



Les soins aux personnes âgées : une complexité et une diversité à saisir

Howard Bergman, M.D.

Professeur et Titulaire de la Chaire Dr Joseph Kaufmann
Directeur, Division de gériatrie
Université McGill

Co-directeur, Groupe de recherche Solidage

Directeur, Réseau Québécois de recherche sur le vieillissement
(FRSQ)

Président, Comité consultatif
Institut du vieillissement, Instituts de recherche en santé du
Canada

www.solidage.ca

Groupe de recherche
Université de
Montréal/McGill sur les
services intégrés pour
les personnes âgées

McGill/Université de
Montréal Research
Group on Integrated
Services for Older
Persons

Jacques Cartier

Version 910.08



Hôpital général juif
Sir Mortimer B. Davis
Jewish General Hospital

Centre d'épidémiologie clinique et de recherche en santé
publique, Institut Lady Davis
Centre for Clinical Epidemiology and Community
Studies, Lady Davis Institute



Université
de Montréal

Département d'administration
de la santé
Groupe de recherche Interdisciplinaire en santé
(GRIS)



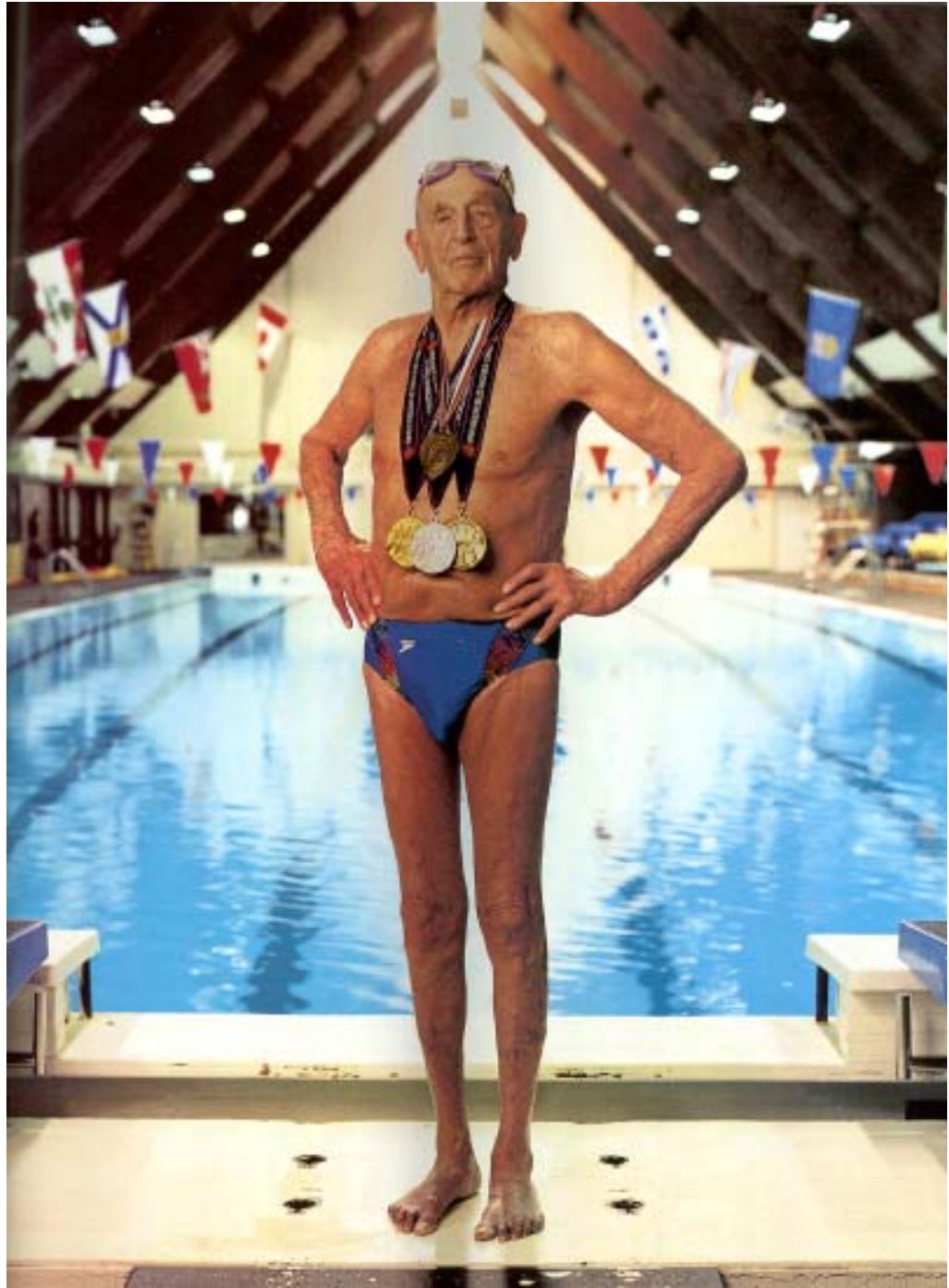
McGill

The Dr. Joseph Kaufmann Chair in Geriatric Medicine
La Chaire Dr Joseph Kaufmann en gériatrie



Centre de recherche

Institut
universitaire de
gériatrie de
Montréal







Un centrage sur les personnes âgées très fragiles ayant des incapacités

- ◆ Les plus de 75 ans en général
- ◆ Incapacités dans les AVQ AIVQ
- ◆ Combinaison de problèmes médicaux aigus et chroniques
- ◆ Importance du réseau social
- ◆ Transitions fréquentes, importante utilisation des services et des coûts : ambulatoire, hôpital, réadaptation, centre d'hébergement
 - 20% des personnes âgées = 3% de la population = 30% des coûts
- ◆ **Besoins d'une combinaison de soins médicaux/sociaux, de soins aigus et de soins de longue durée**

Une intégration des soins pour les personnes âgées très fragiles ayant des incapacités

◆ Difficultés actuelles :

- Fragmentation; besoins non couverts; sous-utilisation des interventions efficaces gériatriques et dans la gestion des soins; jeu parallèle/organisation non adaptée entre services médicaux, services communautaires/ambulatoires; problèmes de qualité des soins; mesures incitatives négatives et usage inadéquat des ressources; absence de responsabilité et d'imputabilité pour l'ensemble du parcours

