

Thème de l'appel d'offre HAS CNSA

Évaluation de la qualité de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie au sein des différentes structures

Impacts de la coordination sur l'état de santé, les pratiques professionnelles et le recours aux services pour les personnes âgées dépendantes à domicile

Évaluation du modèle d'intégration des services COPA (Coordination Personnes Âgées) sur le 16^{ème} arrondissement de Paris sous le nom de réseau gérontologique « Ancrage »

Matthieu de Stampa, MD, PhD, Université Versailles Saint-Quentin en Yvelines
Isabelle Vedel, MD, PhD, Groupe Solidage, Université de Mc Gill et Montréal

Avec la collaboration d'Emmanuel Bagaragaza, Claire Mauriat, Jean-François Buyck, Liette Lapointe, Veronique Ghadi, Christèle Routelous, Ségolène de Montgolfier, Howard Bergman, Philippe Aegerter, Jean-Claude Henrard, Bernard Cassou, Joël Ankri

Rapport Final, juin 2010

REMERCIEMENTS

Les Financeurs

- La Haute Autorité de Santé (HAS) et la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)
- Le Conseil Régional Île de France et le programme Partenariat Institution-Citoyen pour la Recherche et l'Innovation (PICRI)

Le Groupe Intervention

- Le réseau gérontologique « Ancrage » (Paris 16) avec :
 - Les gestionnaires de cas : Manuelle Sekely, Angeline Camut, Harmony Trouvé
 - L'équipe support : Dr Ségolène de Montgolfier, Marie Jouannet, Françoise Simana, Dr Isabelle Charret
 - Le conseil d'administration de l'association Ancrage
- Les médecins traitants et l'Amicale des Médecins du 16^{ème} arrondissement de Paris

Le Groupe SPASAD

- Les professionnels du SPASAD « Les Amis » (Paris 17^{ème}) et particulièrement Bernard Ennuyer
- Les professionnels du SPASAD de Boulogne Billancourt et particulièrement Patricia Morilleau
- Mme Jacqueline Pasek

Le Groupe Coordination Informelle

- Les professionnels du service hospitalier du Pr Laurent Teillet à l'hôpital Ambroise Paré (Boulogne Billancourt)
- Les professionnels des services hospitaliers de l'hôpital Sainte Péline du Pr Laurent Teillet, des Dr Jean-Laurent Le Quintrec et Bruno Le Dastumer (Paris 16^{ème})
- Les professionnels de l'hôpital Henry Dunant et particulièrement le Dr Géraldine Magnier

Le Laboratoire Santé Environnement Vieillessement (Paris)

- Philippe Aegerter, MD, PhD
- Joël Ankri, MD, PhD
- Emmanuel Bagaragaza,
- Jean-François Buyck, MD, AHU
- Bernard Cassou, MD, PhD
- Véronique Ghadi
- Jean-Claude Henrard, MD, PhD
- Claire Mauriat, MD, AHU
- Evelyne Marchon
- Ségolène de Montgolfier, MD
- Christèle Routelous, PhD
- Matthieu de Stampa, MD, PhD

Le groupe de recherche Solidage (Montréal)

- Howard Bergman, MD, PhD
- Liette Lapointe, PhD
- Isabelle Vedel, MD, PhD

RESUME

Contexte : Les personnes âgées dépendantes vivant à domicile avec des situations médico-psychosociales complexes, nécessitent la coordination de nombreux intervenants dans un système de santé français qui est fragmenté. Le modèle d'intégration des services COPA (Coordination Personnes Agées) a été implanté en 2006 sur un arrondissement de Paris pour répondre à cette fragmentation et pour améliorer la qualité de ces interventions.

Objectifs : Comparer l'impact de 3 types de coordination sur les paramètres de santé, les pratiques professionnelles et le recours aux services d'une population âgée dépendante suivie à domicile pendant 12 mois. Etudier si et à quelles conditions les médecins traitants adoptent le modèle COPA.

Méthodologie : Etude prospective longitudinale avec comparaison de 3 groupes de personnes âgées dépendantes. Le premier correspondait aux personnes suivies par un gestionnaire de cas dans le modèle COPA (groupe intervention) (n=105), le deuxième était suivi par une infirmière coordinatrice dans un Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile (SPASAD) (n=206) et le troisième suivi par un aidant informel (coordination informelle) (n=117). Ces 428 personnes âgées ont été sélectionnées par l'outil CHIP+ (Community Hospital Intake Profile modifié) permettant d'homogénéiser les populations sur des critères de complexité de situation. Les données ont été recueillies à l'inclusion, à 6 et 12 mois au moyen du Resident Assessment Instrument-Home Care (RAI-HC). L'échelle de l'EuroQol a permis une mesure de la qualité de vie. Le recours aux services à domicile et hospitaliers a été relevé au cours du suivi. Parallèlement, une étude qualitative a comparé le vécu des personnes âgées dans les 3 groupes de population et a analysé la participation des médecins traitants dans le groupe intervention appliquant le modèle COPA.

Résultats : A niveau de complexité égal à T0, le groupe intervention présente plus de troubles cognitifs et moins d'accès aux services, le groupe SPASAD est plus dépendant et les personnes âgées de la coordination informelle utilisent plus de services et ont plus souvent un aidant. A 1 an et après ajustement sur la situation initiale, il y a une augmentation de la prévalence des entrées en institution pour les groupes SPASAD et de façon significative dans le groupe intervention (OR=2.29, 95%=1.1-4.7). Il n'y a pas de lien entre la mortalité et le type de coordination. Le risque de décéder à l'hôpital diminue significativement pour le groupe intervention (OR=0.20, 95%=0.05-0.78). Il y a une amélioration significative des paramètres mentaux (risque de dépression et qualité de vie perçue) et des pratiques professionnelles (couverture vaccinale) dans le groupe intervention par rapport aux 2 autres groupes. Il y a une augmentation non significative de l'accès vers les services à domicile (nombre et passages quotidiens) sans augmentation de leur utilisation dans le groupe intervention. Il y a une tendance vers une diminution des hospitalisations dans les groupes SPASAD et intervention et une réduction significative des passages aux urgences dans le groupe intervention (OR=0.22, 95%=0.05-0.98). L'étude qualitative a présenté des difficultés pour l'évaluation des personnes âgées (troubles cognitifs et refus). Les personnes de l'échantillon sont globalement satisfaites des interventions à domicile dans les 3 groupes. Enfin, les médecins traitants adoptent lentement mais sûrement le modèle COPA. Ils estiment que ce modèle est simple d'utilisation, compatible avec leurs pratiques et respecte la place centrale du médecin traitant.

Conclusions : Le modèle d'intégration COPA présente des résultats positifs sur les paramètres de santé, les pratiques professionnelles et réduit les recours aux services hospitaliers. La participation active des médecins traitants peut expliquer en partie ces résultats. Cette étude renseigne aussi sur la complexité de la population cible pour améliorer l'orientation vers la gestion de cas.

TABLE DES MATIERES

Introduction (p.8)

Objectifs spécifiques (p.11)

Méthodologie (p.12)

Etude prospective longitudinale

- I. Description des 3 types de coordination (p.12)
 - I.1. Le groupe intervention
 - I.2. Le groupe SPASAD
 - I.3. La coordination informelle
- II. Choix de la population de l'étude et déroulé du recrutement (p.14)
 - II.1. Les critères d'inclusion et d'exclusion
 - II.2. Déroulé du recrutement dans les 3 groupes
- III. Outil d'évaluation multidimensionnelle (p.15)
- IV. Recueil des données dans les 3 types de coordination (p.16)
- V. Analyses statistiques (p.17)

Etude qualitative

- I. Etude comparative du vécu des personnes âgées dans les 3 types de coordination (p.17)
 - I.1. Objectifs
 - I.2. Recrutement des personnes âgées
 - I.3. Recueil des données
- II. Etude sur les médecins traitants dans le groupe intervention (p.19)
 - II.1. Cadre théorique
 - II.2. Recrutement des médecins traitants
 - II.3. Recueil des données
 - II.4. Analyses des données

Résultats (p.23)

Etude prospective longitudinale

- I. Description de la population âgée dépendante dans les 3 types de coordination à l'inclusion à T0 (p.23)
 - I.1. Caractéristiques sociodémographiques (p.23)
 - I.2. Paramètres de santé et des pratiques professionnelles (p.25)
 - I.3. Recours aux services (accès et utilisation) (p.30)
 - I.4. Comparaisons entre les 3 types de coordinations, analyses univariées (p.34)
- II. Description des impacts dans les 3 types de coordination à T12 mois (p.36)
 - II.1. Devenir des personnes âgées dépendantes (p.36)
 - II.2. Paramètres de santé et pratiques professionnelles (p.41)
 - II.3. Recours aux services (accès et temps d'utilisation) (p.47)

Etude qualitative

- I. Perceptions des personnes âgées dans les 3 types de coordination (p.55)
 - I.1. Difficultés dans le recueil des données compte tenu de la complexité des situations (p.55)
 - I.2. Présence d'un coordonnateur des interventions mais absence de réunions de coordinations cliniques (p.55)
 - I.3. Absence d'évolution des paramètres de santé à T 6 mois (p.56)
 - I.4. Satisfaction des personnes âgées sur la qualité des soins (p.56)

- II. Participation des médecins traitants dans le modèle d'intégration (p.57)
 - II.1. Diffusion du modèle parmi l'ensemble des médecins traitants (p.57)
 - II.2. Perceptions du modèle d'intégration par les médecins traitants (p.57)
 - II.3. Facteurs influençant l'adoption du modèle par les médecins traitants (p.58)

Discussion (p.63)

Bibliographie (p.68)

Annexe 1.

Outil de filtrage CHIP + (Community Hospital Intake Profile modifié)

Annexe 2.

Recrutement de la population

Annexe 3.

L'outil Resident Assessment Instrument – Home Care (RAI-HC)

Annexe 4.

Échelle hiérarchique des AVQ

Annexe 5.

Échelle performance cognitive

Annexe 6.

Recueil du suivi entre l'inclusion à T0, T6 et T12 mois

Annexe 7.

Description de l'échantillon de médecins traitants ayant participé à l'étude

Annexe 8.

Grille d'entretien semi-directif auprès des médecins traitants

Synthèse (p.94)

LISTE DES FIGURES, TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Figure 1. Courbe de diffusion d'une innovation normalisée avec division d'une population en 4 catégories d'adopteurs (p.20)

Tableau 1. Caractéristiques perçues de l'innovation et leur définition, selon Rogers (2003) (p.20)

Tableau 2. Données sociodémographiques de la population âgée à l'inclusion à T0 (p.24)

Tableaux 3 et 4. Prévalences des performances dans les activités instrumentales (AIVQ) et de la vie quotidienne (AVQ) à l'inclusion à T0 (p.26-27)

Tableau 5. Prévalences des paramètres de santé et des interventions à l'inclusion à T0 (p.29)

Tableau 6. Prévalences des pratiques professionnelles à l'inclusion à T0 (p.30)

Tableau 7. Accès aux services d'aide, de soins et de rééducation à domicile à l'inclusion à T0 (p.32)

Tableau 8. Temps d'utilisation des services d'aide, de soins et de rééducation à domicile et de l'hôpital à l'inclusion à T0 (p.33)

Tableau 9. Comparaisons des caractéristiques de la population et du recours aux services à l'inclusion à T0, analyses univariées (p.35)

Tableau 10. Devenir de la population à T6 et T12 (p.37)

Figure 2. Courbe de survie sans décès entre l'inclusion T0 et T12 (p.38)

Figure 3. Courbe de survie sans entrée en institution entre l'inclusion T0 et T12 (p.39)

Tableau 11. Facteurs associés au décès et à l'entrée en institution entre l'inclusion T0 et T12, analyses multivariées (p.40)

Tableau 12. Facteurs de risque de décès à l'hôpital associés entre l'inclusion T0 et T12, analyses multivariées (p.40)

Graphique 1. Evolution (Δ) des AVQ, AIVQ et CPS moyens entre l'inclusion T0 et T12 (p.42)

Tableau 13. Evolution (Δ) des paramètres mentaux et somatiques entre l'inclusion T0 et T12 (p.43)

Tableau 14. Evolution (Δ) des pratiques professionnelles entre l'inclusion T0 et T12 (p.43)

Tableau 15. Evolution des paramètres de santé quantitatifs entre l'inclusion T0 et T12, analyses multivariées (p.45)

Tableau 16. Evolution des paramètres mentaux et somatiques et des pratiques professionnelles entre l'inclusion T0 et T12, analyses multivariées (p.45)

Tableau 17. Evolution des pratiques professionnelles et des paramètres mentaux entre l'inclusion T0 et T12, analyses multivariées en 2 groupes (p.46)

Graphique 2. Evolution (Δ) du nombre moyen total de services et de passages par semaine à domicile entre T0 et T12 (p.48)

Tableau 18. Evolution (Δ) de l'accès aux services d'aide, de soins et de rééducation à domicile à l'inclusion à T0 et T12 (p.49)

Tableau 19. Evolution (Δ) du temps d'utilisation des services d'aide, de soins et de rééducation à domicile à l'inclusion T0 et T12 (p.50)

Tableau 20. Evolution des paramètres accès et temps d'utilisation des services à l'inclusion T0 et T12, analyses univariées et multivariées (p.52)

Tableau 21. Evolutions des hospitalisations de la population entre l'inclusion T0, T6 et T12 mois (p.54)

Tableau 22. Evolutions des hospitalisations de la population entre l'inclusion T0 et T12 mois, analyses multivariées (p.54)

Figure 4. Diffusion du réseau parmi l'ensemble des médecins traitants (p.57)

Tableau 23. Perception des médecins traitants du modèle d'intégration selon les 4 catégories d'adopteurs et les 5 caractéristiques de l'adoption (p.58)

Tableau 24. Perception des médecins traitants vis-à-vis du modèle d'intégration (p.62)

INTRODUCTION

Dans la plupart des pays occidentaux, les récentes transitions démographiques et épidémiologiques se traduisent par une augmentation du nombre de personnes âgées¹ présentant plusieurs pathologies et dont les conséquences fonctionnelles et sociales sont à l'origine d'une dépendance pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. Cette population qui vit majoritairement à domicile, présente des besoins médico-psycho-sociaux complexes [1-3] avec un risque élevé de passages aux urgences, d'hospitalisations et d'entrées en institution [4, 5]. Répondre à ces besoins nécessite une coordination des services d'aide et de soins au domicile et une articulation plus efficace avec les services hospitaliers. Comme dans la plupart des pays occidentaux, le système français est défini comme fragmenté [6-8] orientant ses interventions vers les maladies aiguës et non vers la gestion des problèmes chroniques [9]. De plus, ce sont souvent les personnes âgées elles-mêmes ou leur famille qui organisent et coordonnent les services d'aide et de soins à domicile [10, 11]. Par conséquent, les besoins de cette population âgée sont insuffisamment repérés et couverts, avec une inadéquation entre besoins et services [12, 13] avec comme conséquences des passages aux urgences pour des situations de crises « sociales » [14-16] et des recours inadaptés vers l'hospitalisation [4, 5, 17, 18]. Quel que soit le système de santé, le renforcement de la coordination autour de la personne et entre les services est devenu un enjeu majeur de santé publique afin de répondre aux besoins complexes de cette population.

En France, la fragmentation du système de santé présente quatre grands clivages entre le secteur sanitaire et social, entre la ville (soins de première ligne) et l'institutionnel (soins de deuxième ligne), entre le formel et l'informel et entre les soins de longue durée et les soins aigus [19-21]. Pour répondre à ces fragmentations, la coordination gériatrique est née il y a plus de 30 ans, d'abord prônée par l'Etat puis reprise par les acteurs de la décentralisation et réactivée par les derniers textes qui cherchent à mailler l'ensemble du territoire de ces structures de coordination [22]. On peut retenir de façon chronologique les tentatives de l'administration centrale de mettre en place des programmes sectorisés et coordonnés dans les années 1970 suivis de la création temporaire de postes de coordonnateurs et d'instances locales de coordination en 1982² qui cumulaient coordination entre partenaires et coordination de proximité autour de la personne. Le début des années 1980 est marqué par le début de la mise en place des Services Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) avec des infirmières coordinatrices pour répondre aux besoins de la population dépendante vivant au domicile. Les SSIAD sont appelés Services Polyvalents de Soins et d'Aide à Domicile (SPASAD) lorsqu'ils sont associés à un Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD). A la fin des années 1990, des guichets uniques de proximité sont créés sur une

¹Agées de plus de 65ans.

²Créées par la circulaire du 7 Avril 1982 (secrétaire d'état chargé des personnes âgées) avec 500 emplois de coordonnateurs.

grande partie du territoire avec les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) pour informer, orienter et évaluer les besoins des personnes de plus 60 ans (CLIC niveau 3)³ Au début des années 2000, sont mises en place les équipes médico-sociales de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)⁴ pour financer la dépendance (relais à la Prestation Spécifique Dépendance) avec l'évaluation de l'éligibilité, des montants alloués et l'organisation des plans d'aide pour les populations âgées de plus de 60 ans. Parallèlement, les réseaux gérontologiques se sont développés pour les populations de plus de 75 ans avec des pathologies chroniques avec la réalisation d'un diagnostic de la situation de la personne et l'élaboration d'un plan de soins pour répondre aux besoins⁵. Leurs évaluations montrent des impacts décevants en termes de service médical rendu avec un nombre de patients pris en charge limité et une implication faible des médecins traitants mais ces évaluations sont insuffisantes d'un point de vue méthodologique⁶.

Au plan international, la coordination des services est abordée depuis trois décennies sous l'angle de l'intégration qui accompagne en général des politiques de désinstitutionalisation et de renforcement des soins de première ligne [23]. Il existe plusieurs modèles d'intégration des services dont les caractéristiques organisationnelles sont plus clairement définies que celles des coordinations gérontologiques en France. Kodner et Kyriacou définissent l'intégration comme un ensemble de techniques et de modèles d'organisation conçu pour la transmission d'information, la coordination et la collaboration à l'intérieur et entre les services et les secteurs administratifs et financeurs [24]. Ces modèles d'intégration présentent 6 composantes avec 3 mécanismes (la concertation, le guichet unique, la gestion de cas) et 3 outils (outil d'évaluation multidimensionnelle, la planification et le système d'information). Pour la population âgée, ces modèles d'intégration interviennent préférentiellement auprès des personnes dépendantes (« with disabilities ») et ils ont montré des résultats encourageants tant sur les pratiques professionnelles et l'état de santé des populations que sur l'utilisation des ressources avec des différences d'un modèle à l'autre. Les évaluations de ces modèles sont pour la plupart prospectives, quasi-expérimentales sur des échantillons oscillant entre 200 à 3000 personnes, avec des populations cibles dites fragiles et des durées de suivi de 1 à 5 ans [25]. Le type de modèle et le système de santé dans lequel il est

³Créés par la circulaire DAS/RV2/2000/310 du 6 juin 2000 relative aux centres locaux d'information et de coordination.

⁴Décret du 19 septembre 2003, relatif au concours spécifique du Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) qui a remplacé en 2002 la prestation spécifique dépendance (PSD).

⁵Loi du 4 Mars 2002 Articles L 6321-1 et L 6321-2 SP et Circulaire DHOS/CNAM du 2 Mars 2007.

⁶Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS). 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 de synthèse. Paris : Inspection générale des affaires sociales ; 2006.

⁶Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS). 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 de synthèse. Paris : Inspection générale des affaires sociales ; 2006.

implanté peuvent expliquer en partie la variabilité des résultats. Mais le choix de la population âgée cible de ces études et la capacité des professionnels à adopter ces modèles auraient un impact non négligeable sur les résultats. En effet, même si les populations sont dites fragiles et/ou dépendantes, les filtres de sélection dans ces études ne sont pas toujours comparables avec au final des populations retenues qui sont différentes. Par ailleurs, l'implantation de ces modèles a rencontré des obstacles en termes d'adoption par les professionnels de santé [26-29] avec des effets limitatifs sur les impacts populationnels [30]. Il reste à ce propos encore des incertitudes pour comprendre si, à quelles conditions les professionnels et en particulier les médecins traitants adoptent ces nouvelles organisations.

Le modèle d'intégration des services appelé COPA (Coordination Personnes Âgées) est un des premiers modèles d'intégration avec gestion de cas qui a été implanté en France en 2006 dans le 16^{ème} arrondissement de Paris [31]. Ce modèle d'intégration a pour objectif d'améliorer la qualité du maintien à domicile (réponses aux besoins, accès aux services et continuité des interventions) et d'éviter certaines hospitalisations et passages aux urgences des personnes âgées en situations dites complexes. La construction et l'implantation de ce modèle ont utilisé une approche de type « bottom-up » pour renforcer la participation des professionnels sur l'ensemble du territoire avec un leadership adapté aux différentes étapes [32, 33]. COPA intensifie les services de première ligne avec l'implantation de gestionnaires de cas qui coordonnent les intervenants auprès de la personne, renforce le rôle du médecin traitant avec la création d'un binôme médecin-gestionnaire de cas et consolide l'interface avec les services hospitaliers par la création de l'équipe support composée en particulier de gériatres. L'application de ce modèle a été financée par le FIQCS (Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins) sous le nom de réseau intégré gériatologique « Ancrage ».

Le modèle COPA, qui associe intégration des services et gestion de cas, nécessite d'être évalué afin d'identifier les éventuelles plus-values sur la population âgée dépendante par rapport aux coordinations préexistantes. Peu d'études en France se sont intéressées au suivi de cette population et aucune à notre connaissance n'a comparé différents types de coordination. Notre recherche a mobilisé une étude quantitative de type épidémiologique et une étude qualitative de type sociologique auprès de 3 types de coordination autour de la personne. Ces coordinations se composent du gestionnaire de cas dans le modèle intégré COPA, celle d'une infirmière coordinatrice dans un SPASAD et celle d'un aidant dans une coordination dite informelle. Notre étude part de l'hypothèse qu'à population âgée équivalente, un plus haut niveau d'intégration des services sera associé à de meilleurs impacts en termes de santé, d'utilisation des ressources et de participation des professionnels.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

I. Description de la population âgée dans les 3 types de coordination à l'inclusion àT0 avec:

- Les caractéristiques sociodémographiques,
- Les paramètres de santé dont l'état fonctionnel et cognitif, l'humeur, la qualité de vie perçue, la présence de douleurs, ... et les pratiques professionnelles,
- Les recours aux services à domicile (accès et temps d'utilisation) avec l'aide, le soin et la rééducation et les hospitalisations dans les 3 derniers mois.

II. Description des impacts dans les 3 types de coordination à T12 mois avec:

- Le devenir des personnes avec le lieu de vie (domicile, entrée institution) et les décès (lieu),
- Les paramètres de santé et les pratiques professionnelles,
- Les recours aux services à domicile et les hospitalisations avec les passages aux urgences et les réhospitalisations

III. Description de la coordination à partir de l'étude qualitative avec:

- L'étude du vécu des personnes âgées et de leur entourage dans les 3 types de coordination
- L'identification des facteurs liés à l'adoption et à la diffusion du modèle intégré auprès des médecins traitants dans le modèle COPA

MÉTHODES

ETUDE PROSPECTIVE LONGITUDINALE

I. Description des 3 types de coordination

Il s'agit d'une étude quasi-expérimentale avec 3 groupes de coordination dont le groupe intervention et les 2 groupes témoin (SPASAD et coordination informelle). Les 3 groupes sont sur des territoires différents mais identiques en taille, type de population et offre de services.

I.1. Le groupe intervention avec une coordination par un gestionnaire de cas

Le réseau gérontologique « Ancrage » se situe sur le 16^{ème} arrondissement de Paris et caractérise par 6 dimensions:

- *La mise en place d'un guichet unique* avec la participation du Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC), du SPASAD du territoire, des hôpitaux gériatriques publiques (Ambroise Paré et Sainte Péline) et de l'hôpital gériatrique privé participant au service public hospitalier (Henry Dunant). Ils utilisent tous les mêmes critères d'orientation vers la gestion de cas et travaillent en lien avec les Equipes médico-sociales de l'APA (EMS APA), le service personne âgée du Centre Communale d'Action Sociale (CCAS) et du service social départemental avec l'instauration de réunions mensuelles. Le guichet unique est en lien avec les institutions d'hébergement de la zone géographique avec les Etablissements Hébergements Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et les Unités de Soins de Longue Durée (USLD).

- *L'implantation de la gestion de cas*, processus standardisé en 5 étapes avec:

- * le repérage des personnes âgées dépendantes en situation complexe à partir de l'outil CHIP+ (Community Hospital Intake Profile modifié),
- * l'évaluation exhaustive des besoins des personnes âgées à partir de l'outil RAI-HC (Residant Assessment Instrument-Home Care),
- * l'élaboration du plan de services,
- * la mise en place du plan,
- * le suivi au long cours avec la coordination des différents intervenants sociaux, médico-sociaux et sanitaires au domicile.

Le gestionnaire de cas est le référent unique pour 40 personnes âgées en situation complexe et il est responsable de la gestion de cas au long cours. Il a été formé à l'utilisation de l'outil d'évaluation RAI-HC.

- *La formation du binôme entre le gestionnaire de cas et le médecin traitant* : chaque médecin travaille toujours avec le même gestionnaire de cas et chaque gestionnaire de cas a un nombre limité de médecins traitants. Le gestionnaire de cas est en lien avec une moyenne de 10 médecins traitants.
- *L'équipe support de la gestion de cas* avec la participation de deux gériatres, d'une psychologue et d'une coordinatrice infirmière. Les gériatres assurent des mi-temps dans les hôpitaux public et privé, la psychologue assure un temps partiel dans le SPASAD du territoire et la coordinatrice infirmière dans le Centre Local d'Information Coordination (CLIC XV-XVI) pour améliorer les articulations entre les services de ville et l'hôpital.
- *L'utilisation de protocoles communs et des formations communes* entre la ville et l'hôpital
- *Un conseil d'administration de l'association « Ancrage »* avec une présidence tournante entre un représentant des services de ville et des services hospitaliers.

I.2. Le groupe SPASAD avec une coordination par un professionnel

Le groupe SPASAD rassemble 2 SPASAD qui sont des structures associatives qui prennent en charge des personnes de tout âge avec une forte proportion de personnes âgées dont des personnes âgées dépendantes. Au sein de ces SPASAD, les infirmières coordinatrices évaluent les besoins de la population avec un outil non standardisé (Outil DESIR), réalisent la coordination des soins pour leurs patients (aides soignantes et infirmières), établissent des plans de soins et peuvent contacter les médecins traitants et les autres intervenants (auxiliaire de vie et aide ménagère de la même association et professionnels hors association). Le ratio patient/coordinatrice est de 50-60 personnes. Les coordinatrices des SPASAD ont un rôle de gestion d'équipe (planning) et n'ont pas d'accès à l'hospitalisation directe, ni à des avis gériatriques.

Le SPASAD 1 a 160 places. Il est situé dans la ville de Boulogne Billancourt qui est limitrophe du site du 16^{ème} arrondissement de Paris dans le département des Hauts-de-Seine. L'offre de services sur ce territoire regroupe un CLIC associatif, un CCAS, un centre social départemental, une EMS APA, un hôpital gériatrique publique, un centre hospitalier universitaire avec un service de gériatrie et des EHPAD. Le service d'accueil et d'urgence de l'hôpital universitaire est commun avec le groupe intervention (hôpital Ambroise Paré). Les hôpitaux offrent des consultations gériatriques, un hôpital de jour et un accueil de jour.

Le SPASAD 2 a 250 places. Il est situé dans le 17^{ème} arrondissement de Paris qui est limitrophe du site du 16^{ème} arrondissement. L'offre de services regroupe un CLIC, un CCAS, un centre social départemental, une EMS APA, un centre hospitalier universitaire avec un service de

gériatrie et des EHPADs. L'hôpital offre des consultations gériatriques et un hôpital de jour (hôpital Bichat-Claude Bernard).

I.3. Le groupe avec une coordination informelle par un aidant

Ce groupe se caractérise par une coordination des services qui est réalisée par un aidant dit informel auprès de la personne âgée. Cet intervenant coordonne les professionnels et les non professionnels auprès de la personne à son domicile. La population âgée en situation complexe de ce groupe a été recrutée à la sortie des services hospitaliers gériatriques et intéressait les personnes qui rentraient à leur domicile sur la zone géographique du groupe intervention et du groupe SPASAD1 sans le réseau « Ancrage » et sans un SPASAD.

