission on outcome in the geriatric patient. *Age Ageing* 1980;9:229-34.

44. Pawlson LG. Hospital length of stay of frail elderly patients. Primary care by general internists versus geriatricians. *J Am Geriatr Soc* 1988;36:202-8.
45. Barberger-Gateau P, Dabis F, Moise A, Gimbert M, Galley P, Salamon R. [Factors related to length of hospitalization of elderly patients during short stay]. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1987;35:463-73.
46. Barberger-Gateau P, Grolier L, Maurice S, Borde C, Salamon R, Galley P. [Short-stay hospitalization of elderly persons: first step toward institutionalization?]. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1990;38:323-32.
47. Kodner DL, Kyriacou CK. Fully integrated care for frail elderly: two American models. *Int J Integr Care* 2000;1:e08.
48. Eng C, Pedulla J, Eleazer GP, McCann R, Fox N. Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE): an innovative model of integrated geriatric care and financing. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:223-32.
49. Beland F, Bergman H, Lebel P, Clarfield AM, Tousignant P, Contandriopoulos AP, *et al.* A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: results from a randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2006;61:367-73.
50. Bernabei R, Landi F, Gambassi G, Sgadari A, Zuccala G, Mor V, *et al.* Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *Bmj* 1998;316:1348-51.
51. Challis D, Darton R, Johnson L, Stone M, Traske K. An evaluation of an alternative to long-stay hospital care for frail elderly patients: II. Costs and effectiveness. *Age Ageing* 1991;20:245-54.
52. Ham C, York N, Sutch S, Shaw R. Hospital bed utilisation in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare programme: analysis of routine data. *Bmj* 2003;327:1257.
53. Fireman B, Bartlett J, Selby J. Can disease management reduce health care costs by improving quality? *Health Aff (Millwood)* 2004;23:63-75.
54. Tourigny A, Durand PJ, Bonin L, Hébert R, Rochette L. Evaluation de l'efficacité d'un réseau de services intégrés pour les personnes âgées vulnérables, in Hébert, Réjean, Tourigny, André, Gagnon, Maxime, Editors Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes. Québec (QC): EDISEM; 2004. p 57-78.
55. Hebert R, Veil A. Monitoring the degree of implementation of an integrated delivery system. *International Journal of Integrated Care* 2004;4:e05.
56. Hébert R, Durand PJ, Dubuc N, Tourigny A. PRISMA: a new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada. *Int J Integr Care* 2003;3:e08.
57. Hébert R, Raïche M. Résultats de l'étude d'impact de PRISMA-Estrie. in 4e Colloque PRISMA: L'intégration des services: les fruits de la recherche pour nourrir l'action. 2006. Sherbrooke, (QC), Canada: Centre d'expertise en Santé de Sherbrooke.
58. Glasby J, Dickinson H, Peck E. Partnership working in health and social care. *Health and Social Care in Community* 2006;14:373-4.
59. Kodner DL. The quest for integrated systems of care for frail older persons. *Aging Clinical and Experimental Research* 2002;14:307-13.
60. Applebaum RA, Wilson NL. Training needs for providing case management for the long-term care client: lessons from the National Channeling Demonstration. *The Gerontologist* 1988;28:172-6.
61. Newcomer R, Harrington C, Kane R. Challenges and accomplishments of the second-generation social health maintenance organization. *The Gerontologist* 2002;42:843-52.
62. Somme D, Hébert R, Bravo G, Blanchard F. Le plan de services individualisé (PSI). Concept et utilisation à travers les expériences québécoises et internationales d'intégration des services aux personnes âgées, in Hébert, Réjean, Tourigny, André, Gagnon, Maxime, Editors Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes. Québec (QC): Edisem; 2004. p 281-299.
63. Challis D, Darton R, Johnson L, Stone M, Traske K. An evaluation of an alternative to long-stay hospital care for frail elderly patients: I. The model of care. *Age and Ageing* 1991;20:236-44.
64. Pacala JT, Boulton C, Hepburn KW, Kane RA, Kane RL, Malone JK, *et al.* Case management of older adults in health maintenance organizations. *Journal of the American Geriatrics Society* 1995;43:538-42.
65. Riley PA, Fortinsky RH, Coburn AF. Developing consumer-centered quality assurance strategies for home care. A case management model. *Journal of Case Management* 1992;1:39-48.
66. Capitman J, Sciegaj M. A contextual approach for understanding individual autonomy in managed community long-term care. *The Gerontologist* 1995;35:533-40.
67. Moxley DP. The practice of case-management. *Sage Human Services Guide*. Newbury Park (CA): Sage Publications Inc; 1989.