◆ Études qui démontrent l'efficacité des traitements et de la gestion des soins pour les personnes âgées fragiles

Projets de services intégrés

Au niveau International

- ◆ Pace/On Lok (États-Unis)
- ◆ S/HMO (États-Unis)
- ◆ Bernabei (Italie)
- ◆ Matrons (UK)
- ◆ Schaller. Kossovsky (Genève)
- ◆ PRISMA
- ◆ COPA (Paris)

Au Canada

- ◆ CHOICE
- ◆ RISC
- ◆ Bois-Francs/PRISMA
- ◆ SIPA

L'Approche SIPA

- ◆ Une approche centrée sur la personne, basée sur l'état de santé/fonctionnel pour les personnes âgées ayant plusieurs maladies chroniques/incapacités fonctionnelles/contexte social difficile/en fin de vie
- ◆ Évaluation gériatrique basée sur les besoins (besoins de santé, fonctionnels, sociaux, environnementaux) et pas seulement sur les critères d'attribution des services
 - Les protocoles interdisciplinaires pour l'évaluation gériatrique et pour la détection et la prise en charge des syndromes gériatriques et des maladies chroniques (chutes, démence, dépression, malnutrition, etc.)
 - Intégrer/coordonner les soins de santé, les services sociaux et les soins de soutien
 - Programme de gestion de cas intensive avec réactivité accrue
- ◆ Responsabilité clinique pour des résultats de santé et d'utilisation de la première ligne pour une population définie pour l'ensemble du parcours
- ◆ Harmoniser la gouvernance et le financement avec les objectifs cliniques

Bergman, Béland, Lebel et al CMAJ. 1997; 157:1116-1121

Béland, Bergman, Lebel et al J of Gerontol, Med Sci. 2006; 61A(4): 367–373

L'Approche SIPA

Gestion de cas

- ◆ Équipe multidisciplinaire avec gestionnaire de cas en collaboration avec le médecin de première ligne qui évalue les besoins, organise la plupart des services dans la communauté
 - Gestionnaire de cas intégré avec l'équipe interdisciplinaire
- ◆ Liaison: MD de première ligne et gériatrie et autres spécialistes
- ◆ Intervention auprès des patients et leurs proches
- ◆ **Responsable d'assurer la responsabilité clinique** à travers le parcours
 - Suit les patients activement à travers le parcours y inclus à l'hôpital
 - Assure la continuité
 - Facilite les transitions