II. Choix de la population de l'étude et déroulé du recrutement

La population âgée dépendante retenue est définie comme étant en situation complexe.

II.1. Les critères d'inclusion et d'exclusion de la population

II.1.1. Critères d'inclusion

- Personne âgée de 65 ans et plus,
- Vivant au domicile (y compris en foyer logement),
- Ayant un médecin traitant,
- Ayant un score $\geq 6/9$ à l'outil de filtrage CHIP + (Community Hospital Intake Profile modifié) [34] (**Annexe 1**),
- Etant admise depuis au moins 1 semaine dans le réseau « Ancrage », le SPASAD et à domicile.

II.1.2. Critères d'exclusion

- Refus de la personne âgée de participer,
- Impossibilité d'envisager un suivi au domicile sur les 12 mois,
- Personne vivant en institution (USLD et EHPAD) ou institutionnalisation programmée,
- Espérance de vie probable inférieure à 1 semaine (phase terminale d'une pathologie).

II.2. Le déroulé du recrutement dans les 3 groupes

Dans le groupe intervention, le recrutement a duré 20 mois entre le 1er janvier 2007 et le 30 septembre 2008 et provenaient à 70% du domicile et à 30% de sortie d'hospitalisation. Au cours de cette période, les 556 personnes signalées au réseau ont eu une évaluation CHIP + par téléphone, 191 étaient éligibles après vérification au domicile des critères par le gestionnaire de cas et 86 ont été exclues (suivi temporaire). Au final, 105 personnes ont été incluses à l'inclusion à T0.

Dans le groupe SPASAD 1, le recrutement a duré 12 mois entre le 1 octobre 2007 et le 31 septembre 2008 à partir des 160 personnes suivies dans les services. Toutes ont eu un CHIP+ qui a été effectué par les coordinatrices, 112 étaient éligibles et 13 ont été exclues (10 refus et 3 décès). Au final, 99 personnes ont participé à T0. Dans le groupe SPASAD 2, le recrutement a duré 11 mois entre le 1 mars 2008 et le 30 janvier 2009 à partir des 250 personnes suivies dans le service. Toutes ont eu un CHIP+ effectué par les coordinatrices, 128 étaient éligibles et 21 ont été exclues (16 refus et 6 décès). Au total, 107 personnes ont participé à T0. Au total, 206 personnes ont participé à T0 dans l'étude. Elles étaient en moyenne depuis 3 mois dans le SPASAD.

Dans le groupe informel, le recrutement a duré 17 mois entre le 2 mai 2007 et le 30 septembre 2008. Au total 631 personnes âgées ont eu un CHIP+ une semaine avant leur sortie de l'hôpital effectué par un investigateur extérieur auprès de la personne, 162 ont été éligibles et 45 ont été exclues (32 refus, 8 décès et 5 perdus de vue). Au total, 117 personnes du groupe informel ont participé à T0.

Au total, la population de l'étude est de 428 personnes âgées dépendantes en situation complexe à l'inclusion à T0 (**Annexe 2**).

III. Outil d'évaluation multidimensionnelle

C'est l'outil RAI-HC (Resident Assessment Instrument – Home Care)[35, 36] qui a été utilisé pour évaluer les besoins de la personne au domicile (**Annexe 3**). C'est un outil d'évaluation multidimensionnelle validé permettant d'évaluer l'état cognitif, l'état fonctionnel (les capacités dans les activités de la vie quotidienne et les activités instrumentales), la communication et la vision, l'isolement, les troubles du comportement, l'état psychologique, les problèmes de santé (chute, douleurs, escarres), la consommation de médicaments, le recours aux services d'aide et de soins. A partir de cet outil, la qualité des soins peut être évaluée à partir des « phénomènes indésirables » tels que douleurs non maîtrisées, symptômes de dépression non traités, troubles de la marche sans rééducation fonctionnelle, absence de vaccination anti-grippale..., etc.

L'outil RAI-HC permet l'utilisation de 6 échelles validées avec:

- L'échelle des AIVQ (Activités Instrumentales de la Vie Quotidienne) prend en compte 8 items : le repas, le ménage, les finances, la prise des médicaments, l'utilisation du téléphone, les courses, l'utilisation des transports et des escaliers. Le score de cette échelle est la sommation de l'ensemble des items qui sont cotés de 0 à 6 et varie de 0 (indépendant) à 48 (dépendance totale).
- L'échelle des AVQ hiérarchique (Activités de la Vie Quotidienne) prend en compte 4 items : l'hygiène personnelle, l'utilisation des toilettes, la locomotion et la prise alimentaire. Un algorithme définit 7 classes de dépendance de 0 (indépendant) à 6 (dépendance totale) (**Annexe 4**).

- L'échelle des performances cognitives (CPS=Cognitive Performance Scale) prend en compte 4 items : la prise de décisions courantes, la capacité à se faire comprendre, la mémoire à court terme, la prise alimentaire. Un algorithme définit 7 classes de 0 (indépendant) à 6 (déficiences très sévères) (*Annexe 5*).
- L'échelle de dépression (Depression Rating Scale) prend en compte 7 items : émettre des expressions négatives, perpétuelles colères envers soi-même, craintes infondées, plaintes somatiques, plaintes anxieuses, visage exprimant la tristesse, larmes et pleurs fréquents. Le score de l'échelle est la sommation des items. Le risque dépressif est un score > 2 .
- L'échelle des troubles du comportement prend en compte 4 items : agressivité verbale, l'agressivité physique, le comportement socialement inadapté et l'opposition aux soins. Le score de l'échelle est la sommation des items. Les troubles du comportement existent lorsque le score est ≥ 1 .
- L'échelle de la douleur prend en compte 2 items : la fréquence et l'intensité de la douleur. Le score varie de 0 à 4 avec 0 (absence de douleur) et 4 (douleur insupportable).

Nous avons enfin utilisé l'EuroQol pour évaluer la qualité de vie perçue. C'est une échelle d'auto évaluation de la qualité de vie qui varie de 0 à 100 avec 0 pour une qualité de vie perçue comme nulle et 100 une qualité de vie perçue comme excellente [37].

IV. Recueil des données dans les 3 types de coordination

Le recueil a consisté à réaliser 3 évaluations à domicile avec l'outil RAI-HC à l'inclusion, à 6 et 12 mois pour l'ensemble de la population. Entre 2 évaluations T0-T6 et T6-T12, ont été recueillies les données du devenir avec les entrées en institution, les décès dont leur lieu (hôpital et domicile) et l'utilisation des services hospitaliers (passage simple aux urgences, hospitalisation avec passage aux urgences et hospitalisation sans passage par les urgences) (*Annexe 6*).

Dans le groupe intervention, le recueil des données a été effectué au domicile de la personne âgée par le gestionnaire de cas attribué en utilisant la version longue de l'outil RAI-HC. Dans le groupe SPASAD 1, ce sont les infirmières coordinatrices qui ont effectué les évaluations en utilisant une version abrégée du RAI-HC. Le même investigateur extérieur a effectué les évaluations à domicile des groupes SPASAD 2 et informel avec la version longue de l'outil RAI-HC.

V. Analyses statistiques

Les résultats descriptifs de la population à T0 dans les 3 types de coordination sont présentés sous la forme de moyennes (écarts-types (SD) pour les variables quantitatives et de pourcentages pour les variables qualitatives. Des tests du Chi-2 et des régressions linéaires simples ont été utilisés afin de tester les différences observées entre ces 3 groupes.

L'impact du type de coordination en termes de survie et d'institutionnalisation à T12 a été évalué en analyse univariée par des courbes de survie de type Kaplan-Meier (tests du Log-Rank) et en analyse multivariée par des modèles de Cox avec ajustement sur l'âge, le sexe, les échelles des AVQ et CPS, la présence d'un aidant et les antécédents d'hospitalisation. Les hazard-ratios (HR) associés à leur intervalle de confiance à 95% (IC 95%) sont présentés, en prenant pour catégorie de référence le groupe « coordination informelle ».

L'évolution entre T0 et T12 de l'ensemble des paramètres a été quantifiée (Δ) et des analyses univariées et multivariées ont été réalisées. Pour les variables qualitatives, l'analyse multivariée a été effectuée à l'aide de régressions logistiques et les résultats sont présentés sous la forme d'odds-ratios (OR) et IC 95% en prenant pour catégorie de référence le groupe « coordination informelle ». Pour les variables quantitatives, l'analyse multivariée a utilisé des régressions linéaires multiples avec des moyennes ajustées $\pm$ erreurs standards (SE). Les différents niveaux d'ajustement ont été utilisés, détaillés en bas des tableaux. Une valeur de P inférieure à 0.05 était considérée comme statistiquement significative. Les logiciels SPSS (version 12.0) et SAS (version 9.1.3) ont été utilisés pour l'ensemble des analyses.

ETUDE QUALITATIVE

I. Étude comparative du vécu des personnes âgées dans les 3 types de coordination

I.1. Objectif

L'objectif spécifique de ce volet était d'explorer les trois coordinations sous l'angle de la qualité des soins et de la satisfaction perçue par les personnes âgées et/ou de leurs proches. Il ne s'agissait pas de réaliser une évaluation formelle du fonctionnement des trois groupes dite évaluation des processus dans la typologie de Donabedian (accessibilité, utilisation de protocoles de soins, etc.) mais d'évaluer des résultats de la coordination à partir du point de vue des personnes âgées.

I.2. Recrutement des personnes âgées

Dans chacun des trois groupes, 10 personnes ont été tirées au sort, soit un total de 30 personnes. La liste des personnes sélectionnées est issue de la base de données de l'étude quantitative réalisée par ordre chronologique d'inclusion dans l'étude. Si la personne n'était pas joignable ou avait quitté l'étude au moment du contact (décès, institutionnalisation, perdu de vue), ou refusait l'entretien, la personne suivante de la liste était alors contactée. Les monographies ont été réalisées à partir du même échantillon.

I.3. Recueil des données

I.3.1. Entretiens semi-directifs auprès des personnes âgées

La personne âgée a été rencontrée seule ou en présence de son aidant principal ou d'un aidant professionnel. Si la personne n'était pas en capacité de répondre aux questions (trouble de la parole ou de la compréhension, refus de répondre), l'entretien et le questionnaire étaient passés à son aidant informel ou professionnel lorsqu'il était présent. Deux enquêtrices (CM⁷, CS⁸) formées aux méthodes qualitatives ont conduit les entretiens individuels semi-directifs qui ont duré en moyenne 60 min. Un même guide d'entretien a été utilisé pour tous les entretiens et comportait: l'histoire de vie de la personne, le mode d'entrée dans le type de coordination et leur point de vue sur cette coordination représentée par le gestionnaire de cas, l'infirmière coordinatrice et l'aidant informel. La qualité des soins a été mise en cohérence avec les problèmes de santé identifiés à T0 par l'outil d'évaluation RAI-HC. Cette qualité des soins perçue a utilisé le questionnaire de Paule Lebel qui explore la satisfaction et le point de vue sur la qualité de l'aide et des soins à destination des personnes âgées à domicile[38].

I.3.2. Monographies

Nous avons réalisé six monographies : 3 dans le groupe intervention et 3 dans la coordination informelle. Les trois monographies du groupe SPASAD n'ont pu être réalisées suite au départ d'enquêteurs non remplacés à temps. Les monographies ont été constituées à partir des interviews de personnes/aidants, du médecin traitant, des autres intervenants au domicile, ainsi que de la lecture de documents type dossier de suivi, après autorisation par la personne et/ou son aidant. Il était prévu de mener des focus groups réunissant l'ensemble des professionnels intervenant au domicile de la personne, afin de mieux saisir leur connaissance les uns des autres et de mieux comprendre les modalités de leurs relations interprofessionnelles. La mise en place de ces focus

⁷Claire Mauriat

⁸Christèle Sales

groupes n'a pas été possible compte tenu de l'incompatibilité entre les emplois du temps des différents professionnels.

II. Etude sur les médecins traitants dans le groupe intervention

II.1. Cadre théorique

Pour répondre aux objectifs de l'étude qualitative auprès des médecins traitants, le cadre théorique mobilisé est celui de la théorie de la diffusion des innovations de Rogers (2003). Selon cette théorie, la diffusion est le processus par lequel une innovation est communiquée à travers différents canaux au cours du temps parmi les membres d'un système social.

Une innovation est une idée, une pratique ou un objet qui est perçu comme une nouveauté par les individus. Il importe peu que l'idée soit objectivement nouvelle mais plutôt qu'elle soit perçue comme telle par les individus car la perception de la nouveauté par l'individu détermine sa réaction envers l'innovation. De plus, à partir d'une certaine masse critique d'individus adoptant l'innovation, le succès de l'implantation est assuré. En effet, tous les individus n'adoptent pas l'innovation avec la même rapidité. Quatre catégories d'adopteurs sont définies selon leur capacité d'innovation, à savoir la rapidité avec laquelle ils vont adopter l'innovation : les quelques personnes qui l'adoptent très rapidement sont les innovateurs et les adopteurs précoces (*innovators* et *early adopters*), puis une augmentation du nombre des individus l'adoptant, à savoir la majorité précoce (*early majority*) jusqu'à l'adoption par les adopteurs tardifs, à savoir la majorité tardive (*late majority*) et peu d'individus retardataires / non participants (*laggards*). L'existence de ces 4 catégories d'adopteurs est représentée graphiquement dans la **Figure 1**.

Selon la théorie de la diffusion des innovations (Rogers 2003), les taux d'adoption des différentes innovations peuvent être expliqués par les 5 caractéristiques perçues des innovations suivantes : avantage relatif (relative advantage), compatibilité (compatibility), simplicité (simplicity), possibilité de l'expérimenter (trialability), possibilité de l'observer - observabilité (observability). La définition de ces 5 caractéristiques est présentée dans le **Tableau1**.

Figure 1. Courbe de diffusion d'une innovation normalisée avec division de la population en 4 catégories d'adopteurs

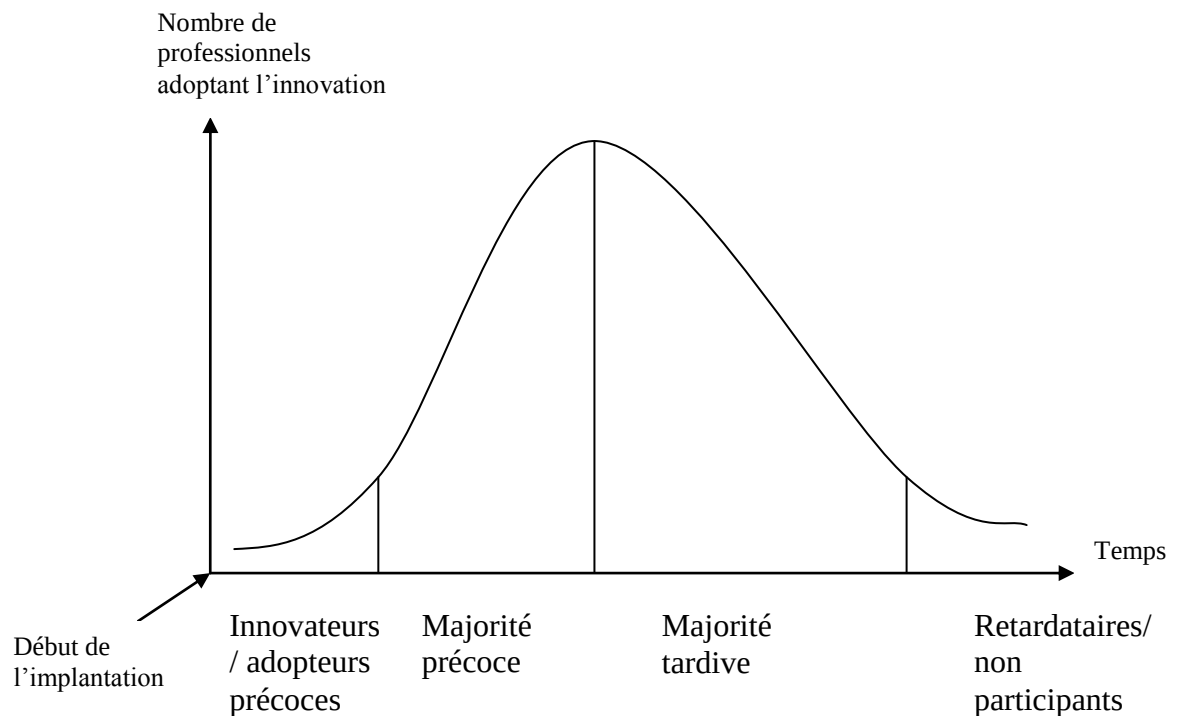


Tableau 1. Caractéristiques perçues de l'innovation et leur définition, selon Rogers (2003) [39]

Caractéristiques de l'innovation	Définition
Avantage relatif	La façon dont une innovation est perçue comme meilleure que l'idée qu'elle remplace
Compatibilité	La façon dont une innovation est perçue comme compatible avec les valeurs existantes, les expériences passées et les besoins des adopteurs potentiels
Simplicité	La façon dont une innovation est perçue comme simple à comprendre et à utiliser
Possibilité de l'expérimenter	La façon dont une innovation peut être expérimentée sur une base limitée
Observabilité	La façon dont les impacts d'une innovation sont rendus visibles au regard des autres

II.2. Recrutement des médecins traitants

Les médecins traitants libéraux ont été identifiés sur le territoire du groupe intervention à partir de l'annuaire des professionnels. Au total, 175 médecins ont été retenus et les médecins ayant une activité spécialisée telle que l'esthétique ont été exclus de la base de recrutement. Conformément au cadre théorique mobilisé, chaque médecin traitant exerçant dans le 16^{ème} arrondissement a été classé parmi une des 4 catégories d'adopteurs. La classification des médecins traitants dans une de ces catégories est basée sur la rapidité relative de l'adoption du réseau pour ce médecin donné, à savoir le laps de temps qui s'écoule entre le moment où le réseau est implanté et les premiers signalements de patients par ce médecin et/ou les premières collaborations de ce médecin avec les gestionnaires de cas. Pour chaque médecin, le moment de l'adoption a été défini à partir de la base de données détenue par les gestionnaires de cas du réseau qui retrace leurs activités et notamment leur collaboration. Pour chaque professionnel, l'appartenance à une catégorie d'adopteur a été validée par les gestionnaires de cas et l'équipe support.

Un échantillon de médecins a été constitué sur la base de la théorie mobilisée (*theoretical sampling*) (Pope 1995) afin de recruter des médecins appartenant aux 4 groupes d'adopteurs (early adopters, early majority, late majority, laggards). Ainsi des médecins ayant adopté et pas adopté le modèle intégré ont été recrutés en longitudinal au cours des années 2006 à 2010. Parmi les 41 médecins contactés, seulement 2 ont refusé de participer par manque de temps. Au total 39 médecins ont ainsi participé à l'étude (**Annexe 7**).

II.3. Recueil des données

Pour soutenir et renforcer le processus de compréhension du phénomène à l'étude, nous avons utilisé la triangulation des sources de données[40, 41]: la réalisation des entretiens individuels semi-directifs avec les médecins traitants, l'observation directe des échanges entre les médecins traitants et les gestionnaires de cas, l'étude de la documentation du modèle décrivant les objectifs, les moyens, le fonctionnement et l'utilisation des bases de données détenues par les gestionnaires de cas. Ces bases de données retracent les activités de ces derniers et notamment la collaboration avec les médecins traitants.

II.3.1. Entretiens semi-directifs

Cinq chercheurs (IV, VG, NR, AR, CM⁹) formés en méthodes qualitatives ont conduit les entretiens individuels semi-directifs qui ont duré en moyenne 45 min. Un même guide d'entretien semi-directif a été utilisé pour tous les entretiens (**Annexe 8**). Ce guide comportait une question

⁹Isabelle Vedel, Véronique Ghadi, Natacha Revet, Alice Rouilleault avec la collaboration de Claire Mauriat.

générale sur la perception des participants concernant les réseaux de santé en général, puis permettait d'explorer les perceptions initiales vis-à-vis du modèle d'intégration, et l'évolution des perceptions au cours du temps selon les 5 dimensions de la théorie de la diffusion des innovations (avantage relatif, compatibilité, simplicité, possibilité d'expérimenter le réseau, observabilité). Enfin, les participants étaient interrogés sur leurs perceptions concernant les impacts du réseau. Les participants ont donné leur consentement de participation à la recherche et ont reçu une compensation financière. Tous les entretiens ont été enregistrés et retranscrits intégralement.

II.3.2. Observation et étude de la documentation

Deux chercheurs (IV, MDS¹⁰) ont passé plusieurs jours au sein du réseau et ont participé aux des réunions de gestion de cas afin d'observer les pratiques de collaboration entre l'équipe et les médecins traitants. La documentation produite par le réseau, à savoir les comptes-rendus de réunion, les rapports d'activité ont été analysés. Ces sources d'information supplémentaires ont été utilisées pour confirmer et compléter les informations recueillies par les entretiens semi-directifs.

II.4. Analyses des données

Les retranscriptions des entretiens ont été lues et codées par un chercheur (IV) et validé par un deuxième chercheur (LL¹¹) afin de s'assurer que l'analyse des données est fidèle à la réalité. Le logiciel d'aide à l'analyse qualitative N'Vivo QSR 8 (QSR International Pty Ltd; Doncaster, Victoria, Australia) a été utilisé pour soutenir le processus de codage et d'analyse des retranscriptions. Les retranscriptions ont été codées à partir du cadre théorique de la diffusion des innovations de Rogers (2003) selon les 5 concepts des caractéristiques perçues de l'innovation en mobilisant les méthodes standards de l'analyse thématique qualitative [42, 43]. Cette première phase d'analyse a aussi permis l'identification par comparaison des similitudes et des différences de perception de l'innovation entre les différentes catégories d'adopteurs. L'analyse itérative des données a été poursuivie jusqu'à saturation, à savoir jusqu'à ce qu'aucun nouveau thème n'apparaisse.

¹⁰Isabelle Vedel, Matthieu de Stampa

¹¹Liette Lapointe

RESULTATS

ETUDE PROSPECTIVE LONGITUDINALE

I. Description de la population âgée dépendante dans les 3 types de coordination à l'inclusion

Sur les 1547 personnes qui ont été évaluées avec le CHIP+, 589 étaient éligibles et au total 428 personnes ont été incluses. Les 161 personnes éligibles et non incluses regroupent les refus, les décès avant l'inclusion et les autres orientations que les coordinations étudiées. L'effectif total des 428 personnes regroupe 105 personnes dans le groupe intervention, 206 dans le groupe SPASAD (associant les effectifs des 2 SPASADs) et 117 dans la coordination informelle.

I.1. Caractéristiques sociodémographiques

Le score moyen du CHIP+ pour l'ensemble de la population est de 6.8 (0.7) avec un score 6.5 pour le groupe intervention, 7.1 pour le groupe SPASAD et 6.5 pour la coordination informelle sur les 9 items. L'évaluation multidimensionnelle à domicile à partir de l'outil RAI-HC permet de définir les caractéristiques sociodémographiques, l'état de santé, les pratiques professionnelles et le recours aux services en termes d'accès et de temps d'utilisation.

L'âge moyen de la population est de 87 ans. Les femmes représentent 72.7% de la population. On retrouve une plus grande fréquence dans le groupe intervention de sujets mariés (31.7%) et célibataires (22.1%). Le veuvage est plus fréquent dans les groupes SPASAD (53.9%) et informel (60.0%). La population vit seule à plus de 70% avec 76.7% dans le groupe informel comparé au 63.8% dans le groupe intervention. Plus de 53% de la population du groupe intervention est seule plus de huit heures le jour comparé au 30.6% dans l'ensemble de la population. Dans la coordination informelle, 94.0% des sujets ont un aidant comparé 65.7% du groupe intervention. Le type d'aidant est principalement un conjoint (26.0%) et un ami (24.6%) pour le groupe intervention et un enfant dans les groupes SPASAD (57.1%) et informel (55.4%). A partir des données du CHIP, l'aidant ne peut plus continuer son aide pour près des $\frac{3}{4}$ du groupe intervention comparativement au 25.8% du groupe informel. Plus de la moitié de la population est propriétaire de son logement (53.0%) et la proportion de personnes sous protection juridique est de 20% (**Tableau 2**).

Tableau 2. Données sociodémographiques de la population âgée à l'inclusion à T0

Items du RAI	Type de Coordination			Total (N=428)
	Intervention (N=105)	SPASAD (N=206)	Informelle (N=117)	
Score du CHIP +	6.5 (0.7)	7.1 (0.8)	6.5 (0.8)	6.8 (0.7)
Age moyen (écart-type)	86.1 (6.4)	86.3 (7.4)	89.1 (6.2)	87.26 (7.1)
65-75 ans	3.1	8.1	1.7	5.5
75-85 ans	49.5	32.3	21.4	32.0
>85 ans	47.4	59.6	76.9	62.5
Femme (%)	74.3	70.4	75.2	72.7
Etat matrimonial				
Jamais marié(e)	22.1	11.8	14.8	15.1
Marié(e), vit marit.	31.7	25.0	18.3	24.8
Veuf, veuve	35.6	53.9	60.0	51.1
Divorcé(e), séparé(e)	10.6	9.3	6.9	9.0
La personne vit seule (%)	63.8	69.8	76.7	70.2
Personne seule > 8h le jour (%)	53.9	23.1	23.1	30.6
Avoir un aidant familial ou de voisinage (%)	65.7	72.3	94.0	76.6
Type d'aidant				
Conjoint	26	24.1	16.2	22.4
Enfant	40.6	57.1	55.4	53.9
Autre famille	8.8	8.1	13.5	10.4
Hors famille	24.6	10.7	14.9	14.2
L'aidant ne peut plus continuer son aide¹² (%)	74.5	56.2	25.8	47.8
Propriétaire du logement (%)	69.4	42.2	53.8	53.0
Représentant légal (%)	20.1	22.4	16.1	20
En gras, la proportion la plus élevée pour chacune des variables comparée aux 3 groupes.				

¹²Evaluation à partir du CHIP+

I.2. Paramètres de santé et des pratiques professionnelles

I.2.1. Paramètres fonctionnels

Pour les performances dans les activités instrumentales de la vie quotidiennes (AIVQ) et par niveau décroissant, la population totale des 3 groupes est "indépendante" pour l'utilisation du téléphone (41.9%), la gestion des médicaments (16.1%), la gestion des finances (14.3%), les transports (9.1%), les repas (8.7%), les courses (2.6%) et le ménage (2.1%). Par type de coordination, le groupe intervention a plus fréquemment une "assistance maximale" pour la gestion des finances (79.0%), la gestion des médicaments (74.3%) et l'utilisation du téléphone (41.3%). Le groupe SPASAD a plus fréquemment une "assistance maximale" pour le ménage (93.7%), la gestion des finances (77.1%), les médicaments (72.3%), les courses (93.7%) et pour l'utilisation des transports (71.8%). La coordination informelle a plus souvent une "assistance maximale" pour les repas (84.6%), les courses (96.6%) et les transports (67.5%) et elle est plus fréquemment "indépendante" pour les finances (20.5%) et les médicaments (21.4%). Sur l'échelle des AIVQ, la population présente un score moyen de 16.7 (**Tableau 3**).

Pour les performances dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) et par niveau décroissant, la population totale est "indépendante" pour l'alimentation (67.2%), la mobilité au lit (64.6%), l'utilisation des toilettes (54.6%), la locomotion (50.6%), l'hygiène personnelle (29.7%), l'habillement (19.7%) et le bain (9.1%). Par type de coordination, le groupe intervention reçoit plus fréquemment une aide de type "préparation ou supervision" et "assistance limitée à importante" pour le bain, l'hygiène personnelle et l'habillement alors qu'elle est de type "assistance maximale" pour le SPASAD et la coordination informelle. Pour les autres performances, le groupe intervention est plus souvent "indépendant" pour la locomotion (61.5%), l'utilisation des toilettes (65.4%), la mobilité (76.9%) et l'alimentation (83.3%). Les groupes SPASAD et informel ont plus fréquemment une "aide maximale" pour ces mêmes activités. L'échelle hiérarchique des AVQ présente une moyenne de 5.1 pour la population de l'étude et le groupe intervention a un score plus faible de 3.0. Par classe, le groupe intervention est plus fréquemment "indépendant" (42.7%) et "dépendant modérément" (24.3%), le groupe SPASAD présente plus souvent une "dépendance très sévère" (28.7%) et le groupe informel est "indépendant" (35.9%) et "dépendant sévère" (33.3%) (**Tableau 4**).