68. Genrich SJ, Neatherlin JS. Case manager role. A content analysis of published literature. *Care Management Journals* 2001;3:14-9.
69. Wilber KH, Allen D, Shannon GR, Alongi S. Partnering managed care and community-based services for frail elders: the care advocate program. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:807-12.
70. Enguidanos SM, Gibbs NE, Simmons WJ, Savoni KJ, Jamison PM, Hackstaff L, *et al.* Kaiser Permanente community partners project: improving geriatric care management practices. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:710-4.
71. Harrington C, Lynch M, Newcomer RJ. Medical services in social health maintenance organizations. *Gerontologist* 1993;33:790-800.
72. Beland F, Bergman H, Lebel P, Dallaire L, Fletcher J, Contandriopoulos AP, *et al.* Integrated services for frail elders (SIPA): a trial of a model for Canada. *Can J Aging* 2006;25:5-42.
73. Eggert GM, Zimmer JG, Hall WJ, Friedman B. Case management: a randomized controlled study comparing a neighborhood team and a centralized individual model. *Health Serv Res* 1991;26:471-507.
74. Foote C, Stanners C. Integrating care for older people. *New care for old- a system approach*. London: Jessica Kingsley Publishers; 2002.
75. Paul S, Weatherill S. New approaches for the elderly show significant results. *Hosp Q* 1999;3:54-9.
76. Capitman J, Haskins B, Bernstein J. Case management approaches in coordinated community-oriented long-term care demonstrations. *The Gerontologist* 1986;26:398-404.
77. Abrahams R, Capitman J, Leutz W, Macko P. Variations in care planning practice in the social/HMO: an exploratory study. *The Gerontologist* 1989;29:725-36.
78. Applebaum R, Austin C. Long-term care case-management. Design and evaluation. New-York: Springer Publishing Co; 1990.
79. Geron SM, Chassler D. Advancing the state of the art: establishing guidelines for long-term care case management. *Journal of Case Management* 1995;4:9-14.
80. Chamberlain R, Rapp CA. A decade of case management: a methodological review of outcome research. *Community Ment Health J* 1991;27:171-88.
81. Rousille B. L'inspection générale des affaires sociales: L'évaluation du handicap dans la perspective de la nouvelle prestation de compensation: La documentation française; 2004. [en ligne]: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/054000098/index.shtml> (page consultée le 16/01/2008).
82. Landi F, Tua E, Onder G, Carrara B, Sgadari A, Rinaldi C, *et al.* Minimum data set for home care: a valid instrument to assess frail older people living in the community. *Medical Care* 2000;38:1184-90.
83. Hébert R, Guilbeault J, Desrosiers J, Dubuc N. The Functional Autonomy Measurement System (SMAF): A clinical-based instrument for measuring disabilities and handicaps in older people. *Geriatrics Today: J Can Geriatr Soc* 2001;4:141-7.
84. Newcomer R, Arnsberger P, Zhang X. Case management, client risk factors and service use. *Health Care Financ Rev* 1997;19:105-20.
85. Collectif. [Avisor Committee on the adoption of a tool for an integrated assessment of the needs of people in loss of autonomy and determination for the required services, in particular in institution or in community]. Québec, (QC): Ministère de la santé et des services sociaux; 2000. [in French].
86. Tugores F. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003: activités et personnel, in *Etudes et Résultats, D.r.e.e.s*, Editor. Paris: Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité et Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées; 2005. 1-8 (page consultée le 16/01/2008).
87. Mesrine A. Les places dans les établissements pour personnes âgées en 2001-2002, in *Etudes et Résultats, D.r.e.e.s*, Editor. Paris: Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité et Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées; 2003. 1-8 (page consultée le 16/01/2008).
88. Pampalon R, Colvez A, Bucquet D. Development of a conversion table of dependence of the aged on home aide needs. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1991;39:263-73.
89. Zimring SD. Health care decision-making capacity: a legal perspective for long-term care providers. *J Am Med Dir Assoc* 2006;7:322-6.
90. Ambrogi DM. Legal issues in nursing home admissions. *Law Med Health Care* 1990;18:254-62.
91. Hayley DC, Cassel CK, Snyder L, Rudberg MA. Ethical and legal issues in nursing home care. *Arch Intern Med* 1996;156:249-56.
92. Saint-Jean O, Somme D, de Stampa M, Thomas H. Boire de l'alcool en institution : un privilège témoin de maintien de la citoyenneté. *Gérontologie et Société* 2003;151-160.