Impacts principaux de SIPA

- ◆ **↓ utilisation de l'hôpital et de l'hébergement médicalisé**
 - ↓ combinée des coûts hospitaliers et d'hébergement médicalisé
 - Surtout ↓ attentes de placement au sein de l'hôpital. ↓ n.s de l'utilisation d'autres ressources telles que les urgences hospitalières
- ◆ **↓ des hospitalisations pour ceux avec des incapacités importantes**
- ◆ **↓ hôpital comme étape vers l'hébergement**
- ◆ **Retard à l'hébergement médicalisé pour ceux avec peu de maladies chroniques (risque faible) ou vivants seuls (risque élevé)**
- ◆ **↑ satisfaction des soignants**
- ◆ **Pas d'augmentation de coûts**
- ◆ **Essai randomisé contrôlé**

Résultats des études majeures sur les services intégrés

- ◆ Transformation et innovation importantes mais encore incomplètes des modèles clinique et de gestion de l'intervention avec une augmentation modeste des ressources communautaires/ambulatoires
- ◆ Faisabilité/impact de la responsabilité clinique/ responsabilité de l'utilisation des ressources
- ◆ Potentiel de modification de la configuration de l'utilisation des services sans augmentation des coûts globaux
- ◆ Tout en maintenant ou en améliorant la qualité et la satisfaction
- ◆ Pour les personnes âgées ayant une incapacité modérée/grave et ayant besoin d'une combinaison complexe de soins de santé et de services sociaux

Au delà des Modèles

Réflexions sur les éléments clefs de l'Intégration

La Première Ligne

Ce qui semble marcher

- ◆ **La première ligne médicale comme lieu d'intégration**
- ◆ **L'équipe multidisciplinaire intégré à la première ligne médicale**
- ◆ L'évolution de l'interaction entre professionnels
- ◆ Réponse/accessibilité rapide
- ◆ Accès rapide aux services intensives: professionnels et sociaux; à une gamme variée d'hébergement avec services
- ◆ Responsabilité populationnelle

Ce qui semble ne pas marcher

- ◆ Services à domicile comme unité de base
- ◆ **Le clivage en termes de planification/budget/géographie /entre la première ligne médicale et multidisciplinaire**
- ◆ Interventions professionnelles parallèles
- ◆ Responsabilité sporadique
- ◆ Il n'y a pas d'urgence

Au delà des Modèles

Réflexions sur les éléments clefs de l'Intégration Intégration/Coordination

Ce qui semble marcher

- ◆ **Intégration/coordination fondées sur des objectifs clinique élaborés au sein de la première ligne**
- ◆ **L'évaluation/intervention gériatrique basée sur les besoins de santé, fonctionnels, sociaux, environnementaux ainsi que sur les critères d'allocation de services**
 - Gestion de la maladie chronique et des syndromes gériatriques
 - Prévention secondaire/soins précoces: mobilités, chutes, démences etc

Ce qui semble ne pas marcher

- ◆ **Coordination comme objectif en soi**
- ◆ **Coordination basée seulement sur la façon actuelle d'intervenir**
- ◆ **Evaluation principalement en vue de l'allocation de services/budget**
- ◆ **Coordination détachée de la première ligne**

Au delà des Modèles

Réflexions sur les éléments clefs de l'Intégration Coordination avec la 2^e ligne spécialisée

Ce qui semble marcher

- ◆ **La première ligne coordonnée avec les services spécialisés, en particulier la gériatrie**
- ◆ Accès rapide entre première/2^e ligne, plateau technique, hôpital
- ◆ **Consultation et intervention gériatrique communautaire**
- ◆ Évaluation gériatrique avant placement

Ce qui semble ne pas marcher

- ◆ **Évaluation et consultation gériatrique épisodique et restreintes à l'hôpital**
- ◆ Accès compliqué aux services spécialisés/ à la première ligne
- ◆ L'urgence comme porte d'entrée