Tableaux 3 et 4. Prévalences des performances dans les activités instrumentales (AIVQ) et de la vie quotidienne (AVQ) à l'inclusion à T0

<i>dans les trois jours avant l'évaluation</i>		Type de Coordination		
Items du RAI	Intervention (N=105)	SPASAD (N=206)	Informelle (N=117)	Total (N=428)
Préparation repas (%)				
-Indépendant (0)	8.7	7.8	10.3	8.7
-Préparation ou Supervision (1,2)	6.7	2.4	2.6	3.5
-Assistance limitée à importante (3,4)	13.5	9.2	2.6	8.4
-Assistance max. et activité non a. (5,6,8)	71.2	80.6	84.6	79.4
Ménage courant (%)				
-Indépendant (0)	3.9	1.0	2.6	2.1
-Préparation et Supervision (1,2)	0	1.0	0.9	0.7
-Assistance limitée et importante (3,4)	8.7	4.4	10.3	7.0
-Assistance max. et activité non a. (5,6,8)	87.4	93.7	86.3	90.1
Gestion des finances (%)				
-Indépendant (0)	8.6	13.7	20.5	14.3
-Préparation et Supervision (1,2)	6.7	3.4	0.9	3.5
-Assistance limitée et importante (3,4)	5.7	5.9	9.4	6.8
-Assistance max. et activité non a. (5,6,8)	79.0	77.1	69.2	75.4
Gestion des médicaments (%)				
-Indépendant (0)	14.3	14.1	21.4	16.1
-Préparation et Supervision (1,2)	6.7	7.8	7.7	7.5
-Assistance limitée et importante (3,4)	4.8	5.8	7.7	6.1
-Assistance max. et activité non a. (5,6,8)	74.3	72.3	63.2	70.3
Utilisation du téléphone (%)				
-Indépendant (0)	30.8	48.5	40.2	41.9
-Préparation et Supervision (1,2)	14.4	8.3	7.7	9.6
-Assistance limitée et importante (3,4)	13.5	8.3	12.0	10.5
-Assistance max. et activité non a. (5,6,8)	41.3	35.0	40.2	37.9
Faire courses (%)				
-Indépendant (0)	5.8	2.4	0	2.6
-Préparation et Supervision (1,2)	7.7	1.0	0.9	2.6
-Assistance limitée et importante (3,4)	4.8	2.9	2.6	3.3
-Assistance max. et activité non a. (5,6,8)	81.7	93.7	96.6	91.6
Utilisation des transports (%)				
-Indépendant (0)	10.5	5.3	14.5	9.1
-Préparation et Supervision (1,2)	21.0	3.9	6.8	8.9
-Assistance limitée et importante (3,4)	33.3	18.9	11.1	20.3
-Assistance max. et activité non a. (5,6,8)	35.2	71.8	67.5	61.7
Echelle AIVQ moyenne (repas, ménage, finance, médicaments, téléphone, course, escaliers, transports)				
Moyenne et écart type	16.7 (4.6)	16.7 (4.1)	16.6 (4.7)	16.7 (4.4)
En gras, la proportion la plus élevée pour chacune des variables comparée aux 3 groupes				

dans les trois jours avant l'évaluation

Type de Coordination

Items du RAI	Intervention SPASAD (N=105)	Informelle (N=206)	(N=117)	Total (N=428)
Bain (%)				
-Indépendant (0)	10.5	5.3	14.5	9.1
-Préparation ou Supervision (1,2)	21.0	3.9	6.8	8.9
-Assistance limitée à importante (3,4)	33.3	18.9	11.1	20.3
-Assistance max. et activité non a. (5,6,8)	35.2	71.8	67.5	61.7
Hygiène personnelle (%)				
-Indépendant (0)	29.5	27.7	33.3	29.7
-Préparation ou Supervision (1,2)	37.1	17.0	21.4	23.1
-Assistance limitée à importante (3,4)	14.3	13.6	9.4	12.6
-Assistance max. et activité non a. (5,6,8)	19.0	41.7	35.9	34.6
S'habiller la partie inférieure du corps (%)				
-Indépendant (0)	25.0	16.0	21.4	19.7
-Préparation ou Supervision (1,2)	24.4	10.2	5.1	12.3
-Assistance limitée à importante (3,4)	19.5	16.0	17.9	17.3
-Assistance max. et activité non a. (5,6,8)	33	57.8	55.6	50.7
Locomotion (%)				
-Indépendant (0)	61.5	45.6	50.4	50.6
-Préparation ou Supervision (1,2)	13.5	12.6	7.7	11.5
-Assistance limitée à importante (3,4)	17.7	10.2	12.8	12.6
-Assistance max. et activité non a. (5,6,8)	7.3	31.6	29.1	25.3
Utilisation des toilettes (%)				
-Indépendant (0)	65.4	50.5	52.1	54.6
-Préparation ou Supervision (1,2)	7.7	10.2	3.4	7.7
-Assistance limitée à importante (3,4)	10.6	6.8	12.0	9.1
-Assistance max. et activité non a. (5,6,8)	16.3	32.5	32.5	28.6
Mobilité dans le lit (%)				
-Indépendant (0)	76.9	59.7	62.4	64.6
-Préparation ou Supervision (1,2)	10.6	11.2	4.3	9.1
-Assistance limitée à importante (3,4)	6.7	10.2	11.1	9.6
-Assistance max. et activité non a. (5,6,8)	5.8	18.9	22.2	16.6
Alimentation (%)				
-Indépendant (0)	83.3	62.0	62.4	67.2
-Préparation ou Supervision (1,2)	11.8	19.5	12.0	15.6
-Assistance limitée à importante (3,4)	2.0	9.8	12.0	8.5
-Assistance max. et activité non a. (5,6,8)	2.9	8.8	13.7	8.7
Echelle AVQ hiérarchique moyenne (hygiène, utilisation toilette, locomotion, alimentation)				
Moyenne et écart type	3.0 (4)	5.7 (5.3)	5.6 (5.8)	5.1 (5.3)
Echelle AVQ hiérarchique (%)				
-Indépendant (0)	42.7	22.3	35.9	31.0
-Dépendance modérée (1,2)	24.3	18.9	8.5	17.4
-Dépendance sévère (3,4)	29.1	30.1	33.3	30.8
-Dépendance très sévère (5,6)	3.9	28.7	22.2	20.9

I.2.2. Paramètres cognitifs et mentaux et somatiques

L'évaluation des fonctions cognitives par l'échelle de la cognitive performance scale du RAI-HC montre que la population totale présente un score moyen de 2.3 (1.9) avec 2.55 pour le groupe intervention, 2.3 pour le groupe SPASAD et 2.17 pour la coordination informelle. Par classe, 26% du groupe intervention n'a pas de trouble ou des troubles très minimes et 51% ont des troubles minimes à modérées. Pour la coordination informelle, 45.3% n'ont pas de trouble ou des troubles très minimes.

Concernant les paramètres de santé mentale, les sujets du groupe intervention ont moins de troubles du comportement (15.5%) et ceux de la coordination informelle présentent plus de risque de dépression (47.9%) et plus de troubles du comportement (21.4%).

Concernant les paramètres somatiques, on retrouve dans le groupe intervention une moindre fréquence de troubles de la marche (49.5%), de dyspnée (22.9%), d'incontinence fécale (20.4%) et d'escarres (8.8%) et une fréquence plus élevée de chutes dans les 3 derniers mois (56.2%). Les sujets du groupe SPASAD ont plus souvent des troubles de la marche (68.1%), une incontinence fécale (36.5%) et des escarres (20.7%) et moins fréquemment des chutes (22.9%). Ceux de la coordination informelle ont plus souvent des troubles de la marche (70.8%), des chutes (42.7%) et une dyspnée (49.6%) et moins fréquemment une incontinence fécale (25.6%). Plus de 58% de la population totale présente une incontinence urinaire partielle à totale et des douleurs (**Tableau 5**).

Tableau 5. Prévalences des paramètres de santé et des interventions à l'inclusion à T0

Items du RAI	Types de Coordination			
	Intervention (N=105)	SPASAD (N=206)	Informelle (N=117)	Total (N=428)
COGNITIF				
Echelle de performance cognitive (décisions courantes, se faire comprendre, mémoire à court terme, prise alimentaire)				
Moyenne et écart type	2.55 (1.7)	2.3 (1.2)	2.17 (1.7)	2.3 (1.9)
Echelle de performance cognitive 3 classes (%)				
-Absence tble et très min. (0,1)	26	39.8	45.3	38
-Tbles min. à modérés (2,3)	51	33.5	29.9	36.8
-Tbles mod. à très sév. (4, 5,6)	23	26.7	24.8	25.3
MENTAL				
EuroQol				
Moyenne et écart type	57.5 (14.7)	58.7 (20.9)	56.6 (19.6)	58.0 (19.7)
Echelle Dépression (%)	43.3	42.2	47.9	44.0
Echelle de troubles du comportement positive (%)	15.5	19.4	21.4	19
SOMATIQUE				
Troubles de la marche (%)	49.5	68.1	70.8	64.3
-Nécessitant de l'aide	43.8	54.4	58.1	52.8
-Avec confinement au lit	5.7	13.7	12.8	11.5
Chute au moins 1 fois dans les trois derniers mois (%)	56.2	22.9	42.7	36.6
Echelle de douleurs (Fréquence et Intensité) positive (%)	59.6	57.0	60.3	58.6
Présence de dyspnée lors de l'activité modérée ou au repos (%)	22.9	39.0	49.6	37.9
Incontinence				
-Urinaire	58.7	59.5	56.4	58.5
-Fécale	20.4	36.5	25.6	29.6
Présence d'escarres et / ou d'ulcère (%)	8.8	20.7	18.8	17.3
En gras, la proportion la plus élevée pour chacune des variables comparée aux 3 groupes				

I.2.3. Pratiques professionnelles

Les pratiques professionnelles peuvent s'apprécier dans cette étude par le nombre de médicaments, la couverture vaccinale, les douleurs non maîtrisées et les troubles de la marche sans rééducation. Concernant les pratiques, le groupe SPASAD a plus de médicaments (7.6), le groupe intervention est moins fréquemment vacciné dans l'année précédente (56.2%) et a plus de troubles de la marche sans rééducation (61.5%). Il n'y a pas de différence entre les 3 groupes pour les douleurs non maîtrisées (**Tableau 6**).

Tableau 6. Prévalences des pratiques professionnelles à l'inclusion à T0

Types de Coordination				
Items du RAI	Intervention (N=105)	SPASAD (N=206)	Informelle (N=117)	Total (N=428)
Nombre moyen de médicaments	5.7 (3.8)	7.6 (3.6)	6.8 (2.8)	6.7
Ne pas être vacciné contre la grippe (%)	56.2	24.0	36.5	36.9
Douleurs non maîtrisées (%)	17.8	17	18.3	17.5
Troubles de la marche sans rééducation (%)	61.5	45.3	37.3	47.5
En gras, la proportion la plus élevée pour chacune des variables comparée aux 3 groupes				

I.3. Recours aux services (accès et temps d'utilisation)

1.3.1. Accès aux services à domicile

Dans le groupe intervention, 15.2% de la population ne bénéficie pas de service à domicile. Cette population reçoit par semaine un nombre de services différent plus faible (1.8) avec moins de passages (8.2) que dans les 2 autres groupes. Dans le groupe SPASAD, 75.1% de la population ont plus de 2 services à domicile avec une moyenne de 14.6 passages par semaine. Pour la coordination informelle, 77.8% de la population (35.8 +41.9%) ont au moins 2 services par semaine.

Par type de services, 54.3% du groupe intervention ont une Auxiliaire de Vie ou une Aide Soignante (AV/AS), 48.6% une infirmière et 27.6% une aide ménagère. Dans le groupe SPASAD, 89.9% reçoivent une AV/AS, 83.5% une infirmière, 78.2% une aide ménagère (78.2) et 18% des

repas à domicile. Dans la coordination informelle, 49.6% reçoivent une AV/AS, 40.2% une infirmière et 22.2% une personne non qualifiée. Pour les services de rééducation, un kinésithérapeute intervient chez 26.7% de la population du groupe intervention et chez 57.3% de la coordination informelle. Dans le SPASAD, 2.9% ont une orthophoniste et 0.5% ont un ergothérapeute (**Tableau 7**).

1.3.2. Temps d'utilisation des services à domicile

Le groupe intervention a 22h30 de services par semaine réparti de façon décroissante avec les AV/AS (16h), les personnes non qualifiées (2h50), les aides ménagères (2h20), l'infirmière (54min) et le kinésithérapeute (28min). Le SPASAD a 24h de services par semaine avec 15h d'aides ménagères et 5h30 d'AS/AS. Pour la coordination informelle, il y a presque 2 fois plus d'heures avec 49h40 avec 21h30 d'AV/AS, 16h30 de personne non qualifiée, 38 min d'infirmier et 37min de kinésithérapeute (**Tableau 8**).

1.3.3. Utilisation des services hospitaliers

La population totale a été hospitalisée pour 47.6% dans les 3 derniers mois. La coordination informelle de par son recrutement l'a été pour 100% des cas, le groupe intervention pour 40% et le SPASAD pour 21.6% (**Tableau 8**).

Tableau 7. Accès aux services d'aide, de soins et de rééducation à domicile à l'inclusion à T0

Items du RAI	Types de Coordination			
	Intervention (N=105)	SPASAD (N=206)	Informelle (N=117)	Total (N=428)
Accès aux services				
-Pas de service	15.2	0	5.1	5.2
-1 service	29.5	7.3	17.1	15.5
-2 services	23.8	17.6	35.9	24.1
->2 services	31.5	75.1	41.9	55.2
Nombre moyen total de services par semaine (aides et soins et rééducation)				
Moyenne et écart type	1.8 (1.3)	3.3 (1.1)	2.3 (1.1)	2.6 (1.3)
Nombre moyen total de passages par semaine				
Moyenne et écart type	8.2 (6.2)	14.6 (6.5)	10.6 (6.3)	11.9 (6.9)
Nombre de passages moyens / services / sem.	4.55	4.4	4.6	4.57
AIDE ET SOINS				
Aide Soignante/ Auxiliaire >=1fois/sem. (%)	54.3	87.9	49.6	69.2
Infirmière >=1fois/sem. (%)	48.6	83.5	40.2	63.1
Aides Ménagères >=1fois/sem. (%)	27.6	78.2	53.0	58.9
Personne non qual. rem. >=1fois/sem. (%)	14.3	13.6	22.2	16.1
Repas à domicile >=1fois/sem. (%)	10.5	18.0	4.3	12.4
REEDUCATION				
Kinésithérapie >=1fois/sem. (%)	26.7	42.2	57.3	42.5
Orthophoniste >=1fois/sem. (%)	1.9	2.9	0.9	2.1
Ergothérapeute >=1fois/sem. (%)	0	0.5	0	0.2
Psychologue >=1fois/sem. (%)	0	0	0.9	0.2
En gras, la proportion la plus élevée pour chacune des variables comparée aux 3 groupes				

Tableau 8. Temps d'utilisation des services d'aide, de soins et de rééducation à domicile et à l'hôpital à l'inclusion à T0

Items du RAI	Types de Coordination			Total (N=428)
	Intervention (N=105)	SPASAD (N=206)	Informelle (N=117)	
Nombre moyen total d'heures par semaine (Aides et soins et rééducation)	22h30	24h	49h40	30h40
AIDE ET SOINS				
Aide Soignante/ Auxiliaire de Vie				
Nombre d'heures par semaine moyen	16h	5h30	21h30	12h30
Infirmière				
Nombre d'heures par semaine moyen	54min	63 min	38 min	54 min
Aides Ménagères				
Nombre d'heures par semaine moyen	2h20	15h	10h20	10h40
Personne non qualifiée et rémunérée				
Nombre d'heures par semaine moyen	2h50	2h	16h30	6h25
REEDUCATION				
Kinésithérapie				
Nombre d'heures par semaine moyen	28 min	26 min	37 min	29 min
HOSPITALISATION				
ATCD hospitalisations les 3 derniers mois (%)	40	21.6	100	47.6
En gras, la proportion la plus élevée pour chacune des variables comparée aux 3 groupes				

I.4. Comparaisons entre les 3 types de coordination, analyses univariées

A l'inclusion à T0, il n'y a pas de différence significative entre les 3 groupes pour le score du CHIP+, le sexe, le fait de vivre seul, l'échelle des AIVQ, les troubles du comportement, le risque de dépression et la qualité de vie perçue. Par contre, il est noté des différences sur l'âge, avoir un aidant, l'état fonctionnel avec les AVQ et l'état cognitif. Le groupe intervention a plus de troubles cognitifs, le SPASAD présente un niveau plus élevé de dépendance et la coordination informelle est plus âgée et a plus souvent un aidant.

Sur le recours aux services, il y a des différences significatives entre les 3 groupes pour toutes les variables. Le groupe intervention a moins d'accès aux services (nombre de services différents par semaine et nombre de passages par semaine), le groupe SPASAD est celui qui a le plus de service à domicile et la coordination informelle utilise 2 fois plus de services à domicile **(tableau 9)**.

Tableau 9. Comparaisons des caractéristiques de la population et du recours aux services à l'inclusion à T0, analyses univariées

Types de Coordination				
Items du RAI	Intervention (N=105)	SPASAD (N=206)	Informelle (N=117)	P <
CARACTERISTIQUES				
Score du CHIP ^o +	6.5 (0.7)	7.1 (0.8)	6.5 (0.8)	NS
Age moyen (écart-type)	86.1 (6.4)	86.3 (7.4)	89.1 (6.2)	< 0.01
Femme (%)	74.3	70.4	75.2	NS
La personne vit seule (%)	63.8	69.8	76.7	NS
Avoir un aidant (%)	65.7	72.3	94.0	< 0.01
Echelle AIVQ	16.7 (4.6)	16.7 (4.1)	16.6 (4.7)	NS
Echelle AVQ hiérarchique	3.0 (4)	5.7 (5.3)	5.6 (5.8)	< 0.01
CPS en Classes :				
0-1	24.8	36.6	45.3	
2-3	51.4	33.7	29.9	
4-5-6	23.8	29.7	24.8	< 0.03
Troubles du comportement (%)	15.5	19.4	21.4	NS
Risque de Dépression (%)	43.3	42.2	47.9	NS
EuroQol	57.5 (14.7)	58.7 (20.9)	56.6 (19.6)	NS
SERVICES				
Nbre services domicile /sem.	1.8 (1.3)	3.3 (1.1)	2.3 (1.1)	< 0.01
Nbre passages domicile / sem.	8.2 (6.2)	14.6 (6.5)	10.6 (6.3)	< 0.01
Hospit. dans 3 mois (%)	40	21.6	100	< 0.01

II. Description des impacts dans les 3 types de coordination à T12 mois

II.1. Devenir des personnes âgées dépendantes

Dans le groupe intervention, 67.6% de la population est à domicile à T6 et 51.9% à T12. De façon décroissante à T12, on montre que 26.3% entrent en institution, 15.4% sont décédés, 2.9% ont refusé de participer, 1.9% sont perdus de vue et 1% ont déménagé. Pour le groupe SPASAD, 67.4% sont à domicile à T6 et 55.3% à T12. De façon décroissante à T12, 20.4% sont décédés, 15.5% sont entrés en institution, 2.9% ont déménagé, 2.4% étaient hospitalisés pendant l'évaluation, 1.9% ont refusé de participer et 1.5% sont perdus de vue. Pour la coordination informelle, 59.8% sont au domicile à T6 et 38.3% à T12. De façon décroissante à T12, les décès représentent 25.9%, les entrées en institution 13.8%, les refus 6.9%, les déménagements 5.2%, les perdus de vue 1.7% et les hospitalisations pendant l'évaluation 1.3% (**Tableau 10**).

Les courbes de survie sans décès et sans entrée en institution ont été calculées sur une durée de suivi de 450 jours. La courbe de survie sans décès ne montre pas de différence entre les 3 groupes (log-rank à 0,17) (**Figure 2**). La courbe de survie sans entrée en institution montre des différences significatives entre les 3 groupes avec une survie plus faible pour le groupe intervention (**Figure 3**). Les modèles multivariés tiennent compte des facteurs de confusion avec l'âge, le sexe, l'état cognitif, l'état fonctionnel, l'absence d'aidant et l'antécédent d'hospitalisation. On montre qu'il y a une diminution non significative du risque de décès avec une coordination professionnelle dans les groupes SPASAD (OR=0.69) et intervention (OR=0.84) en référence à la coordination informelle. Parmi les facteurs d'ajustement, il y a un lien significatif avec le niveau de dépendance pour les dépendances très sévères (OR=2.28) et une augmentation du risque non significative pour les états cognitifs sévères. Le risque de décéder à l'hôpital versus l'absence de décès est diminué dans le groupe SPASAD et de façon significative dans le groupe intervention (OR=0.2). C'est à dire qu'à mortalité identique, les personnes décèdent plus souvent à domicile qu'à l'hôpital dans le groupe intervention. Pour le risque d'entrée en institution, il y a une augmentation mais non significative pour le groupe SPASAD (OR=1.37) et significative pour le groupe intervention (OR=2.29). Parmi les facteurs d'ajustement, il n'y a pas de lien significatif mais une tendance à l'augmentation du risque pour l'antécédent d'hospitalisation, les états cognitifs sévères et une diminution chez les hommes (**Tableau 11**).

Tableau 10. Devenir de la population à T0, T6 et T12

	Types de Coordination										
	Groupe Intervention				SPASAD				Informelle		
	T0	T6	T12		T0	T6	T12		T0	T6	T12
Domicile	100	67.6	51.9		100	67.4	55.3		100	59.8	44.4
Décès	0	12.4	15.4		0	13.1	20.4		0	13.7	25.9
Institution	0	17.1	26.9		0	9.8	15.5		0	7.7	13.8
Hospitalisé au moment de l'évaluation	0	0	0		0	4.4	2.4		0	10.1	1.7
Perdu de vue	0	1.9	1.9		0	1.5	1.5		0	0.9	1.7
Refus	0	1.0	2.9		0	0.5	1.9		0	4.3	6.9
Déménagement	0	0	1.0		0	3.3	2.9		0	3.5	5.2
	100	100	100		100	100	100		100	100	100

Figure 2. Courbe de survie sans décès entre l'inclusion T0 et T12

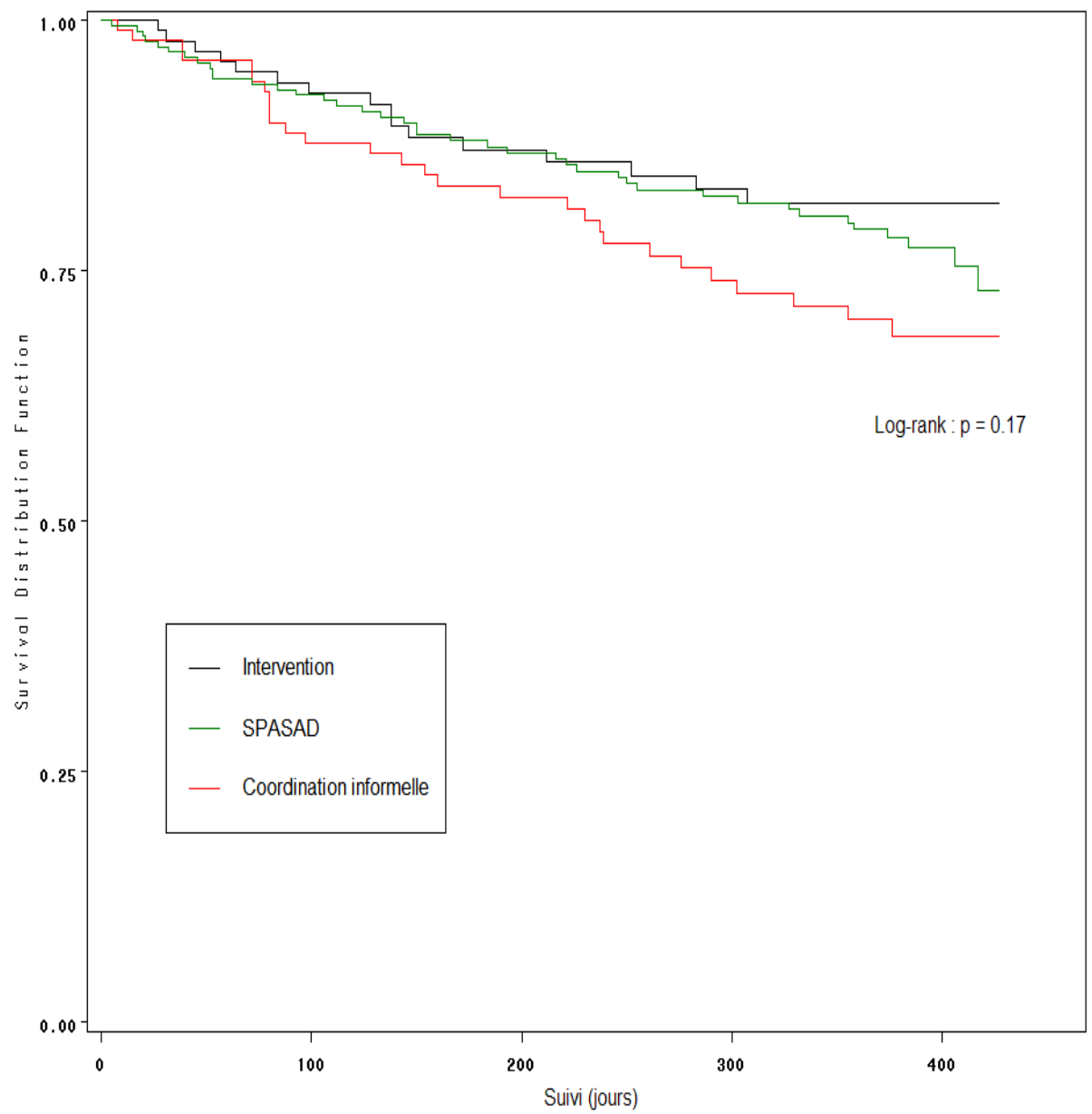


Figure 3. Courbe de survie sans entrée en institution entre l'inclusion T0 et T12