93. Fortinsky RH, Covinsky KE, Palmer RM, Landefeld CS. Effects of functional status changes before and during hospitalization on nursing home admission of older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1999;54:M521-6.
94. Kane RL, Matthias R. From hospital to nursing home: the long-term care connection. *Gerontologist* 1984;24:604-9.
95. Kane RL, Matthias R, Sampson S. The risk of placement in a nursing home after acute hospitalization. *Med Care* 1983;21:1055-61.
96. Rudberg MA, Sager MA, Zhang J. Risk factors for nursing home use after hospitalization for medical illness. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1996;51:M189-94.
97. Wachtel TJ, Fulton JP, Goldfarg J. Early prediction of discharge disposition after hospitalization. *Gerontologist* 1987;27:98-103.
98. Cohen HJ, Feussner JR, Weinberger M, Carnes M, Hamdy RC, Hsieh F, *et al.* A controlled trial of inpatient and outpatient geriatric evaluation and management. *N Engl J Med* 2002;346:905-12.
99. Hickam DH, Hedrick SC, Gorton A. Clinicians' predictions of nursing home placement for hospitalized patients. *J Am Geriatr Soc* 1991;39:176-80.
100. Branch LG, Jette AM. A prospective study of long-term care institutionalization among the aged. *Am J Public Health* 1982;72:1373-9.
101. Cohen MA, Tell EJ, Wallack SS. Client-related risk factors of nursing home entry among elderly adults. *J Gerontol* 1986;41:785-92.
102. Rockwood K, Stolee P, McDowell I. Factors associated with institutionalization of older people in Canada: testing a multifactorial definition of frailty. *J Am Geriatr Soc* 1996;44:578-82.
103. Smith GE, Kokmen E, O'Brien PC. Risk factors for nursing home placement in a population-based dementia cohort. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:519-25.
104. Thomas H. Le sujet âgé peut-il fragiliser le réseau qui le soutien?, in *Gérontologie et Société*. Paris: Fondation Nationale de Gérontologie; 2004. 165-182 (page consultée le 16/01/2008).
105. Thomas H. Le "métier" de vieillard. Institutionnalisation et processus de désindividualisation dans la grande vieillesse. *Politix* 2005;18:33-55.
106. Mattimore TJ, Wenger NS, Desbiens NA, Teno JM, Hamel MB, Liu H, *et al.* Surrogate and physician understanding of patients' preferences for living permanently in a nursing home. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:818-24.
107. Peek CW, Coward RT, Lee GR, Zsembik BA. The influence of community context on the preferences of older adults for entering a nursing home. *Gerontologist* 1997;37:533-42.
108. Sauvaget C, Tsuji I, Fukao A, Hisamichi S. Factors related to the desire to enter a nursing home among elderly Japanese. *J Epidemiol* 1997;7:77-83.
109. Rowe JW, Kahn RL. Human aging: usual and successful. *Science* 1987;237:143-9.
110. Reinardy J, Kane RA. Choosing an adult foster home or a nursing home: residents' perceptions about decision making and control. *Soc Work* 1999;44:571-85.
111. Collectif. Les coût de la qualité et de la non qualité des soins dans les établissements de santé : états des lieux et propositions, CCECQA, ANAES &, Editor. Paris: ANAES; 2004. [en ligne]: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/044000463/index.shtml> (page consultée le 16/01/2008).
112. Gutierrez Rodriguez J, Dominguez Rojas V, Solano Jaurrieta JJ. Deterioro funcional secundario a la hospitalizacion por enfermedad aguda en el anciano. Analisis de la incidencia y los factores de riesgo asociados. *Rev Clin Esp* 1999;199:418-23.
113. Sager MA, Franke T, Inouye SK, Landefeld CS, Morgan TM, Rudberg MA, *et al.* Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older persons. *Arch Intern Med* 1996;156:645-52.
114. Eriksen BO, Kristiansen IS, Nord E, Pape JF, Almdahl SM, Hensrud A, *et al.* The cost of inappropriate admissions: a study of health benefits and resource utilization in a department of internal medicine. *J Intern Med* 1999;246:379-87.
115. Robain M, Lang T, Fontaine A, Logerot H, Monnet E, Six P, *et al.* Reproductibilite et validite de la version francaise de la premiere partie de l'Appropriateness Evaluation Protocol (AEPf): criteres de pertinence des journées d'hospitalisation. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1999;47:139-49.
116. Lombard I, Lahmek P, Diene E, Monnet E, Logerot H, Levy Soussan M, *et al.* Etude de la concordance inter-observateurs des raisons de non-pertinence des journées d'hospitalisation identifiée par la version francaise de l'Appropriateness Evaluation Protocol (2e partie). *Rev Epidemiol Sante Publique* 2001;49:367-75.

117. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;9:179-86.
118. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of Illness in the Aged. the Index of Adl: a Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *Jama* 1963;185:914-9.
119. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.
120. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* 1987;40:373-83.
121. Glantz S, Slinker B. Multicollinearity and what to do about it, in Glantz, SA., Slinker, BK., Editors Primer of applied regression and analysis of variance. New-York (NY): Mc Graw-Hill; 2000. p 181-238.
122. Castaldi S, Ferrari MR, Sabatino G, Trisolini R, Auxilia F. Valutazione dell'appropriatezza dell'attività di ricovero dell'Ospedale Maggiore di Milano IRCCS mediante l'utilizzo del metodo PRUO. *Ann Ig* 2002;14:399-408.
123. Chopard P, Perneger TV, Gaspoz JM, Lovis C, Gousset D, Rouillard C, *et al.* Predictors of inappropriate hospital days in a department of internal medicine. *Int J Epidemiol* 1998;27:513-9.
124. Ingold BB, Yersin B, Wietlisbach V, Burckhardt P, Bumand B, Bula CJ. Characteristics associated with inappropriate hospital use in elderly patients admitted to a general internal medicine service. *Aging (Milano)* 2000;12:430-8.
125. Kaya S, Eroglu K, Vural G, Shwartz M, Restuccia JD. Factors affecting appropriateness of hospital utilization in two hospitals in Turkey. *J Med Syst* 2001;25:373-83.
126. Panis LJ, Gooskens M, Verheggen FW, Pop P, Prins MH. Predictors of inappropriate hospital stay: a clinical case study. *Int J Qual Health Care* 2003;15:57-65.
127. Bressé S. Les bénéficiaires des services d'aide aux personnes à domicile en 2000, in D.r.e.e.s, Editor. Paris: Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité et Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées; 2004. p 1-8.
128. Perben M. L'allocation personnalisée d'autonomie au 31 mars 2006, in D.r.e.e.s, Editor Etudes et Résultats. Paris: Ministère de l'Emploi, de la cohésion sociale et du logement et Ministère de la Santé et des Solidarités; 2006. p 1-4.
129. Tourigny A, Côté L, Kröger E, Lebel P, Kergoat M-J, Morin D, *et al.* Cadre de référence pour l'évaluation de la qualité des soins et services aux personnes âgées vulnérables, in Hébert, Réjean, Tourigny, André, Gagnon, Maxime, Editors Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes. Québec (QC): EDISEM; 2004. p 301-20.
130. Carrier S, Couturier Y, Gagnon D, Chouinard I. L'expérience des gestionnaires de cas est-elle concluante? Élucider une pratique émergente pour en comprendre les conditions de succès, in Allard, Jacques, Arcand, Marcel, Editors Enjeux et controverses dans les soins aux personnes âgées en grande perte d'autonomie. Sainte Hyacinthe, (QC): Edisem; 2005. p 295-302.
131. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 1980;20:649-55.
132. Reid R, Haggerty J, McKendry R. Dissiper la confusion: concepts et mesures de la continuité des soins. Ottawa, (ON): Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé; 2002. [en ligne]: http://www.chsrf.ca/funding_opportunities/commissioned_research/projects/reports_f.php (page consultée le 16/01/2008).
133. Hébert R. Travailler ensemble: des théories aux pratiques, in Manière, D, Aubert, F, Ouata, S, Editors Interprofessionnalité en gérontologie. Ramonville Saint Agne: Eres; 2005. p 9-12.
134. Rousille B. L'évaluation du handicap dans la perspective de la nouvelle prestation de compensation, in française, La documentation, Editor: I.G.A.S; 2004. p 109. Available from: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/054000098/index.shtml>.
135. Collectif. Cadre de référence sur la planification des services. Rapport du Groupe de travail sur la planification des services; 2005.
136. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Q* 2004;82:581-629.
137. de Montmollin M. [The ergonomy]. 3e ed. Reperes 43. Paris: La Decouverte; 1996. [in French].
138. Hebert R, Carrier R, Bilodeau A. The Functional Autonomy Measurement System (SMAF): description and validation of an instrument for the measurement of handicaps. *Age and Ageing* 1988;17:293-302.
139. Boisvert D. [The individualized services plan: participation and animation]. Éd. rev. et corr. ed. Cap-Rouge, QC: Presses inter Universitaires; 1995. [in French].