Au delà des Modèles

Réflexions sur les éléments clefs de l'Intégration Gouverne/Incitatifs

Ce qui semble marcher

- ◆ **Gouverne, budget approprié, incitatifs basé sur le partenariat, la planification et même le financement conjoint pour appuyer les objectifs cliniques et organisationnels**
- ◆ Leadership des cliniciens au niveau administratif et clinique
- ◆ **Gestion entrepreneuriale basée sur les objectifs, les résultats, la qualité et l'imputabilité**
- ◆ **Imputabilité sur la base des marqueurs systémique: résultats de santé et d'utilisation des ressources tout au long de la trajectoire de soin**

Ce qui semble ne pas marcher

- ◆ **Faire semblant que les incitatifs et les budgets ne sont pas importants**
- ◆ La responsabilité fragmenté
- ◆ Reddition de compte sur la base de nombre de gestes/heures
- ◆ **La gestion par le contrôle du haut vers le bas**

Au delà des Modèles

Réflexions sur les éléments clefs de l'Intégration les personnes âgées/la famille/la communauté

Ce qui semble marcher

- ◆ **Dignité, indépendance, « empowerment »**
- ◆ **Choix**
- ◆ **Prendre soin du soignant**
- ◆ **Engager le patient, la famille, la communauté**
- ◆ **Rester à son domicile**