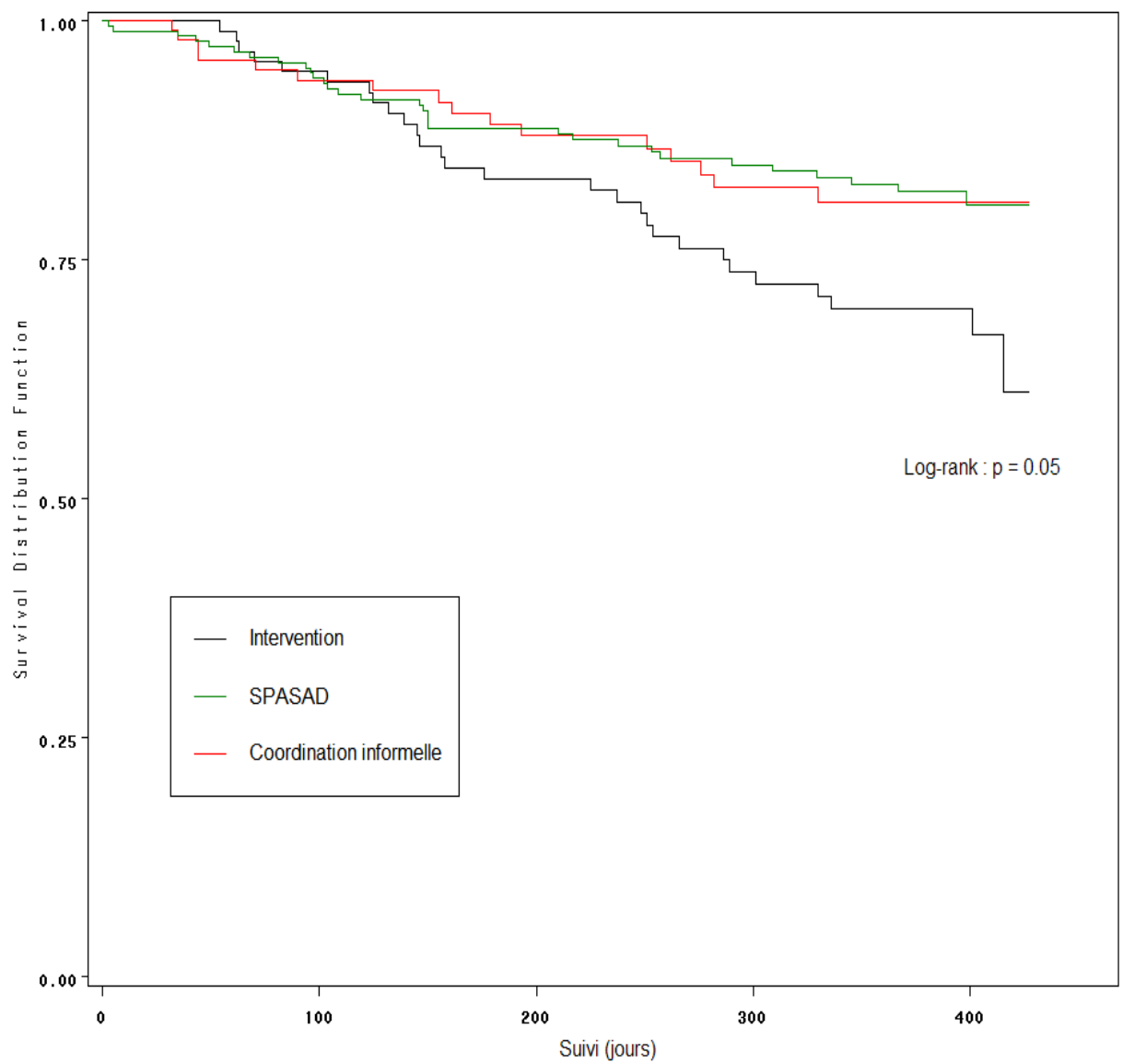


Tableau 11. Facteurs associés au décès et à l'entrée en institution entre l'inclusion T0 et T12, analyses multivariées*

Items du RAI	Risque de décès		Risque d'institution	
	HR	IC 95%	HR	IC 95%
Type de coordination*				
Coordination Informelle	1(ref.)		1(ref.)	
SPASAD	0.69	[0.33 - 1.41]	1.37	[0.65 - 2.91]
Intervention	0.84	[0.40 - 1.75]	2.29	[1.12 - 4.70]
Age	1.01	[0.98 - 1.04]	1.01	[0.97 - 1.04]
Hommes	1.08	[0.66 - 1.78]	0.64	[0.35 - 1.14]
Echelle AVQ hiérarchique				
0 (indépendant)	1(ref.)		1(ref.)	
1-2 (dépendance modérée)	0.68	[0.26 - 1.77]	1.11	[0.57 - 2.14]
3-4 (dépendance sévère)	1.71	[0.89 - 3.29]	0.94	[0.50 - 1.77]
5-6 (dépendance très sévère)	2.28	[1.11 - 4.68]	0.93	[0.42 - 2.05]
Echelle CPS				
0-1	1(ref.)		1(ref.)	
2-3	0.90	[0.49 - 1.67]	1.23	[0.69 - 2.18]
4-5-6	1.66	[0.90 - 3.07]	1.50	[0.75 - 3.02]
Absence d'aidant	0.84	[0.45 - 1.58]	0.80	[0.45 - 1.42]
Antécédent d'hospitalisation	1.04	[0.55 - 1.96]	1.61	[0.92 - 2.83]

* Ajustements sur âge, sexe, AVQ, CPS, absence d'aidant, antécédent d'hospitalisation

Tableau 12. Facteurs de risque de décès à l'hôpital entre T0 et T12, analyses multivariées*

Items du RAI	Informelle		SPASAD		Intervention	
		OR	IC 95%		OR	IC 95%
Risque de décès à l'hôpital vs pas de décès*	1 (ref.)	0.36	[0.11 – 1.15]	0.20		[0.05 – 0.78]

* Ajustements sur âge, sexe, AVQ, CPS, absence d'aidant, antécédent d'hospitalisation

II.2. Paramètres de santé et des pratiques professionnelles

L'effectif total de la population évaluée à domicile à T0, T6 et T12 est de 219 personnes avec 54 personnes pour le groupe intervention soit 24.7%, 113 personnes pour le groupe SPASAD soit 51.6% et 52 personnes pour le groupe informel soit 23.7%.

II.2.1. Variations des paramètres entre T0 et T12

Entre T0 et T12, le niveau de dépendance pour les AIVQ augmente pour le groupe intervention (+0.97) et le groupe SPASAD (+0.99) alors qu'il diminue pour le groupe informel (-0.51). Le niveau de dépendance pour les AVQ augmente de façon plus marquée dans les groupes SPASAD (+1.67) et informel (+1.74) comparativement au groupe intervention (+1.29) (**Graphique 1**). L'état cognitif se dégrade pour les 3 groupes respectivement de +0.44 pour le groupe intervention, de +0.08 pour le groupe SPASAD et de +0.41 pour le groupe informel. L'évaluation de la qualité de vie montre une amélioration dans le groupe intervention (+4.5) alors qu'elle diminue dans les 2 autres groupes de -13.4 pour le SPASAD et de -3.7 pour la coordination informelle. Le risque de dépression augmente de 5.4% dans le SPASAD et +3.9% dans la coordination informelle alors qu'il diminue entre T0 et T12 dans le groupe intervention de -11.9%. Pour les troubles du comportement, ils augmentent surtout dans la coordination informelle de +5.9 et dans le groupe intervention de +1.2 alors qu'ils diminuent dans le groupe SPASAD de -0.9. La prévalence des chutes diminue pour le groupe intervention de -16.3% et de -27.9% pour la coordination informelle alors qu'elle augmente de +0.8% pour le SPASAD. Le groupe intervention a moins de dyspnée (-11.1%), le groupe SPASAD a plus d'incontinence urinaire (+10.5%) et la coordination informelle a moins d'escarre (-6.1%) (**Tableau 13**).

Le nombre de médicaments de la population diminue dans la coordination informelle de -0.27 alors qu'il augmente dans les 2 autres groupes. La non vaccination contre la grippe diminue surtout dans le groupe intervention (-37.1%). Les troubles de la marche sans rééducation diminuent de -9.1% pour le groupe intervention et de -11.5% pour le groupe SPASAD alors qu'ils augmentent de 4.5% pour la coordination informelle. La prévalence des douleurs non maîtrisées diminue de -1.1 pour le groupe intervention et augmente pour les deux autres groupes respectivement de +12% dans le groupe SPASAD et +4.5% dans la coordination informelle (**Tableau 14**).

Graphique 1. Evolution (Δ) des AVQ, AIVQ et CPS moyens entre l'inclusion T0 et T12

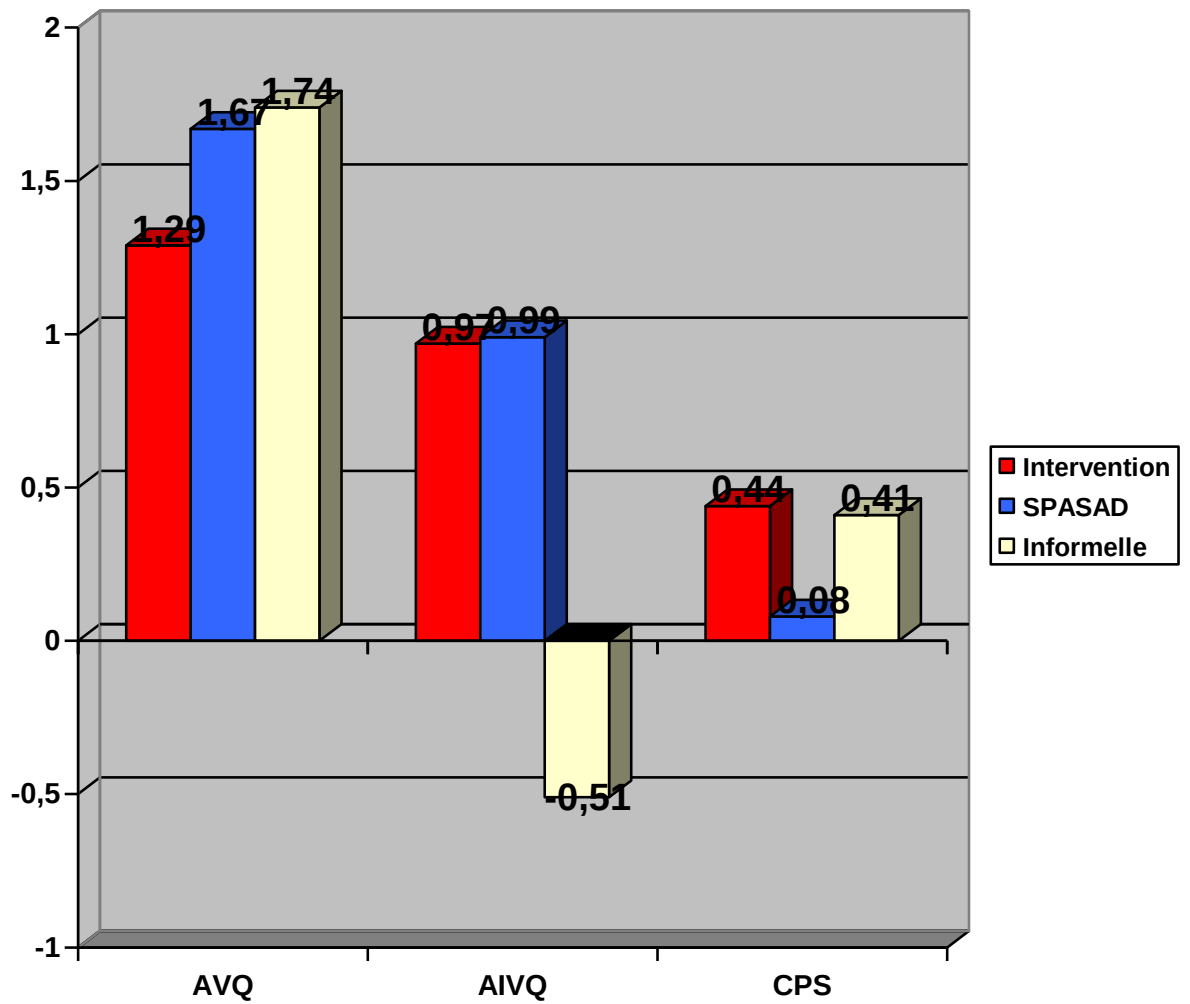


Tableau 13. Evolution (Δ) des paramètres mentaux et somatiques entre l'inclusion T0 et T12

Types de Coordination				
Items du RAI	Intervention (N=54)	SPASAD (N=112)	Informelle (N=53)	Total (N=219)
MENTAL				
Risque de dépression	-10.6	7.8	4.8	3.7
Troubles du comportement	1.2	-0.9	5.6	3.2
EuroQol	+4.5	-13.4	-3.7	-6.6
SOMATIQUE				
Echelle de douleurs (Fréquence et Intensité) positive (%)	-8.5	-7.7	-5.2	-7.6
Présence de dyspnée lors de l'activité modérée ou repos (%)	-11.1	-4.8	-4.8	-6.3
Non continent Urinaire	+8.3	+10.5	+4.8	+8.6
Présence d'escarres et /ou d'ulcère (%)	-	-2.3	-6.1	-2.6

Tableau 14. Evolution (Δ) des pratiques professionnelles entre l'inclusion T0 et T12

Types de Coordination				
Items du RAI	Intervention (N=54)	SPASAD (N=112)	Informelle (N=53)	Total (N=219)
Nombre de médicaments par jour	+0.1	+0.63	-0.27	+0.31
Ne pas être vacciné contre grippe durant la dernière année (%)	-37.1	+2.3	-6.9	-11.6
Douleurs non maîtrisées	-1.1	12	4.5	5.8
Troubles de la marche sans rééducation	-9.1	-11.5	4.5	-8.6

II.2.2. Analyses multivariées des variations des paramètres entre T0 et T12

Sur les variables quantitatives de santé, après ajustement sur l'âge, le sexe, les AVQ, le CPS, la présence d'un aidant, l'antécédent d'hospitalisation et la valeur à T0 du paramètre étudié, il n'y a pas de différence significative entre les 3 groupes entre T0 et T12 concernant les AIVQ ($p=0.5$) et sur l'échelle hiérarchique des AVQ ($p=0.18$). Sur l'échelle cognitive, il y a une différence significative entre les 3 groupes avec une augmentation des moyennes des CPS pour les groupes informelle et intervention comparée aux groupes SPASAD ($p=0.04$). Pour la santé perçue, il y a une différence à la limite de la significativité ($p=0.07$) entre les groupes informels et SPASAD qui ont une baisse de leur qualité de vie comparé au groupe intervention (**Tableau 15**).

Sur les variables qualitatives de santé avec la coordination informelle comme groupe de référence, il y a une diminution du risque de dépression à la limite de la significativité pour le groupe intervention ($OR=0.37$). Il y a une tendance pour les troubles du comportement vers une diminution du risque pour les groupes SPASAD et intervention. Le risque de chute diminue de façon non significative pour le SPASAD ($OR=0.77$) et il augmente pour l'incontinence urinaire de façon non significative pour les groupes SPASAD et intervention. Pour la dyspnée, le risque diminue pour le groupe intervention et augmente pour le groupe SPASAD de façon non significative. Pour les pratiques professionnelles, il y a une diminution sans significativité du risque de non-couverture vaccinale et de douleurs non maîtrisées pour le groupe intervention par rapport aux 2 autres groupes. La prévalence des troubles de la marche sans rééducation est plus faible dans le groupe intervention mais il n'y a pas de différence significative. Le faible effectif limite la quantification (**Tableau 16**).

La comparaison du groupe intervention aux 2 autres groupes témoin montre une réduction significative du risque de ne pas être vacciné contre la grippe ($OR=0.36$). Pour les dimensions mentales, le risque de dépression diminue et la santé perceptuelle augmente de façon significative dans le groupe intervention comparativement aux 2 autres groupes (**tableau 17**).

Tableau 15. Evolution des paramètres de santé quantitatifs entre l'inclusion T0 et T12, analyses multivariées*

Items du RAI	Intervention		SPASAD		Informelle		P
	Moyenne ajustée	SE	Moyenne ajustée	SE	Moyenne ajustée	SE	
Echelle AVQ †	+0.29	0.22	+0.50	0.16	-0.14	0.27	0.18
Echelle CPS †	+0.47	0.21	-0.14	0.16	+0.48	0.26	0.04
EuroQol (n=134) †	+8. 0	5.9	-7.3	3.0	-5. 9	4.8	0.07

* Ajustements sur âge, sexe, AVQ, CPS, présence d'un aidant, antécédent d'hospitalisation.

† Ajustement supplémentaire sur le même risque à T0.

Tableau 16. Evolution des paramètres mentaux et somatiques et des pratiques professionnelles entre l'inclusion T0 et T12, analyses multivariées*

Items du RAI	Informelle		SPASAD		Intervention	
		OR	IC 95%		OR	IC 95%
MENTAL						
Risque de dépression †	1 (ref.)	0.94	[0.36 - 2.50]		0.37	[0.13 - 1.05]
Trbles du comportement †	1 (ref.)	0.56	[0.14 - 2.29]		0.50	[0.12 - 2.01]
SOMATIQUE						
Chutes †	1 (ref.)	0.77	[0.22 - 2.68]		0.99	[0.29 - 3.39]
Dyspnée †	1 (ref.)	1.51	[0.51 - 4.45]		0.36	[0.10 - 1.33]
Incontinence urinaire †	1 (ref.)	1.45	[0.44 - 4.90]		1.34	[0.38 - 4.78]
PRATIQUES						
Risque de ne pas être vacciné contre la grippe †	1 (ref.)	0.97	[0.23 - 4.14]		0.36	[0.09 - 1.46]
Douleurs non maîtrisées †	1 (ref.)	1.22	[0.31 - 4.79]		0.52	[0.11 - 2.44]
Tbles marche sans rééducation † (%)	50	53	35		P=0.43	

*Ajustements sur âge, sexe, AVQ, CPS, présence d'un aidant, antécédent d'hospitalisation.

† Ajustement supplémentaire sur le même risque à T0.

*

Tableau 17. Evolution des pratiques professionnelles et des paramètres mentaux entre l'inclusion T0 et T12, analyses multivariées* en 2 groupes

Items du RAI	Informelle et SPASAD	Intervention	
		OR	IC 95%
PRATIQUES			
Risque de ne pas être vacciné contre la grippe †	1 (ref.)	0.36	[0.13 - 1.00]
Douleurs non maîtrisées †	1 (ref.)	0.45	[0.15 - 1.36]
MENTAL			
Risque de dépression †	1 (ref.)	0.39	[0.18 - 0.85]

* Ajustements sur âge, sexe, AVQ, CPS, présence d'un aidant, antécédent d'hospitalisation.

† Ajustement supplémentaire sur le même risque à T0.

	Informelle et SPASAD		Intervention		<i>P</i>
	Moyenne ajustée	SE	Moyenne ajustée	SE	
EuroQol (n=134) †	-6.8	2.2	+8.1	5.8	0.02

* Ajustements sur âge, sexe, AVQ, CPS, présence d'un aidant, antécédent d'hospitalisation.

† Ajustement supplémentaire sur le même risque à T0.

II.3. Recours aux services (accès et temps d'utilisation)

II.3.1. Variations du recours aux services à domicile entre T0 et T12

L'accès aux services se renforce au cours du temps avec une augmentation du nombre de services différents par semaine et du nombre de passages par semaine dans le groupe intervention (+0.55 services et +2.83 passages par semaine) et dans le groupe SPASAD (+0.1 services avec +1.1 passages par semaine). Dans le groupe coordination informelle, il existe une augmentation du nombre de services différents par semaine (+ 0.14 services) mais une diminution du nombre de passages par semaine (-0.35 passages par semaine) (**Graphique 2**).

La proportion de la population totale sans service à T12 diminue de 3.2%, surtout pour le groupe intervention (-13.0%) et l'augmentation de l'accès aux services concerne pour tous les groupes confondus, l'infirmière (+9%), l'AV/AS (+7.2%), le kinésithérapeute (+5.4%), l'orthophoniste (+2.4%), le port de repas (+1.8%) et l'aide ménagère (+0.8%). Seul l'accès aux services diminue pour les personnes non qualifiées (-4.8%). Le groupe intervention a un accès plus fréquent pour les infirmières (+16.7%), pour les AV/AS (+14.8%), pour les aides ménagères (+7.4%) et pour les orthophonistes (+9.3%). Pour le groupe SPASAD, l'accès est augmenté pour le kinésithérapeute (+11.8%) et il est diminué pour les aides ménagères (-7.9%) et pour l'orthophoniste (-0.9%). Pour la coordination informelle, l'accès est augmenté pour les aides ménagères (+12.8) et diminue pour les personnes non qualifiées (-11.3%) et pour le kinésithérapeute (-10.6%) (**Tableau 18**).

Le temps d'utilisation des services augmente entre T0 et T12 de +31 min avec une augmentation de l'aide ménagère (+2h40), de l'AV/AS (+40 min), de l'infirmière (+23 min) et du kinésithérapeute (+5 min). Par contre, l'accès est diminuée pour la personne non qualifiée (-3h15). Le groupe intervention présente un temps d'utilisation plus élevé de l'AV/AS (+2h50) et de l'infirmière (+36 min). Le groupe SPASAD diminue le temps de l'utilisation de l'aide ménagère (-2 min) et le groupe informel augmente le temps de l'utilisation de l'aide ménagère (+10h) et diminue la personne non qualifiée (-8h30) et l'AV/AS (-2h30) (**Tableau 19**).

Graphique 2. Evolution (Δ) du nombre moyen total de services et de passages par semaine à domicile entre T0 et T12

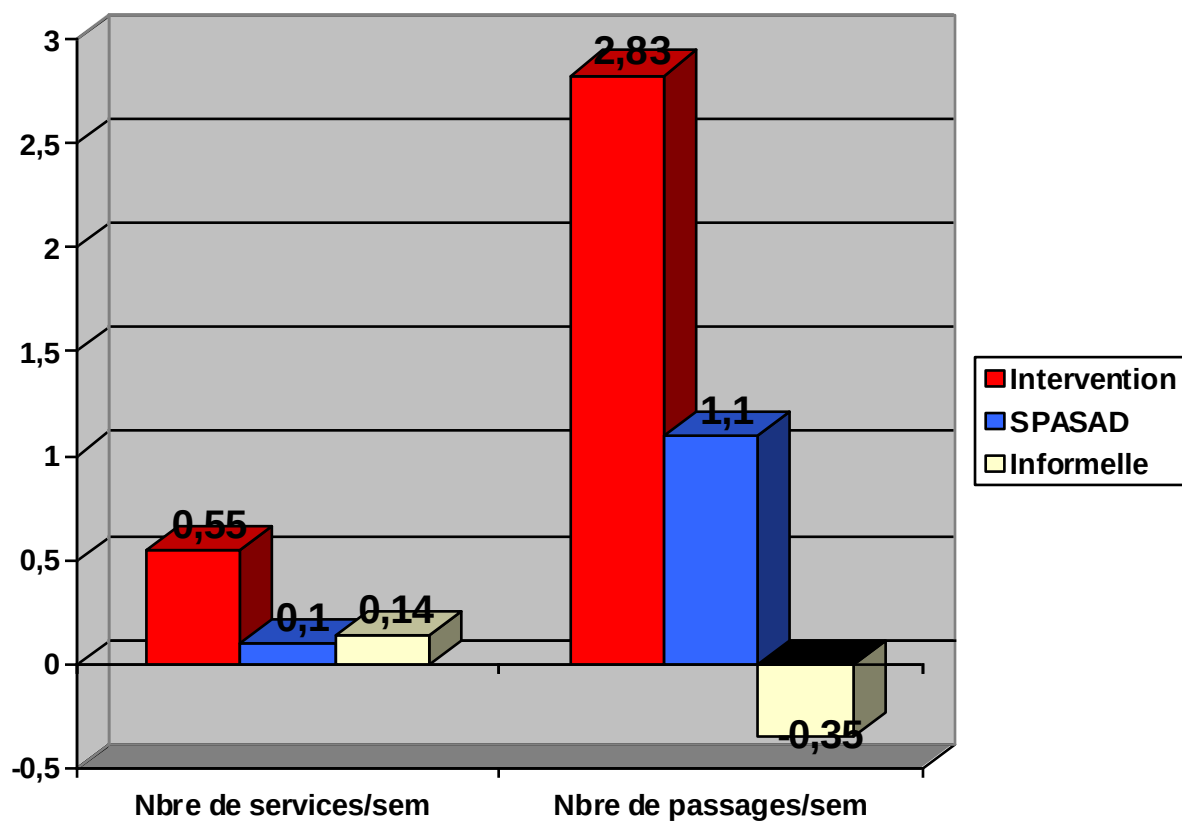


Tableau 18. Evolution (Δ) de l'accès aux services d'aide, de soins et de rééducation à domicile à l'inclusion à T0 et T12

Types de Coordination				
Items du RAI	Intervention (N=54)	SPASAD (N=112)	Informelle (N=53)	Total (N=219)
Proportion de personnes sans service à domicile (%)	- 13	0	+ 0.1	- 3.2
AIDE ET SOINS				
Aide Soignante/ Auxiliaire de Vie au moins une fois dans la semaine (%)	+ 14.8	+ 4.5	+ 4.8	+ 7.2
Infirmière au moins une fois dans la semaine (%)	+ 16.7	+ 5.3	+ 8.7	+ 9.0
Aides Ménagères. au moins une fois dans la semaine (%)	+ 7.4	- 7.9	+ 12.8	+ 0.8
Personne non qualifiée et rémunérée (%)	- 3.7	- 2.6	- 11.3	- 4.9
Repas à domicile au moins une fois dans la semaine (%)	+ 1.8	- 0.9	+ 7.9	+ 1.8
REEDUCATION				
Kinésithérapie au moins une fois dans la semaine (%)	+ 7.4	+ 11.8	- 10.6	+ 5.4
Orthophoniste au moins une fois dans la semaine (%)	+ 9.3	- 0.9	+ 2	+ 2.4

Tableau 19. Evolution (Δ) du temps d'utilisation des services d'aide, de soins et de rééducation à domicile à l'inclusion T0 et T12

Types de Coordination				
Items du RAI	Intervention (N=54)	SPASAD (N=112)	Informelle (N=53)	Total (N=219)
Nombre moyen total d'heures par semaine	+ 2h50	7 min	- 31 min	+ 31 min
AIDE ET SOINS				
Aide Soignante/ Auxiliaire de Vie Nombre d'heures par semaine moyen	+ 2h50	+ 1h10	- 2h30	+ 40 min
Infirmière Nombre d'heures par semaine moyen	+ 36 min	+ 19 min	+ 19 min	+ 23 min
Aides Ménagères Nombre d'heures par semaine moyen	+ 1h10	- 2 min	+ 10h	+ 2h40
Personne non qualifiée et rémunérée Nombre d'heures par semaine moyen	- 1h50	- 1h30	- 8h30	- 3h15
REEDUCATION				
Kinésithérapie Nombre d'heures par semaine moyen	+ 2 min	+12 min	- 2 min	+ 5 min

II.3.2. Variations du recours aux services à domicile entre T0 et T12, analyses multivariées

Dans les analyses multivariées, l'accès aux services avec le nombre de services différents par semaine et le nombre de passages par semaine et le temps d'utilisation des services avec le nombre d'heures ont été comparés entre les 3 groupes en fonction des mêmes facteurs de confusion et en rajoutant la valeur du paramètre étudié à T0. Il y a une différence significative entre les 3 groupes concernant le nombre de services différents par semaine pour le modèle sans ajustement ($p=0.04$) mais la significativité disparaît dans les modèles 1 et 2 après ajustements. Pour la comparaison sur le nombre de passages par semaine, il existe une différence significative entre les 3 groupes ($p=0.02$) et il n'y a plus de différence après ajustements. Il n'y a pas de différence significative entre les 3 groupes concernant le nombre d'heures en univariée et multivariée. Parmi les facteurs de confusion, l'antécédent d'hospitalisation a un lien significatif dans le modèle 1 avec le nombre de passages par semaine ($p=0.05$), les troubles cognitifs sévères avec le nombre de passage ($p=0.07$) et les dépendances minimales avec le nombre d'heures ($p=0.01$) (**Tableau 20**).

Tableau 20. Evolution des paramètres accès et temps d'utilisation des services à l'inclusion T0 et T12, analyses univariées et multivariées

Items du RAI	Intervention		SPASAD		Informelle		P
Nombre de services différents							
Brut	+0.55	SD=1.35	+0.10	SD=0.91	+0.14	SD=1.13	0.04
Modèle 1 *	+0.40	SE=0.16	+0.09	SE=0.12	+0.28	SE=0.20	0.33
Modèle 2 †	+0.03	SE=0.15	+0.39	SE=0.10	+0.00	SE=0.17	0.09
Nombre de passages							
Brut	+2.83	SD=6.54	+1.12	SD=4.87	+0.35	SD=6.79	0.02
Modèle 1 *	+2.12	SE=0.85	+0.77	SE=0.63	+1.15	SE=1.06	0.45
Modèle 2 ‡	+0.51	SE=0.73	+2.27	SE=0.55	-0.36	SE=0.9	0.06
Nombre d'heures de services							
Brut	+2.8	SD=45.9	+0.0	SD=20.7	-0.8	SD=33.5	0.82
Modèle 1 *	-0.1	SE=4.8	+2.0	SE=3.6	-0.1	SE=5.9	0.86
Modèle 2 §	+1.6	SE=4.3	-1.1	SE=3.2	+2.9	SE=5.4	0.82

* Ajustements sur âge, sexe, AVQ, CPS, présence d'un aidant, antécédent d'hospitalisation

† Modèle 1 + ajustement sur la valeur à T0 du nombre de services différents;

‡ Modèle 1 + ajustement sur la valeur à T0 du nombre de passages ;

§ Modèle 1 + ajustement sur la valeur à T0 du nombre d'heures de services.