140. Dubuc N, Hébert R, Desrosiers J, Buteau M, Trottier L. Disability-based classification system for older people in integrated long-term care services: the Iso-SMAF profiles. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2006;42:191-206.
141. Mays N, Pope C. Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. *British Medical Journal* 2000;320:50-2.
142. Savard J, Leduc N, Lebel P, Beland F, Bergman H. Caregiver satisfaction with support services: influence of different types of services. *J Aging Health* 2006;18:3-27.
143. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: World Health Organisation; 2001.
144. Somme D, Hébert R, Bravo G, Blanchard F. The Individualized Service Plan as a Clinical Integration Tool: Qualitative Analysis in the Quebec PRISMA Experiment. *International Journal of Integrated Care* (submitted).
145. Kiernan-Stern M. Managing resistance to change: the social worker's role in case management. *Case Manager* 2005;16:48-51.
146. Kane RA, Penrod JD, Kivnick HQ. Case managers discuss ethics: dilemmas of an emerging occupation in long-term care in the United States. *J Case Manag* 1994;3:3-12.
147. Kane RA. Case management in long-term care: it can be ethical and efficacious. *J Case Manag* 1992;1:76-81.
148. Banja JD. Ethics, case management, and the standard of care. *Case Manager* 2006;17:20-2.
149. Lang PO, Meyer N, Heitz D, Drame M, Jovenin N, Ankri J, *et al.* Loss of independence in Katz's ADL ability in connection with an acute hospitalization: early clinical markers in French older people. *Eur J Epidemiol* 2007;22:621-30.
150. Lang PO, Heitz D, Meyer N, Drame M, Jovenin N, Ankri J, *et al.* [Early indicators of prolonged hospitalization of the elderly: pilot study at Strasbourg University Hospital]. *Presse Med* 2007;36:389-98.
151. Lang PO, Heitz D, Hedelin G, Drame M, Jovenin N, Ankri J, *et al.* Early markers of prolonged hospital stays in older people: a prospective, multicenter study of 908 inpatients in French acute hospitals. *J Am Geriatr Soc* 2006;54:1031-9.
152. Hugon MA, Siebel C. *Recherches impliquées- Recherche-action : le cas de l'éducation*. Bruxelles-Paris: De Boeck Wesmael; 1988.
153. Rowe G, Wright G, Bolger F. Delphi. A reevaluation of research and theory. *Technological Forecasting and social change* 1991;39:225-251.
154. Fink A, Kosecoff J, Chassin M, Brook RH. Consensus methods: characteristics and guidelines for use. *Am J Public Health* 1984;74:979-83.
155. Gallagher M, Hares T, Spencer J, Bradshaw C, Webb I. The nominal group technique: a research tool for general practice? *Fam Pract* 1993;10:76-81.
156. Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. *Bmj* 1995;311:376-80.