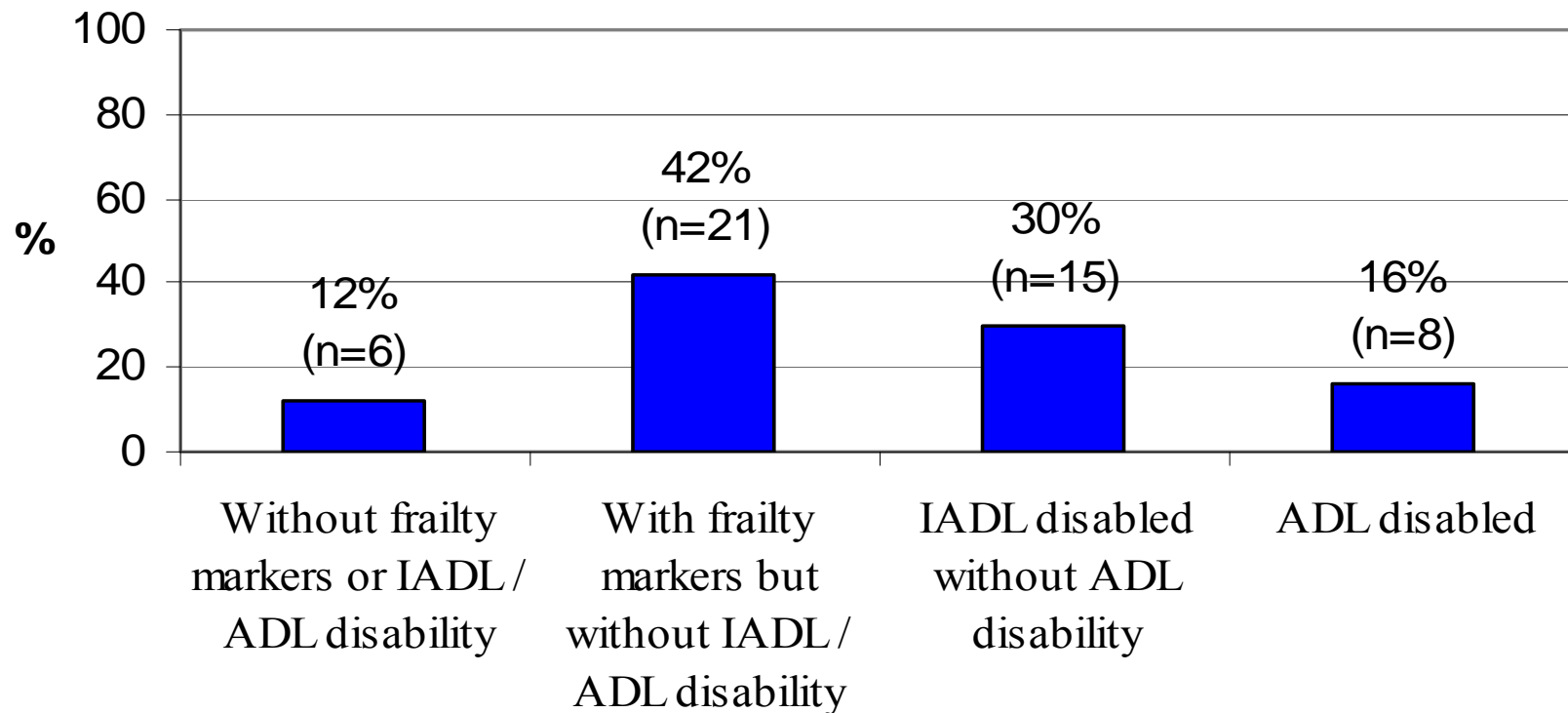
Ce qui semble ne pas marcher

- ◆ **Oublier que les personnes âgées et les familles sont très intelligentes**

Opportunités et défis pour repenser le paradigme

- ◆ **Modèles de services intégrés centré seulement sur les personnes âgées les plus fragiles**
 - Principalement efficace pour des incapacités et une complexité importantes
- ◆ **Potentiel de promotion/prévention** pour favoriser le vieillissement en bonne santé et au moins retarder l'apparition de la fragilité et des incapacités
- ◆ **↑ interventions complexes (technologie/médicaments)** chez des personnes de plus en plus âgées
- ◆ **Systemes de soins de santé peu adaptés** à la prise en charge des maladies chroniques, de la fragilité et de la dépendance, à la complexité du traitement des maladies chroniques et des soins aux personnes âgées fragiles

Santé et état fonctionnel de patients cancéreux âgés de 70 ans et plus adressés pour chimiothérapie



Soins aux personnes âgées : une complexité et une diversité à saisir

◆ **Personnes âgées en santé**

- Soins de première ligne, promotion de la santé/prévention

◆ **Fragilité précoce/faible risque/maladie chronique**

- Soins de première ligne, détection de la vulnérabilité; suivi systématique des maladies chroniques, visites préventives à domicile

◆ **Risque moyen et incapacité légère à modérée**

- Soins de première ligne et soins à domicile, gestion des maladies chroniques avec services gériatriques spécialisés

◆ **↑ de l'incapacité et de la complexité**

- Systèmes « complexes » de services intégrés : gestion de cas; première ligne appuyée par la gériatrie spécialisée

◆ **Soins de fin de vie**

Les défis de la transformation

- ◆ Les interventions complexes aident les personnes âgées à vivre de façon indépendante et en sécurité, et peuvent être adaptées pour répondre à leurs besoins individuels et à leurs préférences. Beswick et al Lancet 2008
- ◆ Une vision de changement qui s'appuie sur les solutions émergentes, sur les données probantes et sur l'expérience internationale
- ◆ Partenariat cliniciens/gestionnaires /chercheurs/la population
- ◆ Adapter les interventions au contexte local
- ◆ Rôle de la recherche :
 - Synthétiser les connaissances
 - Études populationnelles et sur les pratiques
 - Recherche évaluative
 - Transfer de connaissances

Remerciements/Contributions

- ◆ Initiative Canadienne sur la fragilité et le vieillissement
- ◆ 2^{ème} séminaire international de travail (Montréal Mars 2006)
 - Construit à partir du 1^{er} séminaire (Lausanne 2003) et des rencontres AGS/NIA (Baltimore 2004)
 - Comité organisateur : H Bergman, C Wolfson, L Ferrucci, J Guralnik, D Hogan
 - Participants
 - Gériatrie, épidémiologie, santé publique, biostatistiques, biologie, neurologie, oncologie, et sociologie
 - Canada, USA, Suisse, Israël, Italie, Mexique, Pays-Bas, Allemagne, Japon, Royaume-Uni, Espagne, France, Singapour
- ◆ Solidage (McGill/UdeM)-groupe de recherche sur la fragilité et le vieillissement – financé par les FRSQ
 - Frele; Etudes sur les bases de données Internationale sur la fragilité (FrDATA study)
 - Projet SIPA
- ◆ **Projet COPA Paris : Isabelle Vedel, Matthieu DeStampa, Joel Ankri**
- ◆ Programme de recherche et d'enseignement de McGill en oncologie et vieillissement
- ◆ Commission Clair