Valeurs des *p* des facteurs de confusion potentiels dans le Modèle 1 :

- Pour le modèle « Nombre de services différents »

Age : 0.52, Sexe : 0.30, AVQ=(1 ou 2) : 0.16, AVQ=(3 ou 4) : 0.21, AVQ=(5 ou 6) : 0.13, CPS=(2 ou 3) : 0.17, CPS=(4, 5 ou 6) : 0.79, Pas d'aidant : 0.27, ATCD d'hospit : 0.63

- Pour le modèle « Nombre de passages »

Age : 0.61, Sexe : 0.12, AVQ=(1 ou 2) : 0.31, AVQ=(3 ou 4) : 0.36, AVQ=(5 ou 6) : 0.08, CPS=(2 ou 3) : 0.70, CPS=(4, 5 ou 6) : 0.07, Pas d'aidant : 0.40, ATCD d'hospit : 0.05

- Pour le modèle « Nombre d'heures de services »

Age : 0.43, Sexe : 0.87, AVQ=(1 ou 2) : 0.01, AVQ=(3 ou 4) : 0.08, AVQ=(5 ou 6) : 0.22, CPS=(2 ou 3) : 0.20, CPS=(4, 5 ou 6) : 0.44, Pas d'aidant : 0.31, ATCD d'hospit : 0.75

II.3.3. Variations du recours aux services hospitaliers entre T0 et T12

La proportion de personnes âgées qui ont été hospitalisées entre T0 et T6 est de 31.6% avec 73.5% de passages aux urgences et 7.4% qui ont été ré-hospitalisées. Entre T6 et T12 mois, 30.4% de la population a été hospitalisée avec 72.1% de passages aux urgences et 16.5% qui ont été ré-hospitalisés. Le groupe intervention est moins souvent hospitalisé (24.5%) avec moins de passages par les urgences (24.0%) entre T0 et T6 et il est moins ré-hospitalisé entre T6 et T12. Le groupe SPASAD passe plus fréquemment par les urgences pour les hospitalisations entre T0 et T6 et entre T6 et T12. Le groupe informel est plus souvent hospitalisé et réhospitalisé aux 2 temps de l'évaluation (**Tableau 21**).

II.3.4. Variations du recours aux services hospitaliers entre T0 et T12, analyses multivariées

Après ajustement en tenant compte de l'âge, du sexe, de l'état cognitif et fonctionnel, de l'absence d'aidant et de l'antécédent d'hospitalisation, il y a une diminution du risque d'hospitalisation et de réhospitalisation qui reste non significative pour les groupes SPASAD et intervention comparé à la coordination informelle. Pour le risque de passages aux urgences, il y a une diminution significative dans le groupe intervention (OR=0.22).

Tableau 21. Evolutions des hospitalisations de la population entre l'inclusion T0, T6 et T12 mois

Types de Coordination				
Items du RAI	Intervention (N=105)	SPASAD (N=206)	Informelle (N=117)	Total (N=428)
Entre T0 et T6mois				
Hospitalisation (%)	24.5	30.3	40.7	31.6
Passages aux urgences (%)	24	86.4	79.5	73.5
Ré hospitalisation (%)	8	5	11.4	7.4
Entre T6 et T12mois				
Hospitalisation (%)	28.4	29.0	35.3	30.4
Passages aux urgences (%)	36.8	87.5	79.2	72.1
Ré hospitalisation (%)	5.3	17.5	25.0	16.5

Tableau 22. Evolutions des hospitalisations de la population entre l'inclusion T0 et T12 mois, analyses multivariées*

Items du RAI	Informelle		SPASAD		Intervention	
		OR	IC 95%		OR	IC 95%
Hospitalisation*	1 (ref.)	0.42	[0.13 - 1.38]	0.40		[0.12 - 1.39]
Réhospitalisation*	1 (ref.)	0.19	[0.02 – 1.87]	0.19		[0.02 – 1.93]
Passage aux urgences*	1 (ref.)	0.48	[0.13 - 1.81]	0.22		[0.05 - 0.98]

*Ajustements sur âge, sexe, AVQ, CPS, présence d'un aidant, antécédent d'hospitalisation

ETUDE QUALITATIVE

I. Perceptions des personnes âgées dans les 3 types de coordination

I.1. Difficultés dans le recueil des données compte tenu de la complexité des situations

Le recueil des données auprès des personnes âgées a été difficile compte tenu de troubles cognitifs, des incapacités sensorielles et d'une importante fatigabilité lors de la passation des entretiens. Plus de 50% des personnes rencontrées présentaient au moins des troubles de la compréhension, de la parole et de la mémoire avec une incapacité à répondre à l'ensemble des questions. Par ailleurs, certaines personnes surtout dans le groupe intervention manifestaient un refus des interventions au domicile. Ce refus s'est appliqué également à notre étude en refusant d'y participer, souvent confondant l'enquêteur du volet qualitatif avec un soignant ou un professionnel de l'aide ou avec un responsable des services sociaux.

Une partie des données a été recueillie grâce à l'intervention de l'aidant principal ou du professionnel présent lors de l'entretien. Mais les aidants n'étaient pas toujours présents (personnes âgées vivant majoritairement seules) et les intervenants professionnels étaient peu disponibles. Les focus groupe avec les professionnels n'ont pas pu être réalisés par impossibilité de tous les réunir.

I.2. Présence d'un coordonnateur des interventions mais absence de réunions de coordination clinique

Dans chacun des trois groupes, il y a une personne qui coordonne et qui est en relation avec tous les intervenants en tentant d'une part de mettre de la cohérence à leurs interventions et d'autre part d'adapter celles-ci aux évolutions de besoins des personnes. Il s'agit du gestionnaire de cas pour le groupe intervention, de l'infirmière coordinatrice pour le SPASAD et de l'aidant principal pour le groupe informel. Pour la personne âgée, tout se passe en dehors d'elle dès l'instant que le plan de service a été défini avec la personne qui coordonne. Il n'y a pas à proprement parler dans les trois types de coordination, de rencontres régulières des intervenants avec la personne pour adapter les réponses aux modifications de ses besoins. Ainsi, pour le groupe informel, les médecins traitants ne participent pas au plan de services qui est décidé et élaboré par l'hôpital avant la sortie avec l'aide de l'assistante sociale. Il est tout au plus informé par le compte rendu d'hospitalisation. Il n'y a ensuite aucun suivi de l'hôpital sur la mise en place réelle du plan de soins. Les responsables du groupe SPASAD essaient dans une certaine mesure d'associer le médecin et de le tenir au courant mais ce dernier fonctionne en parallèle des SPASAD. C'est dans le groupe intervention que le contact avec le médecin traitant est le plus étroit mais il s'agit plus d'une délégation au gestionnaire de cas que d'une réflexion en commun de tous les intervenants.

L'impossibilité d'organiser des focus group au cours de notre étude témoigne de la difficulté de mettre en place de réelles concertations cliniques compte tenu des modes de fonctionnement et de financement des différents intervenants au domicile.

I.3. Absence d'évolution des paramètres de santé à T6 mois

Il est retrouvé une adéquation dans les 3 groupes entre l'évaluation globale des besoins à partir de l'outil Inter-Rai à T0 et l'entretien qualitatif qui s'est déroulé 6 mois plus tard. Ce qui signifie que les problématiques étaient toujours présentes comme par exemple la présence de douleurs rhumatismales, de syndrome dépressif ou de troubles de la marche. Ces problèmes chroniques étaient présents bien avant l'intervention de la coordination et les potentialités d'amélioration apparaissaient faibles. La complexité des situations avec l'intrication de problématiques médico-psycho-sociales et des incapacités secondaires est apparue comme un des facteurs majeurs de l'absence d'évolution.

I.4. Satisfaction des personnes âgées sur la qualité des soins

Concernant l'évaluation de la satisfaction, la grille de Paule Lebel, élaboré au Québec, et visant à évaluer la satisfaction des personnes aidées vis à vis des aides est apparue non adaptée à cette population présentant des troubles cognitifs importants. Nous avons donc transformé ce questionnaire fermé en un dialogue sur les thèmes abordés par la grille. Dans l'ensemble des 3 types de coordination, les personnes et leur entourage sont satisfaits de la façon dont on répond à leurs besoins. La satisfaction des personnes était d'autant plus forte que les personnes aidées gardaient une autonomie décisionnelle par exemple sur l'horaire et le moment de l'aide ou le choix de l'intervenant. La participation de la personne âgée aux prises de décision et à l'organisation des soins et des services ne nous est pas apparue comme une priorité dans les 3 groupes.

Dans le groupe informel, la personne âgée valorise la prise en charge par la famille, garde une autonomie décisionnelle importante mais regrette que les services ne reconnaissent pas leurs capacités et compétences en termes de soins techniques et de soutien émotionnel. C'est dans le groupe SPASAD que nous avons rencontré le plus de personnes satisfaites de l'aide et des soins en lien avec les professionnels qui interviennent à domicile. Il faut noter que dans ce groupe, les personnes âgées connaissent les intervenants depuis plusieurs mois avant le début de l'étude. Ce n'est pas le cas des personnes du groupe intervention qui ont eu moins de temps que le groupe précédent pour s'habituer à cette nouvelle organisation. Par contre dans ce groupe, les personnes âgées apprécient le fait d'avoir un gestionnaire de cas qui est un interlocuteur facilement accessible, réactif aux demandes et qui ne sépare pas les problèmes de santé et les problèmes sociaux. Ce gestionnaire de cas est aussi apprécié de la personne âgée car il facilite l'accès au médecin traitant.

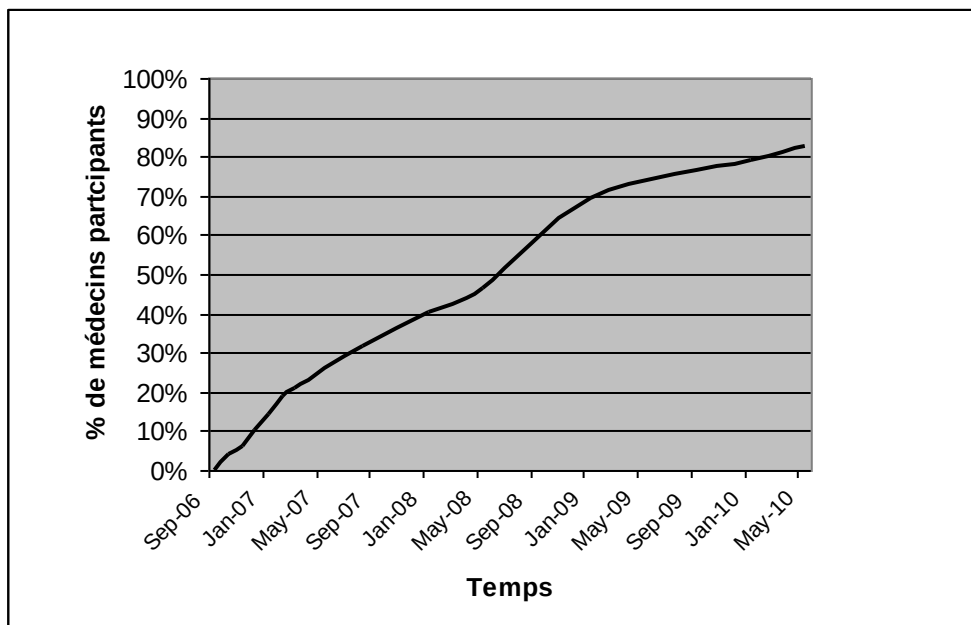
II. Participation des médecins traitants dans le modèle d'intégration

II.1. Diffusion du modèle d'intégration parmi l'ensemble des médecins traitants

En utilisant la théorie de diffusion des innovations de Rogers (2003), l'ensemble des médecins traitants exerçant dans le 16^{ème} arrondissement a été classé dans une des 4 catégories d'adopteurs selon la précocité de leur adoption et de leur participation : innovateurs, majorité précoce, majorité tardive et retardataires/non participants. Les données collectées ont ainsi permis de construire la courbe de diffusion du modèle parmi l'ensemble des 175 médecins de ville exerçant dans l'arrondissement (**Figure 4**).

La courbe de diffusion du modèle parmi les médecins montre que le modèle intégré a diffusé lentement mais de façon constante parmi eux. Aucun médecin ayant commencé à participer au réseau n'a arrêté d'y participer. Les médecins sont de plus en plus nombreux à participer au modèle intégré au cours du temps. Ainsi le réseau étend peu à peu son champ d'intervention auprès des médecins du territoire.

Figure 4. Diffusion du réseau parmi l'ensemble des médecins traitants (n=175)



II.2. Perceptions du modèle d'intégration par les médecins traitants

Les perceptions de l'échantillon des 39 médecins traitants ayant participé à l'étude qualitative par entretien semi-directif vis-à-vis des 5 caractéristiques de l'innovation (avantage relatif, compatibilité, possibilité de l'expérimenter, observabilité, simplicité) ont été analysées. Les résultats montrent que les perceptions des médecins varient selon la catégorie d'adopteur à laquelle ils appartiennent.

Ainsi, les catégories innovateurs et majorité précoce ont une perception globalement positive des 5 caractéristiques de l'innovation. Ces deux catégories ne diffèrent entre-elles que par l'intensité de la perception des caractéristiques de l'innovation : les innovateurs ont une perception positive plus intense de l'avantage relatif et de la simplicité du modèle intégré que la majorité précoce.

Par contre, la majorité tardive et les retardataires diffèrent nettement de ces 2 premières catégories. En effet, la majorité tardive a une perception mitigée de l'avantage relatif, une perception négative de la compatibilité, de l'observabilité et de la possibilité d'expérimenter le réseau. Quant aux retardataires, ils ont une perception négative concernant toutes les dimensions, et notamment une perception négative très marquée concernant la compatibilité et la simplicité du modèle d'intégration (**Tableau 23**).

Tableau 23. Perception des médecins traitants du modèle d'intégration selon les 4 catégories d'adopteurs et les 5 caractéristiques de l'adoption

	Innovateurs	Majorité précoce	Majorité tardive	Retardataires
Avantage relatif	++	+	+/-	--
Compatibilité	+	+	--	---
Possibilité de l'expérimenter	+	+	-	-
Observabilité	+	+	-	-
Simplicité	++	++	-	---

II.2.3 Facteurs influençant l'adoption du modèle intégré par les médecins traitants

En analysant les données de façon plus détaillée, il en ressort que les différentes perceptions vis-à-vis du modèle n'entrent pas en jeu au même moment. En effet, au départ, les médecins traitants observent l'utilisation que font les autres membres de leur groupe professionnel du modèle d'intégration (observabilité). Ensuite, ils essaient de fonctionner en réseau pour un premier patient et jugent ainsi de la valeur de ce type de modèle (possibilité de l'expérimenter). Ce jugement est basé sur la simplicité d'utilisation et sur la compatibilité du modèle avec leurs propres pratiques et sur l'avantage relatif du modèle. La synthèse des facteurs influant l'adoption du réseau intégré est présentée au **Tableau 24**.

Observabilité du modèle d'intégration

Les innovateurs et la majorité précoce se sont fait une opinion positive vis-à-vis du réseau intégré en en discutant avec des collègues lors de rencontres aux amicales des médecins.

Oui j'ai échangé un peu avec un des mes confrères qui a un peu le même mode d'exercice que moi et on était tombé d'accord pour dire que cela peut nous aider. Majorité précoce

Par contre, la majorité tardive et les retardataires ont eu des retours négatifs concernant la mise en place des réseaux en général.

Ben on n'entend pas beaucoup de retour positif sur les réseaux déjà en place, les bilans ne sont pas très bons, alors est-ce que ça va vraiment répondre aux vrais problèmes, aux vraies difficultés... je ne sais pas. Majorité tardive

Possibilité d'expérimenter le modèle d'intégration

Les médecins estiment qu'il est très important de pouvoir expérimenter le réseau intégré pour un patient afin de se faire une idée, de juger de l'intérêt du modèle. Sur cette base, ils vont ensuite décider d'adopter complètement le modèle pour l'ensemble de leurs patients qui y relevaient ou de ne pas l'adopter. Si ce premier essai est concluant, les médecins vont participer pleinement au modèle. C'est le cas des innovateurs et de la majorité précoce.

J'ai du mettre un peu de temps curieusement à le solliciter. Je n'ai pas du l'utiliser au départ : il faut avoir l'occasion, le moment. J'avais déjà tout un réseau perso. J'ai fait un test quand le cas s'est présenté. Et j'ai trouvé ça très bien. Majorité précoce

Par contre, pour la majorité tardive et les retardataires, le premier essai n'a pas apporté les résultats escomptés. Ils ont eu une mauvaise expérience initiale et ont alors décidé de ne pas participer ou ont retardé leur participation.

J'ai proposé un patient moi une ou deux fois mais cela ne devait pas correspondre tout à fait à leurs critères...En tout cas ça n'a pas accroché, ça n'a pas été poursuivi voilà ! Alors je n'ai pas continué, j'ai attendu. Majorité tardive

Simplicité du modèle d'intégration

Les innovateurs et la majorité précoce jugent très positivement la simplicité du modèle au regard de la simplicité d'utilisation, de la rapidité de la réponse et de la disponibilité des professionnels de l'équipe.

Oui, ça se passe bien. Quand j'appelle je suis rapidement rappelé si besoin. Avec le CLIC par exemple, on me disait il n'y a pas de places ou on verra dans un mois, là c'est tout de suite que j'ai une solution, ils viennent à domicile, ils connaissent les situations qu'on rencontre. Majorité précoce

Par contre, la majorité tardive trouve difficile de comprendre le fonctionnement global de l'équipe.

Je mélange un peu tout là, maintenant, je pense que c'est un bilan qui est fait par des spécialistes par des gériatres qui permettent de faire un bilan de l'état de dépendance de la personne qui permette de mettre en place une aide à domicile, au niveau médical et social ou va dire. Mais cela reste flou. Majorité tardive

La majorité tardive et les retardataires trouvent aussi difficile de changer leur pratique du fait d'habitudes fortement ancrées.

Quand on a été habitué à fonctionner autrement, ce n'est pas facile de changer de pratiques. Quand on a appris à travailler seul, cela ne vient pas naturellement. Majorité tardive

Compatibilité du modèle d'intégration

Les innovateurs et la majorité précoce jugent que le fonctionnement du modèle est compatible avec leurs pratiques au regard de la place du médecin traitant dans le dispositif de santé relativement à celle du spécialiste et de l'hôpital.

Dans la mesure où chacun reste à sa place et qu'il y a une entraide mutuelle, qu'il n'y a pas de parasitage par d'autres spécialistes ou d'autres choses comme cela, cela s'est toujours très bien vécu, il n'y a aucune raison que cela ne marche pas. Je crois que tout le monde est très honnête et très correct les uns avec les autres, il n'y a pas de dispersion des patients. Majorité précoce

Par contre, la majorité tardive et les retardataires estiment que le modèle d'intégration ou les réseaux en général sont incompatibles avec leur conception du rôle de médecin traitant qui doit être au centre, et ne pas partager les informations avec les paramédicaux.

Si le gestionnaire de cas centralise les informations, cela me gêne. Il ne faudrait pas tout compliquer non plus, les informations médicales doivent se transmettre de médecin à médecin avec l'accord du patient un point c'est tout. Retardataire

De plus, avec la mise en place du modèle d'intégration ou des réseaux en général, le médecin traitant risque de perdre la main mise sur la prise en charge du patient, voire même de subir un détournement de clientèle par les spécialistes.

À partir du moment où votre patient il est pris en charge par un tuteur, par un réseau, vous n'avez plus la main mise et cela ce n'est pas acceptable. Retardataire

Avantage relatif du modèle d'intégration

Les innovateurs, la majorité précoce et la majorité tardive estiment que le réseau intégré favorise le maintien à domicile des personnes âgées et permet d'éviter des passages aux urgences et des hospitalisations.

Je suis très favorable à l'implantation de ce réseau, j'attends que pour le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes, cela nous apporte une aide. Innovateur

Ils trouvent un intérêt dans l'expertise gériatrique pour faire un diagnostic (par ex. de troubles du comportement) ou discuter du meilleur traitement.

(Le gériatre réseau) se rendait sur place avec (la gestionnaire de cas) ; je pense que c'est un plus, surtout que moi résolument, même si j'ai une expérience de gériatre, puisque j'ai été interne en gériatrie à (l'hôpital X) il y a longtemps. Et bien évidemment, je vois des personnes âgées, mais ceci dit je ne veux pas me positionner comme tel, et je pense que ce n'est pas inintéressant d'avoir un œil..., quitte à discuter avec le patient après, mais enfin je pense que ce n'est pas inintéressant d'avoir un œil. Majorité précoce

De plus, les innovateurs et majorité précoce estiment aussi que le réseau intégré permet de faciliter l'interface avec l'hôpital, notamment une amélioration de la communication avec les professionnels hospitaliers et une meilleure planification de la sortie d'hospitalisation.

Parce qu'avec l'hôpital, on a un lien... la patiente est hospitalisée, on reçoit le compte-rendu un mois plus tard... ça se passe comme ça... sur le terrain, cela peut parfois être difficile, la personne ressort, on ne sait même pas où on en est... il faut aller rechercher

dans les papiers « qu'est-ce qu'on vous a donné » on n'en sait rien ! c'est un peu compliqué. Et ça, ça progresse pas beaucoup. Au moins les structures réseau permettent de faire un lien plus net, plus intéressant. Majorité précoce

Ils estiment que le travail avec un gestionnaire de cas peut leur permettre de se décharger d'un certain nombre de tâches notamment d'évaluation du niveau de dépendance, de décision concernant les aides nécessaires (soins infirmiers et aides à domicile) et de coordination des soins et des aides.

L'évaluation du taux de dépendance. On a une évaluation rapide et on n'a pas le temps de savoir à quel étage elle habite, si elle fait ses courses, si elle a de la famille, des gens pour l'aider... Il y a tout un travail d'évaluation de l'autonomie de la personne âgée, qui fait que le réseau ancrage peut nous dire non cela ne dépend pas de nous... Il y a tout un travail d'évaluation qu'on ne peut pas faire. On peut avoir juste besoin de faire intervenir le CLIC, une aide ménagère... A un moment on pose un regard global sur les patients, sur son environnement ses ressources, son intégration sociale. Innovateur

Cela procure aux médecins traitants un soutien pour arriver à gérer des situations difficiles et ainsi gagner du temps. En conséquence, ils peuvent se recentrer sur des tâches de gestion des problèmes médicaux et de coordination des interventions des différents spécialistes.

Comment je vais faire sinon ? hormis passer une demi-heure à appeler l'infirmier, essayer de trouver un rendez-vous ou appeler le SPASAD, ou essayer d'appeler moi-même le kinésithérapeute. Il y a beaucoup de situations où l'on est rapidement embêté et où l'on n'a pas le temps, c'est surtout une question de temps, on n'a pas le temps d'organiser cela nous-mêmes. On essaye déjà de faire une visite correcte dans le temps qui nous est imparti, c'est difficile, c'est surtout une problématique de temps, en fait. C'est au-delà de la motivation, c'est surtout le temps qui nous manque pour coordonner les différents intervenants. Innovateur

La majorité tardive et les retardataires estiment par contre qu'ils n'ont pas besoin du réseau et que leur fonctionnement habituel est satisfaisant.

Pour moi cela ne peut rien m'apporter. Peut-être que ça peut aider les plus jeunes qui s'installent mais nous on a fait sans et on y est arrivé. Retardataire

Pour autant, la majorité tardive estime que le réseau peut être un plus pour favoriser le maintien à domicile.

Tableau 24. Perception des médecins traitants vis-à-vis du modèle d'intégration

		Innovateurs	Majorité précoce	Majorité tardive	Retardataires
Observabilité					
	Observabilité encourageante lors de discussions avec des collègues	+	+		
	Réputation des réseaux en général			-	-
Possibilité de l'expérimenter					
	Test encourageant	+	+	-	-
Simplicité					
	Simple d'utilisation, rapidité, disponibilité	+	+	-	
	Compréhension du fonctionnement			--	---
	Possibilité de changer les pratiques			-	---
Compatibilité					
	Compatible avec la place du médecin vis-à-vis des spécialistes	+	+	--	----
	Compatible avec la vision de l'échange d'information entre gestionnaire de cas et médecin			--	---
Avantage relatif					
	Favorise le maintien à domicile. Évite des hospitalisations et passages aux urgences.	++	+	+	
	Accès à une expertise gériatrique	++	+	+	
	Facilite l'interface avec hôpital	+	+		
	Soulage, recentre sur le médical. Gain temps	+	+		
	Délégation évaluation de la dépendance et des aides et soins nécessaires et leur coordination	++	+		
	Nécessaire pour arriver à gérer les situations difficiles			-	--

DISCUSSION

Il s'agit de la première étude longitudinale française portant sur une population âgée dépendante vivant à domicile comparant 3 types de coordination. Les résultats des volets quantitatif et qualitatif montrent qu'à 1 an de son implantation, le modèle d'intégration des services COPA présente des résultats positifs sur la santé, les pratiques professionnelles et le recours aux services comparativement aux interventions dites usuelles représentées par le SPASAD et la coordination informelle. Le SPASAD présente des résultats satisfaisants concernant certains paramètres de santé et le recours aux services hospitaliers pour une population plus dépendante comparativement à la coordination informelle. La coordination informelle est associée à un temps d'utilisation des services au domicile plus élevé avec un niveau plus faible d'entrée en institution.

On peut retenir 6 enseignements de ce travail de recherche. Premièrement, il n'y a pas de différence en terme de mortalité entre les 3 coordinations avec des décès plus fréquents au domicile par rapport à l'hôpital dans le groupe intervention et des entrées en institution lorsqu'il y a une coordination professionnelle comme le SPASAD et surtout la gestion de cas. Deuxièmement, les impacts positifs dans le groupe intervention en termes de santé se vérifient sur les dimensions mentales avec une amélioration de la qualité de vie perçue et une diminution du risque de dépression. Il n'y a pas de différences sur les autres paramètres de santé comme l'a montré l'approche qualitative. Troisièmement, on montre une amélioration des pratiques professionnelles comme la couverture vaccinale et le traitement des douleurs dans le groupe intervention avec des populations qui sont globalement satisfaites de la qualité des services dans les 3 groupes. Quatrièmement, l'amélioration de l'accès aux services à domicile dans le groupe intervention ne s'est pas accompagnée d'une augmentation de leur temps d'utilisation avec le même nombre d'heures. Il y a moins d'hospitalisation et de réhospitalisation dans les groupes SPASAD et intervention avec une diminution des passages aux urgences pour le groupe intervention. Cinquièmement, il est possible de renforcer la participation des médecins traitants dans un modèle d'intégration des services comme celui de COPA lorsque ce modèle est simple d'utilisation, compatible avec leurs pratiques et respecte leur place centrale dans le dispositif. Sixièmement, la population suivie en gestion de cas présente certaines spécificités avec la présence de troubles cognitifs, l'absence d'un aidant identifiable et le refus des interventions extérieures.

Par rapport à la littérature sur les modèles d'intégration des services, les résultats du groupe intervention basé sur le modèle COPA sont encourageants. D'une part, les résultats sont positifs sur plusieurs dimensions avec la santé, les pratiques professionnelles et les services. D'autre part, ils

apparaissent tôt après 1 an de suivi alors que dans la plupart des études, les modifications surviennent sur des temps plus longs. Concernant la santé, les modèles PRISMA (Programme Recherche Intégration Services Maintien Autonomie) [44] au Québec, Veneto [45] et Roverto [46] en Italie et On Lok aux USA [47] ont montré une amélioration des dimensions fonctionnelles et en particulier sur le ralentissement du déclin fonctionnel. Ces études ont suivi des populations « early frail », donc moins dépendantes, chez qui il était possible d'envisager de façon efficace des interventions de prévention et de ralentir la constitution d'états chroniques fixés. Le modèle Darlington en Angleterre [48] a eu un impact positif sur l'humeur et la satisfaction perçue et le modèle PRISMA a amélioré la satisfaction et « l'empowerment ». Ces résultats vont dans le sens de ceux de COPA où la présence d'un gestionnaire de cas qui est disponible sur le long terme et qui coordonne l'ensemble des intervenants du social, du médico-social et du sanitaire rassure la personne et son entourage.