SOMME DOMINIQUE

FILIERES DE SOINS, INTEGRATION, GESTION DE CAS ET MAINTIEN DE L'AUTONOMIE DES PERSONNES AGEES

RESUME

Le système de soins et d'aide aux personnes âgées en perte d'autonomie en France se caractérise par un nombre importants d'acteurs. Cela entraîne des difficultés pour les personnes à trouver l'aide dont elles ont besoin dans un système fragmenté. Au moment où l'évolution de l'espérance de vie augmente de façon nette, il semble indispensable de s'interroger sur les conséquences actuelles de cette fragmentation. Nous en avons étudié deux : l'utilisation inappropriée de l'hôpital, et le non-respect des droits fondamentaux de la personne au cours de l'institutionnalisation. Nos résultats mettent en évidence l'importance de raisonner à partir du domicile des personnes et en s'appuyant sur l'intégration de toutes les structures de soins et d'aide. Nous apportons également une réflexion méthodologique sur les études des filières de soins qui permettent d'appréhender ces phénomènes. Le constat de l'inadaptation du système de soins et d'aide crée une situation de tension qui pousse vers l'innovation. Le modèle PRISMA, par son antériorité, son efficacité prouvée au Québec, sa flexibilité démontrée offre l'opportunité d'étudier l'implantation d'un modèle d'intégration en France. L'étude des modifications organisationnelles et de pratiques professionnelles actuellement en cours permettra d'identifier les facteurs de mutation du système vers l'intégration. Cependant, le sens même de l'intégration est que la personne perçoive "le bon service ou bon moment au bon endroit par la bonne personne au moindre coût humain et social". Cet objectif nécessite le recours à un gestionnaire de cas, nouveau champ professionnel. Nous avons analysé au Québec en profondeur l'une de leur tâche : la planification individualisée. Les gestionnaires de cas eux-mêmes décrivaient l'inadaptation de leurs outils de travail évaluée selon une approche d'ergonomie cognitive. Ces travaux ont conduit le ministère de la Santé et des Services sociaux à mandater un groupe de travail afin de préciser la démarche et les outils nécessaires à la planification individualisée dont nous rapportons la méthode de travail et les résultats.

MOTS CLES

Suivi soins patient, Besoins et demandes service santé, programme clinique, réseaux coordonnés, administration santé publique, santé publique, gériatrie, gestion cas, intégration systèmes, pratique professionnelle, ergonomie, communication interdisciplinaire, recherche qualitative, institutionnalisation

COMPOSITION DU JURY

Monsieur le Professeur Joël ANKRI (Paris) - Rapporteur
Monsieur le Professeur François BLANCHARD (Reims) – Directeur
Monsieur le Professeur Damien JOLLY (Reims)
Monsieur le Professeur Réjean HEBERT (Sherbrooke) – Directeur
Monsieur le Professeur Jean-Luc NOVELLA (Reims)
Monsieur le Professeur Olivier SAINT-JEAN (Paris)
Monsieur le Professeur Marc VERNY (Paris) – Rapporteur

COORDONNEES

Adresse personnelle :
7 rue Gaston Meunier
91260 Juvisy sur Orge

Adresse du laboratoire :
Service de Gériatrie, HEGP, 20-40 rue Leblanc
75015 Paris