Pour les pratiques professionnelles, les modèles de Darlington et de PRISMA ont montré une meilleure adaptation des services aux besoins des personnes. Dans COPA, la fonction de planification du gestionnaire de cas s'appuie sur l'adéquation des services en fonction des besoins de la personne et non sur la demande d'intervention. Par ailleurs, on peut raisonnablement penser qu'une population avec des troubles cognitifs restant seule plus de 8 heures par jour à T0 et qui a plus de passages par jour à T12 mois va dans le sens d'une meilleure réponse à des besoins existants. Le modèle PACE (Program of All-inclusive Care for Elderly) aux USA [49] a noté une amélioration des prescriptions thérapeutiques en fonction des indications posées. Les données de COPA concernant les médicaments n'ont pas encore été étudiées mais on peut déjà dire que leur nombre est le plus faible comparé aux 2 autres groupes et qu'il reste stable à 1 an. Le modèle SIPA (Système Intégré Personnes Agées) [30] a amélioré la couverture vaccinale contre la grippe et ce résultat va dans le sens de celui de COPA. Cette amélioration en 1 an sous-entend que cette population avait un suivi médical plus difficile à T0 comparativement aux 2 autres avec des marges d'amélioration forte. La tendance vers une amélioration de la prise en charge de la douleur avec une diminution des douleurs non maîtrisables, va aussi dans le sens d'une implication du médecin plus forte. Aucune étude dans la littérature n'a retrouvé d'impact sur la mortalité, ce qui est aussi confirmé dans l'étude COPA.

Dans la plupart des modèles d'intégration et en particulier dans les modèles SIPA, Darlington et On Lok il y a une augmentation du recours aux services à domicile concernant l'accès et l'utilisation. Pour SIPA, il y a eu un début de transfert des services institutionnels vers les services de première ligne. Notre étude confirme le renforcement de l'accès vers les services à domicile mais sans augmentation de leur temps d'utilisation. Alors que la population dans le groupe intervention avait un nombre de services différents par semaine à domicile moins élevé, l'intervention du gestionnaire

de cas ne s'est pas accompagnée d'une explosion en termes de temps d'utilisation. Le caractère de cette population qui peut être en situation dite de refus pourrait expliquer en partie ce résultat.

Dans la plupart des études sur les modèles d'intégration, il y a une tendance vers une réduction du recours de l'hospitalisation et les résultats sont significatifs pour les études italiennes et PRISMA concernant les hospitalisations et les passages aux urgences. Nous retrouvons cette tendance concernant les hospitalisations et les réhospitalisations pour les groupes intervention et SPASAD. La présence d'un coordonnateur professionnel à domicile apparaît être un facteur préventif de l'utilisation de l'hôpital. C'est dans le groupe intervention que l'on montre une diminution significative des passages aux urgences. Ce résultat peut s'expliquer par la réorganisation des services sur le territoire produite par la dynamique intégrative.

Seules les études de Darlington et Rovertto ont montré des liens entre l'intégration et les entrées en institution dans le sens d'une diminution. Dans notre étude, la coordination informelle est associée avec une diminution des entrées en institution et ce résultat pourrait s'expliquer par la présence d'un aidant identifié et par une forte utilisation des services à domicile. A l'inverse dans le groupe intervention, le fait que l'aidant soit absent ou en difficulté et que les liens se sont renforcés entre les services de premières lignes et les institutions pendant le travail d'intégration pourraient expliquer l'augmentation des entrées. Mais les liens entre l'institution et l'intégration restent difficiles à interpréter car les entrées sont souvent liées à l'offre de services sur le territoire et aux liens intergénérationnels.

Enfin, le fait que les médecins dans COPA adoptent lentement mais sûrement ce modèle et qu'aucun d'entre eux n'ai mis un terme à sa participation est un résultat qu'aucune autre étude n'a abordé ou mis en évidence. Nos résultats supportent la théorie de la diffusion des innovations qui dit que l'adoption par les individus se produit qu'après que leurs collègues aient eu une expérience positive avec cette innovation [39]. Par ailleurs, il est montré dans d'autres travaux que la collaboration entre professionnels améliore les procédures et l'état de santé des populations [50-52]. La forte participation des médecins peut expliquer en partie les résultats positifs de l'étude COPA où les médecins forment un binôme avec les gestionnaires de cas leur permettant de déléguer sur ce nouveau professionnel, une partie des tâches qui ne sont pas strictement médicales. La formation de ce binôme a été possible par le fait d'avoir attribué le même gestionnaire de cas pour chaque médecin avec un nombre important de patients par médecin et par un accompagnement renforcé par l'équipe support sans prendre la place du médecin traitant [53]. La question des modalités de financement des médecins n'a pas été abordée dans l'étude COPA et nécessiterait d'être exploré à l'avenir. En effet, les modes de paiement mixtes associant paiements à l'acte et à salaire ou par capitation pourraient être un incitatif à la coordination chez les médecins de première ligne [54].

Nous pouvons identifier certains biais dans notre étude. Il ne s'agit pas d'une étude randomisée mais d'une étude quasi-expérimentale, ce qui explique les quelques différences en terme de population. Le tirage au sort n'a pas été possible car les professionnels du territoire ont fortement participé à la construction et l'implantation du modèle d'intégration COPA et ne voulaient pas d'un point de vue éthique que cette nouvelle organisation puisse être proposée qu'à un type de population. Cette difficulté est partagée par la plupart des études sur les modèles intégrés et rares sont celles qui ont eu recours à la randomisation comme l'étude de SIPA. Notre étude quasi-expérimentale s'est déroulée sur des territoires similaires en terme de population et d'offre de services pour limiter l'effet site. La prise en compte des facteurs d'ajustement dans les modèles multivariés a permis de limiter les biais de confusion et permettre la comparabilité entre les groupes. Mais il manque des données d'ordre socio-économiques qui peuvent expliquer le recours aux différents types de services. Par ailleurs, les personnes dans le groupe SPASAD étaient suivies par ce type de service depuis 3 mois en moyenne comparés aux 2 autres groupes qui bénéficiaient d'un nouveau type d'organisation à domicile. Ce biais a pu expliquer certains résultats sur les services. Il est à noter aussi que les situations géographiques de l'étude sont marquées par des conditions sociodémographiques sans doute plus favorable que dans d'autres quartiers ou villes et doivent être prise en compte dans une perspective de généralisation. Il n'y a pas eu non plus d'approche en double aveugle dans le sens où le gestionnaire de cas connaissait les objectifs du modèle concernant la réduction des hospitalisations et des passages aux urgences et il y a peut-être eu un « effet pervers » pour éviter coûte que coûte ces orientations dans le groupe intervention. Le recueil des données a été réalisé à partir de l'outil validé Rai-HC et l'évaluation des activités de la vie quotidiennes et des activités instrumentales s'est fait sur les performances et non sur les capacités réelles de la personne. Il y a peut-être une surestimation des incapacités déclarées dans les groupes SPASAD et coordination informelle. En effet compte tenu du nombre important de services à T0 dans ces groupes, les professionnels ont probablement tendance à faire à la place de la personne. La population dépendante en situation complexe a été retenue dans notre modèle car c'est elle qui pose des difficultés en termes de suivi pour l'ensemble des partenaires du territoire. Cette population cible peut limiter les effets positifs d'actions de prévention à l'inverse d'autres études où l'on note des améliorations sur les paramètres fonctionnels avec des populations de moindre fragilité. Mais cette population permet de voir des effets plus rapides sur le recours à l'hospitalisation comme dans COPA car ces situations avec des hauts niveaux de complexité y sont plus à risque. Par ailleurs, le choix de comparer les 3 types de coordinations réduit les effectifs et entraîne un manque de puissance mais la comparaison du groupe intervention aux 2 autres groupes permettrait en partie de répondre à ces difficultés. La durée de suivie de 1 an n'est probablement pas suffisante pour évaluer les impacts réels des coordinations et en particulier de celle du modèle d'intégration dont le degré d'implantation n'est pas encore finalisé. Mais le choix d'une population

complexe avec un risque de décès et d'entrée en institution élevé, plaide pour des suivis courts. Il aurait été intéressant de connaître, par ailleurs l'évolution des décès dans cette population institutionnalisée. Enfin, l'étude qualitative réalisée auprès de la personne âgée et de son entourage a montré des limites importantes concernant le recueil des données liées aux troubles cognitifs et au manque de disponibilités de l'entourage informel et professionnel. Il s'agit d'un enseignement important pour les futures études dans le même champ et sur les mêmes populations qui nécessitera une réflexion approfondie pour éviter ces écueils. A l'inverse, la forte participation des médecins avec un faible taux de refus pour l'étude est encourageante pour développer des travaux futurs auprès de ces professionnels.

En conclusion, l'implantation d'un modèle d'intégration des services comme celui de COPA est faisable, tout comme son évaluation à partir d'une double approche quantitative et qualitative. Les résultats sont très encourageants en termes d'amélioration des paramètres de santé et des pratiques professionnelles liés en partie à la forte participation des médecins traitants qui ont été associés dès le début de la construction de l'intégration. Ces résultats ne peuvent que renforcer les perspectives de développement de l'intégration des services avec gestion de cas en France avec les sites MAIAs en cours d'implantation (Maisons Autonomie Intégration Alzheimer). Le gestionnaire de cas qui est un nouveau professionnel coordonnant l'ensemble des partenaires autour de la personne est fortement dépendant de l'intégration des services pour que son action soit réellement efficace. C'est pourquoi, les sites SPASAD de notre échantillon avec une coordination professionnelle autour de la personne pourraient améliorer la qualité de ses interventions si la dimension intégrative était implantée sur son territoire. Même si notre étude apporte certains éléments définissant la complexité d'une situation, le filtre qui permet d'orienter une personne vers le gestionnaire de cas reste encore à construire. La définition de la population cible pour une coordination professionnelle intensive est un enjeu pour orienter les personnes vers le bon service en fonction de ses besoins, de ses désirs et de ses possibilités et pour avoir une meilleure comparabilité en terme de suivi épidémiologique. Enfin, ce travail de recherche ouvre un nouveau champ, celui de l'évidence-based services utilisant des volets quantitatif et qualitatif pour approcher de façon plus pertinente les modifications des organisations et de leurs impacts sur la santé des populations.

BIBLIOGRAPHIE

1. Alessi CA, Stuck AE, Aronow HU, Yuhas KE, Bula CJ, Madison R, Gold M, Segal-Gidan F, Fanello R, Rubenstein LZ *et al*: **The process of care in preventive in-home comprehensive geriatric assessment.** *J Am Geriatr Soc* 1997, **45**(9):1044-1050.
2. Orfila F, Ferrer M, Lamarca R, Tebe C, Domingo-Salvany A, Alonso J: **Gender differences in health-related quality of life among the elderly: the role of objective functional capacity and chronic conditions.** *Soc Sci Med* 2006, **63**(9):2367-2380.
3. Campbell SE, Seymour DG, Primrose WR: **A systematic literature review of factors affecting outcome in older medical patients admitted to hospital.** *Age Ageing* 2004, **33**(2):110-115.
4. Murtaugh CM, Litke A: **Transitions through postacute and long-term care settings: patterns of use and outcomes for a national cohort of elders.** *Med Care* 2002, **40**(3):227-236.
5. Wolff JL, Starfield B, Anderson G: **Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly.** *Arch Intern Med* 2002, **162**(20):2269-2276.
6. Brodsky J, Habib J, Hirschfeld JM (Eds.): *Key policy issues in long-term care.* Geneva; 2003.
7. Callahan EH, Thomas DC, Goldhirsch SL, Leipzig RM: **Geriatric hospital medicine.** *Med Clin North Am* 2002, **86**(4):707-729.
8. Black D, Bowman C: **Community institutional care for frail elderly people.** *Bmj* 1997, **315**(7106):441-442.
9. Friedman R, Kalant N: **Comparison of long-term care in an acute care institution and in a long-term care institution.** *Cmaj* 1998, **159**(9):1107-1113.
10. Anderson G, Knickman JR: **Changing the chronic care system to meet people's needs.** *Health Aff (Millwood)* 2001, **20**(6):146-160.
11. Kesselring A, Krulik T, Bichsel M, Minder C, Beck JC, Stuck AE: **Emotional and physical demands on caregivers in home care to the elderly in Switzerland and their relationship to nursing home admission.** *Eur J Public Health* 2001, **11**(3):267-273.
12. Asch SM, Sloss EM, Hogan C, Brook RH, Kravitz RL: **Measuring underuse of necessary care among elderly Medicare beneficiaries using inpatient and outpatient claims.** *Jama* 2000, **284**(18):2325-2333.
13. Kennedy J: **Unmet and undermet need for activities of daily living and instrumental activities of daily living assistance among adults with disabilities: estimates from the 1994 and 1995 disability follow-back surveys.** *Med Care* 2001, **39**(12):1305-1312.
14. Derame G, El Kouri D, Hamidou M, Carre E, Potel G: **Les passages non justifiés au service d'accueil urgences : Proposition d'une offre de soins différenciée.** *La Presse Médicale* 2004, **33**(12):780-783.
15. Onen F, Abidi H, Savoye L, Elchardus JM, Legrain S, Courpron PH: **Emergency hospitalization in the elderly in a French university hospital: medical and social conditions and crisis factors precipitating admissions and outcome at discharge.** *Aging (Milano)* 2001, **13**(6):421-429.
16. 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**(19):870-875.
17. Sands LP, Wang Y, McCabe GP, Jennings K, Eng C, Covinsky KE: **Rates of acute care admissions for frail older people living with met versus unmet activity of daily living needs.** *J Am Geriatr Soc* 2006, **54**(2):339-344.
18. Jansson B, Stenbacka M, Leifman A, Romelsjö A: **A small fraction of patients with repetitive injuries account for a large portion of medical costs.** *Eur J Public Health* 2004, **14**(2):161-167.
19. Henrard JC: **Le système français d'aide et de soins aux personnes âgées.** *Santé Société et Solidarité* 2002, **2**:73-82.
20. Henrard JC, Ankri J: *Vieillesse - grand âge et santé publique.* : ENSP; 2003.
21. Frossard M: **Coordination, Intégration, réseaux de services.** *Gérontologie et Société* 2002, **100**:35-48.

22. Guisset MJ, Puijalon B: **La coordination, une longue histoire mouvementée.** *Gérontologie et Société* 2002, **100**:13-24.
23. Anderson GF, Hussey PS: **Population aging: a comparison among industrialized countries.** *Health Aff (Millwood)* 2000, **19**(3):191-203.
24. Kodner DL, Kyriacou CK: **Fully integrated care for frail elderly: two American models.** *Int J Integr Care* 2000, **1**:1-28.
25. Eklund K, Wilhelmson K: **Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials.** *Health Soc Care Community* 2009, **17**(5):447-458.
26. Kane RL, Homyak P, Bershadsky B: **Consumer reactions to the Wisconsin Partnership Program and its parent, the Program for All-Inclusive Care of the Elderly (PACE).** *Gerontologist* 2002, **42**(3):314-320.
27. Hojat M, Gonnella JS, Erdmann JB, Veloski JJ, Louis DZ, Nasca TJ, Rattner SL: **Physicians' perceptions of the changing health care system: comparisons by gender and specialties.** *J Community Health* 2000, **25**(6):455-471.
28. Reuben DB: **Organizational interventions to improve health outcomes of older persons.** *Med Care* 2002, **40**(5):416-428.
29. Fischer LR, Solberg LI, Zander KM: **The failure of a controlled trial to improve depression care: a qualitative study.** *Jt Comm J Qual Improv* 2001, **27**(12):639-650.
30. Beland F, Bergman H, Lebel P, Clarfield AM, Tousignant P, Contandriopoulos AP, Dallaire L: **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**(4):367-373.
31. Vedel I, de Stampa M, Bergman H, Ankri J, Cassou B, Mauriat C, Blanchard F, Bagaragaza E, Lapointe L: **A novel Model of Integrated Care for Elderly.** *Aging Clinical Research* 2009, **In press**.
32. Vedel I, De Stampa M, Bergman H, Ankri J, Cassou B, Blanchard F, Lapointe L: **Healthcare professionals and managers' participation in developing an intervention : a pre-intervention study in the elderly care context.** *Implement Sci* 2009, **4**(1):21.
33. de Stampa M, Vedel I, Mauriat C, Bagaragaza E, Routelous C, Bergman H, Lapointe L, Cassou B, Ankri J, Henrard JC: **Diagnostic study, design and implementation of an integrated model of care in France: a bottom-up process with continuous leadership.** *Int J Integr Care*, **10**:e034.
34. Hirdes JP, Poss J, Curtin-Telegdi N, Berg K: **Development of the interRAI Community and Health Intake Profile (CHIP) : a triage and Short-Term Assessment Tool for Community Care Access Centres in Ontario.** 2004.
35. Landi F, Tua E, Onder G, Carrara B, Sgadari A, Rinaldi C, Gambassi G, Lattanzio F, Bernabei R: **Minimum data set for home care: a valid instrument to assess frail older people living in the community.** *Med Care* 2000, **38**(12):1184-1190.
36. Carpenter GI: **Accuracy, validity and reliability in assessment and in evaluation of services for older people: the role of the interRAI MDS assessment system.** *Age Ageing* 2006, **35**(4):327-329.
37. Ankri J, Beaufils B, Novella JL, Morrone I, Guillemin F, Jolly D, Ploton L, Blanchard F: **Use of the EQ-5D among patients suffering from dementia.** *J Clin Epidemiol* 2003, **56**(11):1055-1063.
38. Béland F, Bergman H, Dallaire L, Fletcher J, Lebel P, Monette J, Denis J-L, Contandriopoulos A-P, Cimon A, Bureau C *et al*: **Evaluation du système intégré pour personnes âgées fragiles (SIPA) : utilisation et coûts des services sociaux et de santé.** Edited by Foundation CHSR; 2004:36.
39. Rogers EM: **Diffusion of innovations** New York edition.; 2003.
40. Miles M: *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook* CA: Newbury Park 1994.
41. Patton MQ: *Qualitative research and evaluation methods.* 3rd edition. Thousand Oaks, Canada; 2002.
42. Guba EG, Lincoln YS: *Fourth generation evaluation.* Newbury Park, CA: Sage; 1989.

43. Miles M, Huberman M: *Qualitative data analysis : a source book for new methods*. Thousand Oaks, Canada; 1984.
44. Hebert R, Raiche M, Dubois MF, Gueye NR, Dubuc N, Tousignant M: **Impact of PRISMA, a coordination-type integrated service delivery system for frail older people in Quebec (Canada): A quasi-experimental study**. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, **65B**(1):107-118.
45. Landi F, Gambassi G, Pola R, Tabaccanti S, Cavinato T, Carbonin PU, Bernabei R: **Impact of integrated home care services on hospital use**. *J Am Geriatr Soc* 1999, **47**(12):1430-1434.
46. Bernabei R, Landi F, Gambassi G, Sgadari A, Zuccala G, Mor V, Rubenstein LZ, Carbonin P: **Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community**. *Bmj* 1998, **316**(7141):1348-1351.
47. Yordi CL, Waldman J: **A consolidated model of long-term care: service utilization and cost impacts**. *Gerontologist* 1985, **25**(4):389-397.
48. 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 Ageing* 1991, **20**(4):236-244.
49. 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**(2):223-232.
50. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH: **Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium**. *Health Aff (Millwood)* 2009, **28**(1):75-85.
51. Dobscha SK, Corson K, Perrin NA, Hanson GC, Leibowitz RQ, Doak MN, Dickinson KC, Sullivan MD, Gerrity MS: **Collaborative care for chronic pain in primary care: a cluster randomized trial**. *Jama* 2009, **301**(12):1242-1252.
52. Scott IA: **Chronic disease management: a primer for physicians**. *Intern Med J* 2008, **38**(6):427-437.
53. de Stampa M, Vedel I, Bergman H, Novella JL, Lapointe L: **Fostering participation of general practitioners in integrated health services networks: incentives, barriers, and guidelines**. *BMC Health Serv Res* 2009, **9**:48.
54. hofmarcher M, Oxley H, Rusticelli E: **Improved Health System Performance through Better Care Coordination** *OECD Health Working Papers* 2007, **30**.

Annexe 1. Outil de filtrage CHIP + (Community Hospital Intake Profile modifié)

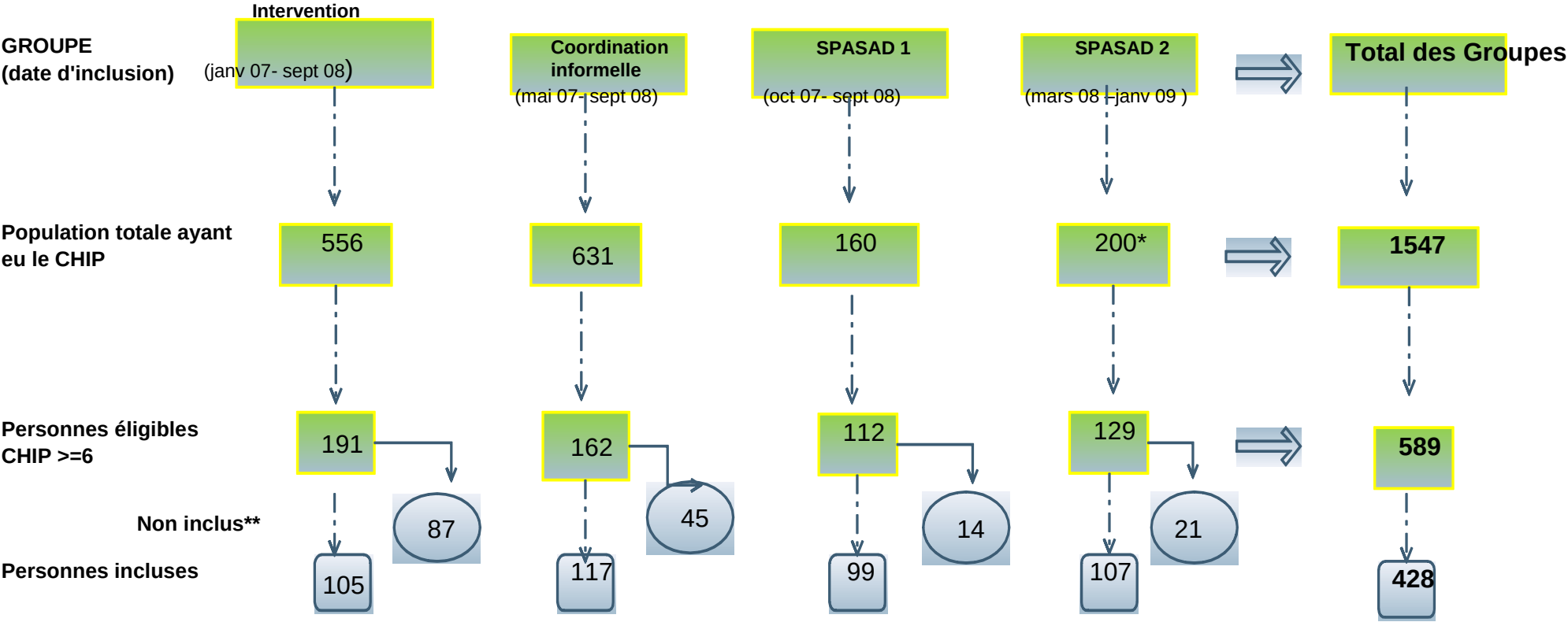
L'outil CHIP + comporte neuf items avec des réponses binaires oui/non (oui=1 et non=0) avec un score total entre 0 et 9. Cet outil est composé de sept items issus de la partie filtrage du CHIP de l'InterRAI (les difficultés pour les activités de la vie quotidienne, la déficience cognitive, le mauvais état de santé perçu, la dyspnée) et de deux items sociaux (vivre seul, indisponibilité d'un aidant familial).

Pour être éligible dans l'étude et être suivi pendant 1 an, la personne âgée doit valider 6 items sur les 9 ci-dessous.

Les neuf items sont donc les suivants :

- vivre seul,
- pas d'aidant familial et de voisinage ou l'aidant ne peut plus continuer son aide,
- non indépendant pour les décisions dans les tâches de la vie quotidienne,
- apprécie comme passable ou mauvais leur état de santé,
- être essoufflé dans les actes de la vie quotidienne,
- aide pour douche et bain,
- aide pour l'hygiène personnelle,
- aide pour s'habiller la partie inférieure du corps,
- aide pour la locomotion.

Annexe 2. Recrutement de la population



**Non inclus: refus, décès avant inclusion, autres orientations

Annexe 3: L’outil Resident Assessment Instrument – Home Care (RAI-HC)

Le RAI a été originellement développé pour les personnes en institution de soins de longue durée (MDS2.0). Depuis 2002 le réseau international interRAI a entrepris un travail d’homogénéisation des différents outils utilisables dans des contextes de soins variés. Aujourd’hui ce travail est achevé avec la parution d’une suite d’outils [<http://www.interrai.org>] utilisables au domicile (MDS-HC), en hospitalisation de court séjour (MDS-SA), en long séjour (MDS-SLD), en soins de suite (MDS-SSR) ou en soins palliatifs (MDS-SP) ; toutes ces versions disposent d’un même tronc commun, ce qui s’avère intéressant pour suivre les trajectoires de soins des personnes âgées ayant les problèmes de santé les plus complexes. L’ensemble des outils applicables de la gériatrie a été traduit.

En France, l’utilisation du filtrage/orientation d’interRAI est recommandée pour l’évaluation dans le cadre des CLIC (Centres locaux pour l’Information et la Coordination) gériatriques [http://www.personnes-agees.gouv.fr/dossiers/clic/inserm_2004.pdf] avec le guide pour l’évaluation des CLIC DGAS.

InterRAI MDS- SAD (HC)

[CODER L'ETAT DURANT LES 3 DERNIERS JOURS, SAUF AUTRE INDICATION]

A. INFORMATIONS D'IDENTIFICATION

1. NOM

2 1ères lettres du nom 1ère lettre du prénom
/-/-/ /-/-

2. SEXE

1. masculin 2. féminin

3. DATE DE NAISSANCE

 - - -
Jour mois année

4. ETAT MATRIMONIAL

1. Jamais marié
2. Marié/e
3. Vivant maritalement
4. Veuf/ve
5. Séparé/e
6. Divorcé/e

5. N° D'IDENTIFICATION DE LA PERSONNE

 - - - - - - - - - -

6. IDENTIFICATION DU SERVICE (en clair)

7. SOURCES DE PAIEMENT. A qui la facture est-elle adressée ?

0. Non 1. Oui

- a. client d. aide sociale
b. famille e. APA (F)
c. assurance maladie f. autre

8. RAISON DE L'EVALUATION

1. Evaluation initiale
2. Ré-évaluation de routine
3. Evaluation de retour -ex. retour de l'hôpital
4. Réévaluation pour changement significatif de l'état de santé
5. Evaluation de sortie, couvre les 3 derniers jours du service
6. Suivi de la sortie du service (ne remplir que les sections S et T)
- 7 Autre (par ex. recherche)

9. DATE DE REFERENCE POUR L'EVALUATION

 - - - - - - - - - -
Jour mois année

10. BUTS DES SOINS DECLARES PAR LA PERSONNE

Entrer le but principal dans les cases ci-dessous

 - - - - - - - - - -

11. CODE POSTAL DU LIEU DE RESIDENCE HABITUELLE

 - - - - - -

12 LIEU DE VIE AU MOMENT DE L'EVALUATION

1. Habitation privée/ appartement/ chambre louée
2. Résidence service ou établissement d'hébergement
3. Foyer logement
4. Maison de santé mentale – par ex. petite unité de vie psychiatrique
5. Petite unité pour personnes handicapées physiques
6. Etablissement pour personnes handicapées mentales
- 7 Unité ou hôpital psychiatrique
8. Sans domicile fixe
9. Etablissement de soins de longue durée
10. Hôpital/service de rééducation

11. Unité de soins palliatifs
12. Unité/hôpital de soins aigus
13. Etablissement carcéral
14. Autre précisez

13. CONDITIONS DE VIE

a. Vit

1. Seul
2. Avec époux/compagnon uniquement
3. Avec époux/compagnon et autre(s)
4. Avec enfant mais sans conjoint
5. Avec parent(s) ou tuteur(s)
6. Avec frère ou sœur
7. Avec d'autres membres de la famille
8. Avec d'autres sans parenté

b. Par rapport à il y a 3 mois (ou depuis la dernière évaluation) la personne vit maintenant avec quelqu'un de nouveau – ex. a déménagé chez une autre personne ou une autre personne a emménagé

0. Non 1. Oui

c. La personne ou l'aidant principal estime qu'elle serait mieux si elle vivait ailleurs

0 Non

1. Oui dans une autre résidence particulière

2. Oui en institution

14. TEMPS DEPUIS LA DERNIERE HOSPITALISATION

Coder l'épisode le plus récent au cours des 90 DERNIERS JOURS.

0. Pas d'hospitalisation au cours des 3 derniers mois
1. Entre 31 et 90 jours
2. Entre 15 et 30 jours
3. Entre 8 et 14 jours
4. Durant la dernière semaine
5. Est hospitalisé actuellement

B. ADMISSION ET HISTORIQUE INITIAL

1. DATE D'OUVERTURE DU DOSSIER

 - - - - - - - - - -
Jour mois année

2. ++++++

3. LANGUE USUELLE

1. Français
- 2..Si non, précisez:.....

4. HISTOIRE RESIDENTIELLE DANS LES 5 ANNEES PRECEDENTES

Coder pour tout établissement où a vécu la personne durant les 5 années précédant la date où le service commence [Item B1]

0. Non

1. Oui

a. Etablissement de soins de longue durée par ex. EHPAD, service de long séjour hospitalier

b. Etablissement médico-social d'hébergement ou foyer logement

c. Etablissement de santé mentale – par ex. foyer pour malades mentaux

d. Hôpital/ ou unité psychiatrique

e. Etablissement pour handicapés mentaux

C. COGNITION

1. FACULTES COGNITIVES POUR LES DECISIONS COURANTES

Décisions concernant les tâches de la vie quotidienne - par ex. quand se lever ou prendre les repas, quels vêtements porter ou quelles activités à faire

0. **Indépendant** : décisions logiques et raisonnables

1. **Indépendance relative** : quelques difficultés seulement dans les situations nouvelles

2. **Déficience minime** – dans des situations particulières, décisions de faible qualité ou dangereuses, a besoin d'indications et de supervision

3. **Déficience modérée** : décisions presque toujours pauvres ou risquées, ayant nécessité indications/surveillance en permanence

4. **Déficience sévère** - Ne prend pratiquement jamais de décisions

5. **Pas de conscience décelable (PASSEZ A LA SECTION E)**

2. MEMOIRE CAPACITE DE SE SOUVENIR

Coder le rappel de ce qui a été appris ou su

0. mémoire OK 1. Problème de mémoire

a. **Mémoire à court terme** OK - semble se rappeler après 5 minutes

b. **Mémoire procédurale** OK - peut accomplir toutes ou la plupart des étapes séquentielles de tâches complexes sans stimulation.

c- **Mémoire de situation.** OK – reconnaît A LA FOIS les visages/ noms des soignants fréquemment rencontrés ET connaît la situation des lieux régulièrement visités (chambre, salle à manger)

3. FLUCTUATIONS DE LA PENSEE OU DE L'ETAT DE CONSCIENCE

[Note: une évaluation précise demande un entretien avec le personnel et la famille qui ont une connaissance directe du comportement de la personne pendant cette période].

0. comportement pas observé

1. comportement observé, mais compatible avec le fonctionnement habituel

2. comportement observé durant les 3 derniers jours ET qui diffère de l'habituel (p. ex. comportement nouveau ou détérioration par rapport il y a quelques semaines)

a. **Facilement distrait** - ex. difficulté de concentration, dévie de son sujet

b. **Episodes de discours incohérent** - ex. discours dénué de sens ou hors de propos, sautant d'un sujet à l'autre, sans suite logique

c. **Fonction mentale variant en cours de journée** - ex. tantôt mieux, tantôt pire

4. BRUSQUE CHANGEMENT DANS L'ETAT MENTAL DE LA PERSONNE PAR RAPPORT A L'ETAT HABITUEL –

Ex. agitation motrice, léthargie, difficulté à rester éveillé perception altérée de l'environnement,

0. Non 1. Oui

5. CHANGEMENT DES FACULTES POUR PRENDRE LES DECISIONS QUE 90 JOURS AUPARAVANT (OU DEPUIS LA DERNIERE EVALUATION)

0. Améliorée

1. Pas de changement

2. Plus déficient 8. Incertain

D. COMMUNICATION ET VISION

1. SE FAIRE COMPRENDRE (Expression)

A. **EXPRESSION DU CONTENU DE L'INFORMATION – A LA FOIS VERBALE ET NON**

B. **VERBALE**

0. **Est compris** – exprime ses idées sans difficultés

1. **Est généralement compris** - difficultés pour trouver ses mots et aller au bout de sa pensée MAIS si on laisse du temps peu ou pas d'aide requise

2. **Est souvent compris** – difficultés à trouver ses mots, à aller au bout de sa pensée ET aide habituellement requise

3. **Est parfois compris** - capacité limitée à l'expression de demandes concrètes

4. **Rarement ou jamais compris**

2. CAPACITE A COMPRENDRE LES AUTRES (Compréhension)

Compréhension du contenu d'informations verbales avec prothèse

auditive si utilisée

0. **Comprend** – bonne compréhension

1. **Comprend généralement** - manque quelques parties/buts du message MAIS comprend l'essentiel de la conversation sans ou avec peu d'aide

2. **Comprend souvent** – manque quelques parties/buts du message MAIS avec de l'aide peut souvent comprendre la conversation

3. **Comprend parfois** - répond adéquatement seulement à un message simple et direct

4. **Comprend rarement ou jamais**

3. AUDITION

Capacité à entendre (avec appareil auditif, s'il est habituellement utilisé)

0. **Adéquate** - pas de difficulté dans conversation courante, échange social, écoute de la T.V.)

1. **Difficulté minime** – Difficulté dans certains environnements (ex. quand une personne parle doucement ou est à plus de 2 mètres))

2. **Difficulté moyenne** - Problème pour entendre une conversation normale, requiert un environnement calme pour bien entendre

3. **Difficulté sévère** – Difficulté dans toutes les situations (ex. l'interlocuteur doit élever le ton ou parler très lentement ou la personne rapporte que toutes les paroles sont marmonnées)

4. **Pas d'audition**

4. VISION

Capacité de voir, dans une lumière adéquate et avec lunettes ou d'autres moyens auxiliaires, si utilisés

0. **Adéquate.** Distingue les détails, y compris les caractères ordinaires des journaux/livres

1. **Difficulté minime.** Lit les gros caractères mais non les caractères ordinaires des journaux/livres

2. **Difficulté moyenne.** Vision limitée, ne lit pas les titres des journaux mais reconnaît les objets

3. **Difficulté sévère.** – Identification des objets en question mais semble suivre les objets des yeux, ne voit que les lumières, les couleurs, les formes

4. **Pas de vision**

E. HUMEUR ET COMPORTEMENT

1. MANIFESTATIONS D'HUMEUR DEPRESSIVE, ANXIEUSE OU TRISTE

Coder les indicateurs observés durant les 3 derniers jours quelle qu'en soit la cause [Note : demandez à la personne chaque fois que possible]

0. Non présents

1. Présents mais non observés durant les 3 derniers jours

2. Manifestés 1-2 jours des 3 jours

3. Manifestés chacun des 3 jours

a. **Emet des expressions négatives**, - par ex., « rien ne compte, il vaudrait mieux être mort, à quoi ça sert, regrette d'avoir vécu si longtemps, laissez moi mourir »

b. **Perpétuelle colère envers soi-même ou envers les autres** – par ex. facilement dérangé, colère envers les soins reçus

c. **Expression (incluant des non verbales) de craintes paraissant non fondées** – par ex. peur d'être abandonné, d'être laissé seul, d'être avec les autres ou crainte intense d'objets ou de situations particuliers

- d. **Plaintes somatiques répétées** – par ex. : recherche d'un avis médical, préoccupation obsessionnelle par les fonctions corporelles ☐
- e. **Plaintes anxieuses/inquiétudes** (ne concernant pas la santé) – par ex. demande constamment de l'attention/réassurance concernant les horaires, repas, lavage du linge, vêtements, relations avec autrui ☐
- f. **Visage exprimant tristesse, douleur ou inquiétude** – ex. front soucieux, constamment sombre ☐
- g. **Larmes et pleurs fréquents** ☐
- h. **Expressions récurrentes que quelque chose de terrible va arriver** – ex. croit qu'il va mourir, avoir une crise cardiaque ☐
- i. **Retrait des activités intéressantes** – ex.: activités jusqu'ici appréciées ou à être avec sa famille/ses amis ☐
- j. **Rapports sociaux réduits** ☐
- k. **Expressions (y compris orales) de manque de plaisir dans la vie** – ex. « Je ne prends plus plaisir à rien », anhédonie ☐
2. **ITEMS D'HUMEUR RAPPORTES SPONTANEMENT**
0. pas dans les 3 derniers jours
1. pas durant les 3 derniers jours mais se sent souvent ainsi
2. 1-2 jours des 3 derniers jours
3. se sent ainsi chacun des 3 derniers jours
8. La personne ne pourrait (ne voudrait) répondre
- Demandez « avec quelle fréquence vous êtes-vous senti durant les 3 derniers jours »,*
- a. **Avoir peu d'intérêt ou de plaisir pour les choses qui normalement sont agréables ?** ☐
- b. **Anxieux, agité ou mal à l'aise ?** ☐
- c. **Triste, déprimé ou sans espoir ?** ☐

3. COMPORTEMENT PROBLEMATIQUE

Coder les indicateurs observés durant les 3 derniers jours quelle qu'en soit la cause

0. Non présents
1. Présents mais non manifestés durant les 3 derniers jours
2. Manifestés 1-2 jours des 3 jours
3. **MANIFESTES CHACUN DES 3 JOURS**
- a. **Déambulation** – se déplace sans buts ni besoins apparents, au mépris de sa sécurité ☐
- b. **Agressivité verbale** – p.ex. menace, injurie, maudite autrui ☐
- c. **Agressivité physique** – p.ex. frappe, repousse, griffe, agresse sexuellement autrui ☐
- d. **Comportement socialement inadapté/perturbateur** – p.ex. émet des sons, des cris, des bruits perturbateurs, crache, projette de la nourriture ou des selles, amasse des objets, fouille dans les affaires des autres ☐
- e. **Comportement sexuel en public inapproprié ou se déshabille en public** ☐
- f. **S'oppose aux soins de manière agressive** – par ex.: refuse de prendre ses médicaments, recevoir ses injections, l'aide aux AVQ ou de manger ☐

F. BIEN ETRE PSYCHO-SOCIAL

1. RELATIONS SOCIALES

[Note demandez chaque fois que possible à la personne]

0. Jamais
1. Il y a plus de 30 jours
2. Il y a 8 à 30 jours
3. Il y a 4 à 7 jours
4. Durant les 3 derniers jours
8. Incapable de déterminer
- a. **Participation à des activités intéressantes de longue date** ☐
- b. **Visite d'une relation sociale de longue date ou d'un membre de la famille** ☐

- c. **Autre contact avec une relation sociale de longue date/ un membre de la famille** : ex. Contact téléphonique ou par courrier électronique ☐
- d. **Conflit ou colère vis-à-vis de la famille ou des amis** ☐
- e. **A peur d'un membre de la famille ou de l'entourage** ☐
- f. **Négligé, abusé ou maltraité** ☐

2. SOLITUDE

Dit ou indique qu'il se sent seul

0. Non 1. Oui ☐

3. CHANGEMENT DANS LES ACTIVITES durant les 90 derniers jours (ou depuis la dernière évaluation si moins de 90 jours),

diminution de la participation dans des activités habituelles sociales, religieuses, de loisir ou autres.

S'IL Y A UNE DIMINUTION, souffre de cette situation

0. pas de diminution ☐
1. diminution, n'en souffre pas
2. diminution, en souffre

4. LAPS DE TEMPS PENDANT LA JOURNEE (MATIN ET APRES-MIDI) OU EST SEUL

0. MOINS DE 1 HEURE

1. 1-2 heures ☐
2. 3-8 heures
3. Plus 8 heures

5. EVENEMENT STRESSANT DURANT LES 90 DERNIERS JOURS

– par ex. épisode de maladie sévère pour la personne, décès ou maladie sévère d'un proche membre de la famille/ami ; perte du logement ; perte majeure de revenus/capitaux ; victime de vol/agression ; perte du permis de conduire/de la voiture

0. Non 1. Oui ☐

SECTION G ETAT FONCTIONNEL

1. PERFORMANCE ET CAPACITE POUR LES AIVQ

– CODEZ la performance dans les activités habituelles du ménage durant les 3 DERNIERS JOURS.

– CODEZ l'aptitude reposant sur la capacité présumée à assurer l'activité de façon aussi indépendante que possible. Cela requiert une certaine « spéculation » de la part de l'évaluateur

0. **Indépendant** : sans préparation, supervision ou aide.

1. Indépendant et **Aide à la préparation seulement**

2. **Supervision** : surveillance ou indications

3. **Assistance limitée** : aide lors de certaines occasions.

4. **Assistance importante** : aide pour l'ensemble de l'activité mais accompli seul 50 % des tâches ou plus

5. **Assistance maximale** : aide pour l'ensemble de l'activité mais accompli seul moins de 50 % des tâches élémentaires

6. **Dépendance totale** : d'autres exécutent en permanence l'activité durant l'ensemble de la période.

8. **L'activité n'a pas été accomplie** durant l'ensemble de la période. (NE PAS UTILISER CE CODE LORS DE L'EVALUATION DU SCORE DE LA CAPACITE)

a. **Préparation des repas** – Comment les repas sont préparés (par exemple : planifier les menus, cuire, rassembler les ingrédients, faire la cuisine, préparer les plats et les couverts)

b. **Ménage courant** – Comment le ménage courant est fait (par exemple : épousseter, ranger, faire la vaisselle, les lits, la lessive) ☐

c. **Gestion des finances** – Comment sont payées les factures, sont équilibrées les comptes et les dépenses de la maison, est suivi le compte de la carte de crédit ☐

d. **Gestion des médicaments** – Comment sont gérés les médicaments (par exemple : se souvenir de les prendre, ouvrir les flacons, prendre le dosage correct, se faire les injections, appliquer des pommades) ☐

e. **Usage du téléphone** – Comment les appels ☐

performance
CAPACITE

téléphoniques sont faits ou reçus (avec, si nécessaire, des aides techniques telles que des chiffres agrandis sur le téléphone ou un amplificateur)

f. **Escaliers** - Comment est montée ou descendue une pleine

volée de marches (ex 12-14 marches)

g. **Faire les courses** - Comment se font les achats des aliments ou des articles ménagers par exemple : choisir les produits, payer EXCLUT LES TRANSPORTS

h. **Transports** - Comment voyage par les transports publics (système de navigation, paiement du prix) ou conduit lui même (comprend sortir de la maison, entrer et sortir du véhicule)

2. PERFORMANCE POUR LES AVQ

Prenez en compte tous les épisodes où **chaque** activité est accomplie durant les 3 DERNIERS JOURS

Si tous les épisodes sont accomplies **au même niveau d'aide**, codez les AVQ à ce niveau

S'il y a **au moins un épisode de dépendance totale** (6) et si les autres épisodes sont à un niveau inférieur **codez 5**.

Autrement, centrez vous sur les **3 épisodes de dépendance la plus élevée**. [ou sur tous les épisodes si l'activité est accomplie moins de 3 fois]

Si l'épisode de **dépendance la plus élevée est 1**, codez les AVQ « 1 ». Sinon codez l'épisode de **moindre dépendance** dans l'intervalle 2 à 5.

0. **Indépendant** - Sans préparation, supervision ou assistance physique lors de toute épisode.

1. **Indépendant, Aide à la préparation seulement** - Article procuré ou placé à proximité sans supervision ou assistance physique, lors de toute épisode.

2. **supervision** - surveillance/indication

3. **assistance limitée** - aide pour la mobilisation des membres, aide pour manoeuvrer sans force physique

4. **assistance importante** - aide nécessitant de la force (y compris soulever les membres) par un seul aidant alors que la personne accomplit 50 % ou + des tâches

5. **assistance maximale** - aide nécessitant de la force (y compris soulever les membres) par deux personnes ou + OU aide nécessitant de la force physique pour plus de 50 % des tâches

6. **dépendance totale** - activité entièrement accomplie par d'autres durant l'ensemble de la période

8. **l'activité n'a pas été accomplie** durant l'ensemble de la période

a. **Bain** - Comment la personne prend un bain ou une douche Comprend il effectue le transfert dans et hors de la baignoire/douche ET comment chaque partie du corps est baignée : bras, jambes,

cuisses, poitrine abdomen, région périnéale. - EXCLUT LE LAVAGE DU DOS ET DES CHEVEUX.

b. **Hygiène personnelle** - Comment la personne fait pour se laver les dents, se coiffer, se raser, se maquiller, se laver et s'essuyer le visage, les mains - EXCLUT BAIN ET DOUCHE

c. **S'habiller la partie supérieure du corps** - Comment la personne s'habille et se déshabille (vêtements pour l'extérieur, sous-vêtement),

au dessus de la ceinture, y compris les prothèses, les attaches, les pull-over, les appareillages orthopédiques, etc.

d. **S'habiller la partie inférieure du corps** - Comment la personne

s'habille et se déshabille (vêtements pour l'extérieur, sous-vêtement), au dessous de la ceinture, y compris les prothèses, les ceintures,

culottes, jupes, chaussures et attaches.

e. **Marcher** - comment la personne marche entre deux points du même étage à l'intérieur

f. **Locomotion** - Comment la personne se déplace (en marchant ou en fauteuil roulant) entre deux points du même étage. Si en fauteuil roulant, indépendance une fois dans le fauteuil

g. **Transfert vers et des toilettes** - Comment la personne s'assied sur ou se lève du siège des toilettes ou de la chaise percée

Utilisation des toilettes - Comment la personne utilise toilettes, (ou la chaise percée, le vase, de l'urinal), s'essuie après leur utilisation ou un épisode d'incontinence, change ses protections, s'occupe d'une sonde urinaire ou d'une poche de colostomie, ajuste ses vêtements - EXCLUT TRANSFERT SUR OU DES TOILETTES

h. **Mobilité dans le lit** - Comment la personne se redresse, s'étend, se tourne et s'installe en bonne position lorsqu'il est au lit.

j. **Alimentation** - Comment la personne mange et boit (indépendamment de son habilité) comprend se nourrir par n'importe

quel moyen (par ex nourriture par sonde, par voie parentérale en totalité)

3. DEPLACEMENT/MARCHE

a. **Principal mode de déplacement**

0. Marche, pas de moyen auxiliaire

1. Marche, moyen auxiliaire - par ex. canne, déambulateur, cadre de marche, poussée du fauteuil roulant

2. Fauteuil roulant, fauteuil motorisé (scooter)

3. Confiné au lit

b. **Temps pour parcourir 4 mètres de marche**

[Préparez un parcours droit, sans obstacle. La personne doit se tenir debout immobile touchant la ligne de départ]

Puis dites « quand je vous le dirai, commencez à marcher à une allure normale (avec cannel/déambulateur si utilisé).

Ceci n'est pas un test pour mesurer la vitesse à laquelle vous pouvez marcher. Arrêtez vous quand je vous le dirai. Est ce que c'est clair ? L'évaluateur peut montrer le test

Puis dites « Commencez à marcher maintenant ».

Déclenchez le chronomètre (ou commencez à compter les secondes) lorsque le premier pas se pose. Terminez de compter quand le pied se pose au delà de la marque des 4 mètres

Puis dites « vous pouvez vous arrêter maintenant »

Notez le temps en secondes jusqu'à 30 secondes

30. 30 secondes ou plus pour parcourir 4 mètres

77. S'est arrêté avant la fin du test

88. A refusé de faire le test

99. Non testé - par ex. ne marche pas seul

c. **Distance de marche** - Distance la plus longue parcourue sans s'asseoir durant les 3 DERNIERS JOURS (avec aide si nécessaire)

0. N'a pas marché

1 Moins de 5 mètres

2 De 5 à 49 mètres

3. De 50 à 99 mètres

4 100 mètres et plus

5. 1 kilomètre ou plus

d. **Distance en fauteuil roulant de manière indépendante** - Distance la plus longue parcourue de manière indépendante en fauteuil roulant durant les 3 DERNIERS JOURS (inclut l'usage indépendant d'un fauteuil roulant motorisé)

0. Pousser pas d'autres

1. Utilise un fauteuil/scooter électrique

2. Se déplace seul de moins de 5 mètres

3. Se déplace seul de 5 à 49 mètres

4. Se déplace seul de 50 à 99 mètres

5. Se déplace seul de 100 mètres et plus

8. N'utilise pas de fauteuil roulant

4. NIVEAU D'ACTIVITE

a. **Total d'heures d'activité physique/exercice dans les 3 derniers jours** - par ex. marche

Aucune
Moins d'1 heure
1-2 heures
2-4 heures
Plus de 4 heures

b. **Nombre de jours, durant les 3 derniers jours où le client sort du logement ou de l'immeuble, (même pour un court moment)**

0. aucun jour
1. aucun jour mais le fait habituellement sur une période de 3 jours
2. 1-2 jours
3. 3 jours

5. **POTENTIEL D'AMELIORATION DES PERFORMANCES PHYSIQUES**

0. Non
1. Oui

a. **La personne estime qu'elle est capable d'augmenter ses performances fonctionnelles physiques**
b. **Les aidants professionnels estiment que la personne est capable d'augmenter ses performances fonctionnelles physiques**

6. **CHANGEMENT DES PERFORMANCES DANS LES AVQ PAR RAPPORT A IL Y A 3 MOIS (OU DEPUIS LA DERNIERE EVALUATION SI MOINS DE 90 JOURS).**

0. Améliorées
1. Pas de changement
2. PLUS DEFICIENTES
8. INCERTAIN

7. **CONDUITE**

A. **D'UNE VOITURE (UN VEHICULE) DURANT LES 90 DERNIERS JOURS**
B. **Si LA PERSONNE CONDUIT, L'EVALUATEUR EST AU COURANT QUE QUELQU'UN LUI A SUGGEREE DE LIMITER OU D'ARRETER LA CONDUITE**

0. Non
1. Oui

0. Non
1. Oui

H. CONTINENCE

1. **CONTINENCE D'URINES**

0. **Continent** : contrôle complet. N'UTILISE AUCUN type de sonde ou de moyen pour collecter les urines.
1. **Contrôle avec sonde** ou stomie durant les 3 deniers jours
2. **Rarement incontinent** – pas incontinent durant les 3 jours mais a des épisodes d'incontinence
3. **Occasionnellement incontinent** – moins que quotidiennement au cours des 3 derniers jours
4. **Fréquemment incontinent** – quotidiennement incontinent avec cependant persistance d'un contrôle
5. **Incontinent** – pas de contrôle
8. **N'est pas survenue** - aucune émission d'urine provenant de la vessie durant les 3 derniers jours

2. **MOYENS AUXILIAIRES POUR RECUEILLIR LES URINES (PROTECTION EXCLUE)**

0. Non
1. Cathéter avec condom
2. Sonde urinaire à demeure
3. Cystostomie, urétérostomie, nephrostomie

3. **CONTINENCE FECALE**

0. **Continent** - contrôle complet
1. **Contrôle avec une stomie** durant les 3 derniers jours
2. **Rarement incontinent** – pas incontinent durant les 3 jours mais a des épisodes d'incontinence
3. **Incontinence occasionnelle** - moins que quotidiennement
CENTE4. **Fréquemment incontinent** - incontinence quotidienne mais persistance d'un contrôle
5. **Incontinent** – pas de contrôle
8. **Aucune émission de selles durant la période**

4. **PROTECTION, SERVIETTE HYGIENIQUE**

0. Non
1. Oui

I. DIAGNOSTICS MEDICAUX

Code des Maladies

0. Absente
1. Principal ou principaux diagnostics pour l'épisode de soins actuel
2.Diagnostic présent avec traitement actif
3. Diagnostic présent suivi mais sans traitement actif

1. **DIAGNOSTICS MEDICAUX**

Musculo-squelettique

A. Fracture de hanche durant les 30 derniers jours (ou depuis la dernière évaluation si moins de 30 jours)
B. Autre fracture durant les 30 derniers jours (ou depuis la dernière évaluation si moins de 30 jours)

NEUROLOGIQUE

C.MALADIE D'ALZHEIMER
D.DÉMENCE AUTRE QUE MALADIE D'ALZHEIMER
E. HÉMIPLÉGIE
F. SCLÉROSE EN PLAQUE
G. PARAPLÉGIE
H. PARKINSON
I. TÉTRAPLÉGIE
J. ATTAQUE CÉRÉBRALE/AVC

Cardiaque et pulmonaire

k. Maladie coronarienne artério-scléreuse
l. Obstruction broncho-pulmonaire chronique
m. Insuffisance cardiaque

PSYCHIATRIQUE

N. ANXIÉTÉ

O. PSYCHOSE MANIACO-DÉPRESSIVE (MALADIE BIPOLAIRE)
P. DÉPRESSION
Q. PSYCHOSE
INFECTION
R. PNEUMONIE
S. INFECTION URINAIRE DURANT LES 30 DERNIERS JOURS

AUTRE

T. CANCER
U. DIABÈTE

2. **AUTRES DIAGNOSTICS MEDICAUX**

DIAGNOSTIC
CODE
CODE

Maladie
10^e CIM

a.					
b.					
c.					
d.					
e.					
f.					

J. PROBLEMES DE SANTE

1. **CHUTE**

0. Pas de chute durant les 90 derniers jours
1. pas de chute durant les 30 derniers jours mais chute entre 31 et 90 jours
2. Une chute durant les 30 derniers jours
3. Deux chutes ou plus durant les 30 derniers jours

2. **CHUTE RECENTE**

3. FREQUENCE D'UN PROBLEME

Coder la présence durant les 3 derniers jours

0. Non présent
1. Présent mais non manifeste au cours des 3 derniers jours
2. Manifeste 1 des 3 derniers jours
3. Manifeste 2 des 3 derniers jours
4. Manifeste chaque jour

D'EQUILIBRE

- a. Difficulté ou impossibilité de passer à la station debout sans aide
- b. Debout, difficulté ou impossibilité de faire demi tour
- c. Etourdissement
- d. Démarche instable

Cardiaque et pulmonaire

- e. Douleur thoracique
- f. Difficulté pour tousser ou éliminer les sécrétions aériennes

PSYCHIATRIQUE

- g. Processus anormal de la pensée - par ex. perte des associations, blocage, fuite des idées, pensées tangentielles, prolixité circonlocutoire
- h. Idées délirantes - Fausses croyances fixes
- i. Hallucinations - Fausses perceptions sensorielles

NEUROLOGIQUE

- j. Aphasie

GASTRO-INTESTINAL

- k. Reflux acide – Régurgitation d'acide dans la gorge provenant de l'estomac
- l. Constipation - Pas d'émission de selles durant les 3 jours ou difficulté de passage de selles dures
- m. Diarrhée
- n. Vomissements

PROBLEME DE SOMMEIL

- o. Difficulté pour s'endormir, pour rester endormi, réveil plus tôt que souhaité, sommeil agité, ne reposant pas
- p. Trop de sommeil - Excès de sommeil interférant avec le fonctionnement habituel de la personne

AUTRE

- q. . Inhalation de substance étrangère
- r. Fièvre
- s. Saignement gastro-intestinal/génito-urinaire
- t. Hygiène – Mauvaise hygiène inhabituelle, négligé, échevelé
- u. Oedème périphérique

4.DYSPNEE (ESSOUFFLEMENT)

0. Absence de symptôme

1. Absente au repos mais présente lors d'activités modérées

2. Absente au repos mais présente lors des activités habituelles de la vie quotidienne

3. Présente au repos

5. FATIGUE

incapacité à réaliser les activités habituelles de la vie quotidienne – par ex., AVQ

0. Aucune

1. Minimale – Due à une diminution d'énergie mais achève les activités normales de la vie quotidienne

2. Modérée- Due à une diminution d'énergie, incapable d'achever les activités habituelles de la vie quotidienne

3. Sévère – Due à une diminution d'énergie, INCAPABLE DE COMMENCER CERTAINES activités habituelles de la vie quotidienne

4. Incapable de commencer toute activité normale de la vie quotidienne – Du fait d'une diminution d'énergie

6 SYMPTOMES DE douleur

[Note – Toujours demandez à la personne en ce qui concerne la fréquence, l'intensité et le contrôle. Observez la personne et demandez à d'autres qui sont au contact de la personne]

a. **Fréquence avec laquelle la personne se plaint ou manifeste** des signes de douleur (inclut grimaces, serrement de dents, gémissement, retrait lors d'un contact ou d'autres manifestations non verbales suggérant la douleur).

0. Pas de douleur

1. Présents mais non manifestés durant les 3 derniers jours

2. Présents manifeste 1 - 2 des 3 derniers jours

3. Douleur manifeste chacun des 3 derniers jours

b. Intensité maximale de la douleur présentée

0. Pas de douleur

1. Légère

2. Modérée

3. Sévère

4. Période où la douleur est atroce ou intolérable

c. Rythme

0. Pas de douleur

1. Unique épisode durant les 3 jours

2. Intermittente

3. Constante

d. Pousée aiguë - période durant les 3 derniers jours où la personne a éprouvé un accès soudain d'aggravation de la douleur

0. Non 1. Oui

e. Maîtrise de la douleur - Capacité du traitement actuel à maîtriser la douleur e (selon le point de vue de la personne)

0. Pas de problème de douleur

1. Douleur acceptable pour la personne, pas de traitement ou de changement nécessaire

2. Maîtrise adéquate par les thérapeutiques

3. maîtrise quand les prescriptions sont respectées, mais elles ne sont pas toujours suivies

4. Prescriptions suivies mais maîtrise incomplète

5. Pas de prescriptions antalgiques suivies, douleur non adéquatement maîtrisée

7. INSTABILITE DE PROBLEMES DE SANTE

0. Non 1. Oui

a. **Problèmes de santé ou maladies rendant instables l'état cognitif, les AVQ, l'humeur ou le comportement** – (fluctuant, précaire ou se détériorant)

b. **Vit actuellement une poussée d'un problème de santé récurrent ou chronique**

c. **Maladie en phase terminale** (6 mois ou moins à vivre)

8. PERCEPTION DE LA SANTE

Demandez : « En général, comment apprécieriez vous votre santé ?

0. Excellente

1. Bonne

2. Passable

3. Mauvaise

8. Ne peut (ou ne veut) répondre

9. TABAC ET ALCOOL

a. fume du tabac quotidiennement

0. Non

1. Pas dans les 3 derniers jours mais est habituellement un fumeur quotidien

2. Oui

b. Alcool –

1. Nombre de verres de boissons alcoolisées

durant les 7 DERNIERS JOURS (Exemple France)

Codez 0 si aucun

2. Nombre maximum de verres consommés au cours d'une journée durant les 7 derniers jours

K. ETAT NUTRITIONNEL/BUCCO-DENTAIRE

i. Autre (France) – personne non qualifiée rémunérée

4. RECOURS A L'HOSPITALISATION, AU SERVICE D'URGENCE, VISITES DE MEDECIN

Coder le nombre de nombre de fois durant les 90 DERNIERS JOURS (ou depuis la dernière évaluation si moins de 90 jours)

a. Hospitalisation en service aigu avec au moins une nuit d'hospitalisation

b. Service d'urgence (sans compter le séjour d'une nuit)

c. Visite de médecin (ou d'un assistant autorisé ou d'un praticien)

5. CONTENTION PHYSIQUE - contention des membres, utilisation de barrières de lit, attaché à sa chaise quand il s'assied

0. Non 1. Oui

O. RESPONSABILITE/DIRECTIVE

1. REPRESENTANT légal

0. Non 1. Oui

P. SOUTIENS SOCIAUX

1. DEUX AIDANTS PRINCIPAUX

a. Relations avec la personne

Aidant

1. Enfant ou bel enfant

2. Epoux

3. Compagnon/toute personne importante

4. Parent

5. Frères et sœurs

6. Autre membre de la famille

7. Ami

8. Voisin

9. Pas d'aidant informel

0 Autre personne – rémunérée ou non (INCLUT EMPLOYEE DE MAISON)

b. Vit avec la personne

Aidant

0. Non

1. Oui depuis 6 mois ou moins

2. Oui depuis plus de 6 mois

8. Pas d'aidant

DOMAINES DE L'AIDE

Aidant

0. Non 1. Oui

1 2

c. Aides pour les AIVQ

d. Soin pour les AVQ

2. ETAT DES AIDANTS INFORMELS

0. Non 1. Oui

a. L'aidant ne peut pas continuer son aide (p. ex.: déclin de sa propre santé)

b. L'aidant principal exprime des sentiments de détresse, de colère ou de dépression

c. La famille, les amis proches rapportent qu'ils se sentent dépasser par la maladie de la personne

3. HEURES FOURNIES D'AIDE INFORMELLE ET DE SURVEILLANCE ACTIVE

Pour l'aide aux AIVQ et au AVQ, reçue durant 3 DERNIERS JOURS indiquer le nombre total d'heures données par la famille, des amis et des voisins (heures arrondies)

4. RELATIONS FAMILIALES FORTES ET APPORTANT UN SOUTIEN

0. Non 1. Oui

Q EVALUATION DE L'ENVIRONNEMENT

1. LOGEMENT

Codez tout élément suivant qui rend le logement du client inhabitable ou dangereux (si est temporairement en institution: baser l'évaluation sur une visite à domicile)

0. Non 1. Oui 8. Inconnu, logement non visité

a. Dégradation du logement : par ex. accumulation dangereuse ; éclairage insuffisant ou inexistant dans la salle de séjour, la chambre à coucher, la cuisine, les toilettes,

les couloirs ; fuite de tuyaux ; trou dans le sol

b. Infestation – par ex. Extrêmement sal, cuisine infestée par des rats, des insectes

c. Chauffage ou climatisation inadéquat - par ex. trop froid en hiver, trop chaud en été ou l'inverse

d. Manque de sécurité de la personne - par ex., a peur d'être agressée, problème de sécurité pour chercher son courrier ou rendre visite aux voisins, circulation intense dans la rue

e. Accessibilité du logement ou des pièces à l'intérieur du logement limitée - par ex. : difficulté pour entrer ou sortir du logement ; incapable de monter les escaliers, difficulté

pour manœuvrer ; pas de barres là où c'est nécessaire

2. VIT DANS UN APPARTEMENT OU UNE MAISON AMENAGE ACCESSIBLE AUX PERSONNES HANDICAPEES

0. Non 1. Oui

3. ENVIRONNEMENT EXTERIEUR

0. Non 1. Oui

a. Possibilité d'une assistance d'urgence - par ex. téléphone, système de téléalarme

b. Accès à l'épicerie sans assistance

c. Possibilité de délivrance d'épicerie à domicile

4. DIFFICULTES FINANCIERES

Au cours des 30 dernier jours, afin de réduire son budget, la personne a renoncé à : nourriture, vêtement, abri adéquat ; chauffage climatisation suffisants ; médicaments prescrits ; aides et soins à domicile, soins médicaux nécessaires

0. Non 1. oui

R. PERSPECTIVES DE SORTIE ET ETAT GENERAL

1. AU MOINS UN OBJECTIF DE TRAITEMENT ATTEINT DURANT LES 90 DERNIERS JOURS (OU DEPUIS LA DERNIERE EVALUATION SI MOINS DE 90 JOURS)

0. Non 1. Oui

2. CHANGEMENT SIGNIFICATIF DE L'INDEPENDANCE GENERALE PAR RAPPORT A IL Y A 90 JOURS (ou depuis la dernière évaluation si moins de 90 jours)

0. Amélioration : reçoit moins d'aide [passez à la section S]

1. Pas de changement [passez à la section S]

2. Détérioration : reçoit plus d'aide

CODEZ LES TROIS ITEMS SUIVANT EN CAS DE DETERIORATION DURANT LES 90 DERNIERS JOURS SINON PASSEZ A LA SECTION S

3. NOMBRE D'AVQ PARMIS LES 10 DOMAINES (D'APRES G2) POUR LESQUELLES LA PERSONNE ETAIT INDEPENDANTE AVANT LA DETERIORATION

4. NOMBRE D'AIVQ PARMIS LES 8 DOMAINES (D'APRES G1 CI-DESSUS) POUR LESQUELLES LA PERSONNE ETAIT INDEPENDANTE AVANT LA DETERIORATION

5. DATE DE DEBUT DE L'EVENEMENT OU DU PROBLEME PRECIPITANT L'AGGRAVATION

0. Durant les 7 derniers jours

1. Entre 8 et 14 jours

2. Entre 15 et 30 jours

3. Entre 31 et 60 jours

4. Plus de 60 jours

8. Pas de clair événement précipitant

SECTION S SORTIE

[Note : Ne remplir la section R que lors de la sortie]

1. DERNIER JOUR DE LA PRISE EN CHARGE

- 2 0

Jour Mois Année

		-			-	2	0		
Jour		mois		Année					

2. MODE DE SORTIE

1. Habitation privée/ appartement/ chambre louée
2. Résidence service, établissement médico-social d'hébergement ou
3. Foyer logement
4. Maison de santé mentale
5. Petite unité pour personnes handicapées physiques
6. Etablissement pour personnes handicapées mentales
7. Unité ou hôpital psychiatrique
8. Sans domicile fixe
9. Etablissement de soins de longue durée
10. Hôpital/service de rééducation
11. UNITE DE SOINS PALLIATIFS
12. UNITE OU HOPITAL DE SOINS AIGUS
13. ETABLISSEMENT CARCERAL
14. Autre
15. Décédé

--	--

SECTION T. INFORMATION SUR L'EVALUATION

**SIGNATURE DE LA PERSONNE AYANT
COORDONNE OU EFFECTUE L'EVALUATION**

-
1. SIGNATURE (SIGNER SUR LA LIGNE CI -DESSUS)
 2. Date où l'évaluation est signée comme achevée

SECTION M. MEDICAMENTS

M 1. LISTE DE TOUS LES MEDICAMENTS

Lister toutes les prescriptions en cours et tout médicament non prescrits, pris dans les **3 DERNIERS JOURS**

[NOTE : Chaque fois que possible utilisez un recueil informatisé, n'entrez à la main que quand c'est absolument nécessaire]

Pour chaque médicament notez

a. **Le Nom**

b. **La dose** - Un nombre tel que 0,5, 150, 300 [Note : n'écrire jamais un zéro après la virgule d'un nombre décimal (x mg). Toujours utiliser un zéro avant la virgule d'une décimale (0, X mg)]

c. **L'unité.** Codez en utilisant la liste suivante

Gtte (goutte)

mEq (milléquivalent)

% (pourcentage)

Gr (gramme)

mg (milligramme)

Unité

L (litre)

ml (millilitre)

Aut (Autre)

Mcg (microgramme)

As Bucc (Aspiration buccale)

d. **Voie d'administration** – Codez en utilisant la liste suivante :

PO (Per - os)

R (Rectale)

ID (Intra dermique)

SL (Sublingual)

Top (topique)

TD (trans dermique ex patch)

IM (Intramusculaire)

IH (Inhalation)

OC (oculaire)

IV (Intraveineuse)

NAS (Nasale)

Au (Autre)

SC (Sous cutanée)

TE (Tube entéral)

e. **Fréquence.** Codez le nombre de fois où le médicament est pris par jour, semaine ou mois en utilisant la liste ci-dessous

1H (Toutes les heures)

3J (3 fois par jour)

4S (4 fois par semaine)

2H (Toutes les 2 heures)

4J (4 fois par jour)

5S (5 fois par semaine)

3H (Toutes les 3 heures)

5J (5 fois par jour)

6S (6 fois par semaine)

4H (Toutes les 4 heures)

AJ (Tout autre jour)

1M (mensuel)

6H (Toutes les 6 heures)

T3J Tous les 3 jours

2 M (2 fois par mois)

8H (Toutes les 8 heures)

S (hebdomadaire)

Aut (Autre)

J (quotidien)

2S (2 fois par semaine)

COU (au coucher)

3S (3 fois par semaine)

2J (2 fois par jour) (inclut toutes les 12 heures)

f. **Prescrit à la demande (PAD)** 0. Non 1. Oui

g. **Code ATC informatisé du médicament**

a. **Nom**

b. **dose**

c. **unité**

d. **voie d'admin.**

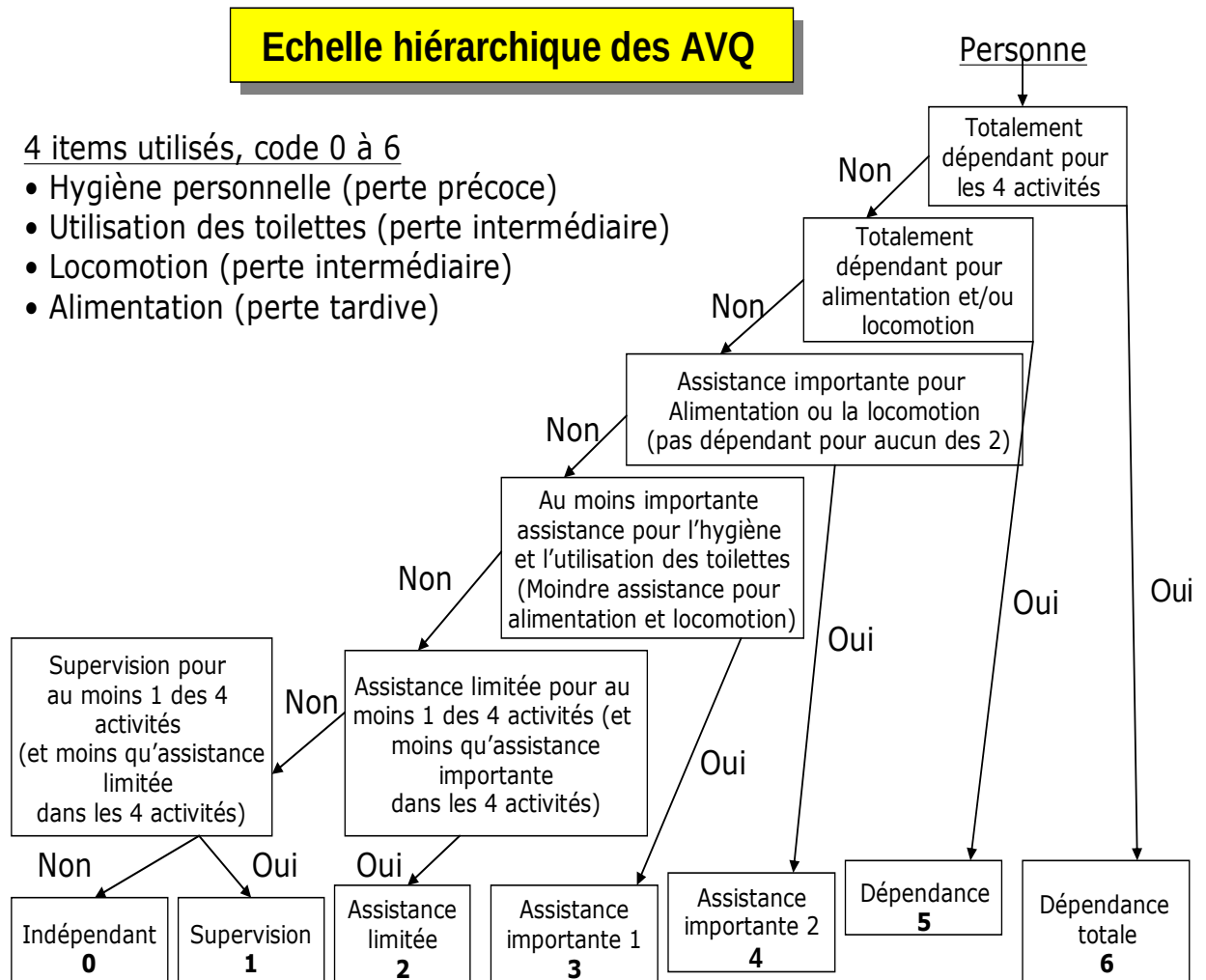
e. **Fréquence**

f. **(PAD)**

g. **Code ATC**

1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

Annexe 4. Échelle hiérarchique des AVQ



Annexe 5. Échelle performance cognitive

Somme des déficiences ($\Sigma = 0$ à 3)

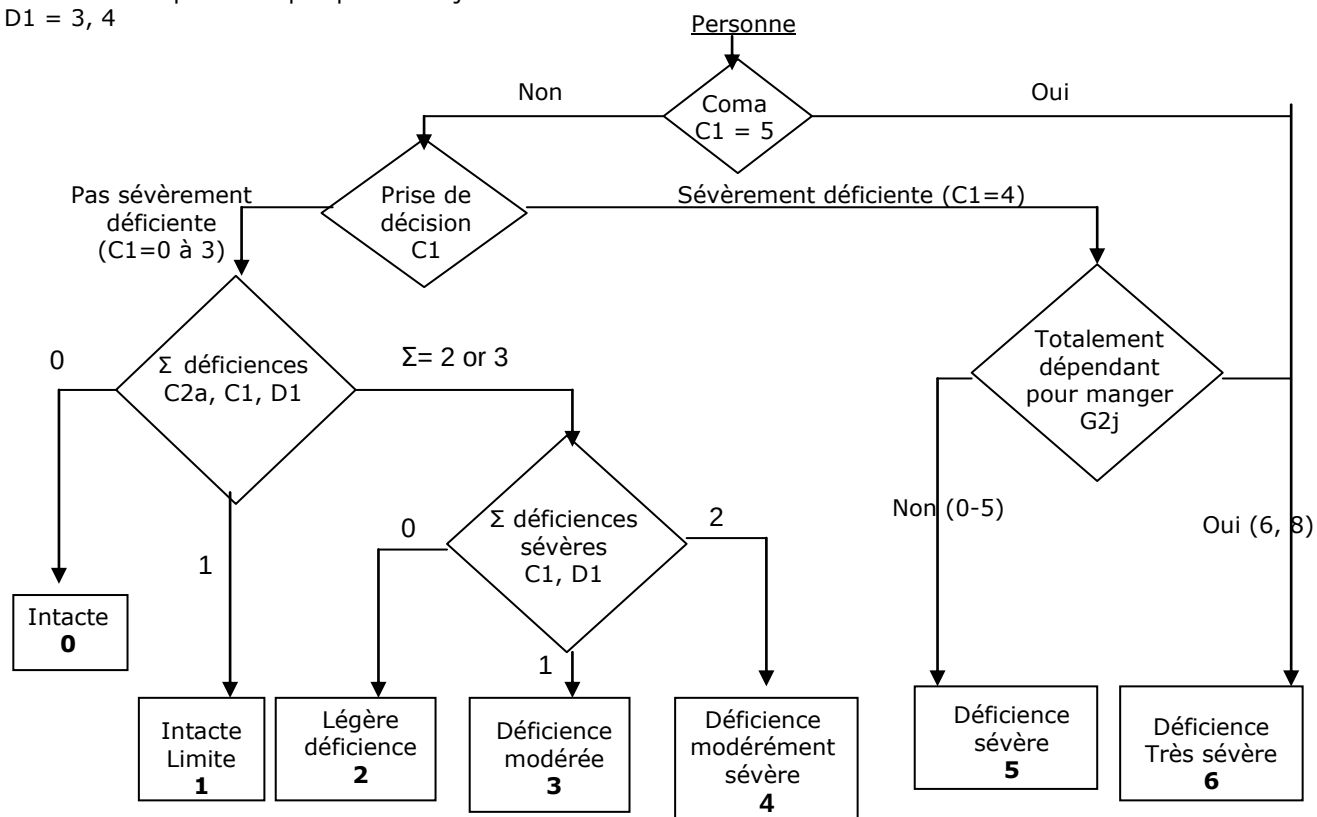
- Prise de décision: non indépendant C1 = 1 à 3
- Se faire comprendre: pas toujours D1 = 1 à 4

Mémoire à court terme: C2a = 1

Somme des déficiences sévères ($\Sigma = 0$ à 2)

- Prise de décision : C1 = 2, 3
- Se faire comprendre: quelquefois ou jamais D1 = 3, 4

Echelle de performance Cognitive (CPS)



Annexe 6. Recueil du suivi entre l'inclusion à T0, T6 et T12 mois

ETAPE DE SUIVI :

Date :

Nom :

Prénom :

Situation actuelle de la personne

- ☐ A Domicile, continue l'étude
- ☐ Perdue de vue . Date de dernière nouvelle :/...../.....
- ☐ Prise en charge par un réseau ; depuis quand ?/...../.....
- ☐ Prise en charge par un SPASAD ; depuis quand ?/...../.....
- ☐ Refus de continuer l'étude
- ☐ Déménagement hors zone du SPASAD, si oui : nouvelle adresse.....
- ☐ Hospitalisée Lieu/service :
- ☐ En Institution Date d'institutionnalisation :/...../.....
- ☐ Décédée Date de décès :/...../..... Lieu du décès :

Mode de vie actuel

1. Accès logement : escalier obligatoire ☐ Non ☐ Oui
2. Présence d'au moins un aidant informel ¹³ ☐ Non ☐ Oui
si oui, nom + coordonnées de l'aidant informel principal :
3. Statut de l'aidant vis à vis du sujet : ☐ Conjoint(e)
 ☐ (beau-)fils, (belle-)fille
 ☐ Famille, autre. Préciser :
- ☐ Autre, hors famille. Préciser :
4. Statut du sujet vis de son logement : ☐ Propriétaire ☐ Locataire ☐ Logé à titre gratuit
5. Nombre de pièces de l'appartement : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ou plus
6. Le sujet vit-il chez l'aidant ? ☐ Non ☐ Oui
7. Ancienne profession (à défaut, celle du conjoint, ou du père pour une femme) :
8. La Personne a-t-elle l'APA ? ☐ Non ☐ Oui
9. Y a-t-il un suivi social ? ☐ Non ☐ Oui
 si oui, par quel service? ☐ Mairie (ou à Paris 16^{ème} : le SSDP)
 ☐ l'équipe médico-sociale de l'APA
 ☐ le service social de la CRAMIF
 ☐ le service social d'un hôpital
 ☐ la CNAV
 ☐ autre, précisez :

¹³ L'aidant informel : n'est pas rémunéré, est désigné comme tel par la personne âgée, va régulièrement au domicile ou du moins se tient au courant par téléphone de façon très rapprochée. Ce peut être famille, amis, voisins...

Parcours de soins (depuis la dernière évaluation)

1. Passage aux urgences **non suivi d'hospitalisation** ☐ Non ☐ Oui

	Date d'entrée	Lieu	Motif (si possible)
1 ^{er} passage			
2 ^{ème} passage			

2. Passage aux urgences **avec hospitalisation** ☐ Non ☐ Oui

	Date d'entrée	Date de sortie	Lieu (Service/hôpital)		Motif (si possible)
1 ^{ère} hosp. via les urgences					
2 ^{ème} hosp. via les urgences					

3. La personne a-t-elle été hospitalisée **sans passer par les urgences** ☐ Non ☐ Oui

	Date d'entrée	Date de sortie	Lieu (Service/hôpital)	Durée	Motif (si possible)
1 ^{ère} hosp. directe					
2 ^{ème} hosp. directe					

Médecin traitant

Nom du médecin traitant + adresse si possible :

Annexe 7. Description de l'échantillon de médecins traitants ayant participé à l'étude qualitative

Catégorie Numéro	Formation complémentaire / intérêt particulier	Sexe	Age	Structure	Clientèle âgée	Secteur	V
Innovateur							
1	Med tropicale. Soins pall	H	50	Solo	Nombreuse	2	Oui
2	Urgentiste	H	51	Solo	Moyenne	2	Oui
3		H	NR	Group	Moyenne	1	Oui
4	Capacité de gériatrie	H	52	Solo	Nombreuse	2	Oui
5		H	60+	Solo	Nombreuse	2	Oui
6	Capacité de gériatrie	H	32	Group	Moyenne	1	Oui
7		H	56	Group	Nombreuse	1	Oui
8	Travaille aussi en EHPAD	F	50	Group	Moyenne	2	Oui
Majorité précoce							
9		H	48	Group	Moyenne	1	Oui
10		H	55	Solo	Moyenne	2	Oui
11		H	52	Solo	Moyenne	1	Oui
12		H	50	Solo	Moyenne	2	Oui
13	Hépatite	H	47	Solo	Moyenne	1	peu
14	Capacité de gériatrie	F	45	Solo	Nombreuse	?	Oui
15		H	58	Solo	Moyenne	1	Oui
16		H	65	Solo	Moyenne	?	Oui
17	Neurologie	H	42	Solo	Nombreuse	2	Oui
18	Médecine du sport. Travaille en EHPAD	H	56	Solo	Faible	2	Tres peu
19	Rhumatologie	F	56	Solo	Nombreuse	2	Tres peu
Majorité tardive							
20		H	63	Solo	Moyenne	2	Oui
21		F	55	Olo	Faible	1	Oui
22	Gastro-urgentiste	H	64	Solo	Moyenne	2	Oui
23	Médecine du sport	H	48	Solo	Moyenne	1	Oui
24	Nutrition osthéopathie	H	60	Solo	Faible	2	Oui
25		H	63	Solo	Faible	2	Oui
26	Urgentiste régulation SAMU	H	53	Solo	Faible	1	Oui
27		H	52	Solo	Moyenne	2	Oui
28		F	54	Group	Nombreuse	?	Oui
29		H	61	solo	Nombreuse	?	Oui
Retardataires							
30		H	60	Solo	Moyenne	2	Oui

31	Gynécologie	H	55	Group	Moyenne	?	Oui
32		H	62	Solo	Nombreuse	?	Oui
33		H	?	Solo	Moyenne	?	Oui
34	Migraine	H	58	Solo	Moyenne	?	Oui
35		H	60	Solo	Nombreuse	2	Oui
36	Médecine esthétique	F	39	Group	Moyenne	2	Peu
37		H	62	Solo	Moyenne	1	Oui
38	Médecine esthétique	F	52	Solo	Faible	2	Peu
39		H	58	Solo	Nombreuse	?	Oui

Annexe 8. Grille d'entretien semi-directif auprès des médecins traitants

Introduction

Bonjour. Je m'appelle XXX et je suis XXX du laboratoire universitaire de recherche Santé Vieillesse.

D'abord, je voudrais vous remercier d'avoir accepté de me rencontrer malgré votre charge de travail. Comme vous le savez, nous menons une recherche sur le réseau Ancrage et ses impacts.

J'aimerais m'entretenir de cela avec vous sous forme d'une discussion assez libre d'une durée d'environ ¾ h. Vous êtes libre de participer ou non à cette entrevue.

Si vous n'y voyez pas d'inconvénient, le contenu de notre conversation sera enregistré de façon à assurer l'exactitude des données recueillies. L'analyse de notre conversation sera réalisée de façon anonyme de façon à ce qu'il ne soit pas possible d'identifier les répondants et/ou les lier aux commentaires émis.

Historique avant la création d'Ancrage

Quelle est votre degré de familiarité avec les réseaux de santé?

Expériences antérieures

Comment décririez-vous votre collaboration avec les autres professionnels avant que le réseau Ancrage existe?

Collaboration avec infirmières, services de soins infirmiers à domicile médecin spécialiste, hôpitaux, travailleurs sociaux

Évolution de la participation avec le temps : caractériser la participation et son évolution et les facteurs qui jouent un rôle dans cette dynamique

Participation initiale

Initialement, comment avez-vous eu connaissance d'Ancrage ?

Si on vous avait demandé à cette époque de décrire Ancrage, qu'auriez-vous dit ?

Comment avez-vous perçu Ancrage initialement ?

Relances :

- en termes de simplicité ? (Complexité)
- en termes de compatibilité avec vos façon de voir les choses, votre expérience, vos attentes ? (Compatibilité)
- en termes de compatibilité avec votre organisation du travail (Compatibilité)
- Apporte-t-il quelque chose par rapport à ce qui existait avant ? (Avantage relatif)
- Connaissez-vous d'autres médecins, professionnels qui l'utilisaient ? qu'en avez-vous pensé, qu'en disaient-ils ? (Observabilité)

Dans votre entourage professionnel, quelles ont été les premières personnes à participer à Ancrage?

Comment cela s'est-il passé pour eux?

Vous personnellement, comment en êtes-vous venu à participer à Ancrage?

Qui vous en a parlé en 1^{er}?

Comment cela s'est-il passé?

Quels services d'Ancrage avez-vous utilisé en premier? (ex. gestionnaire de cas, hospitalisation directe, avis d'un gériatre etc.)

Initialement, avez-vous perçu des changements dans la collaboration avec d'autres professionnels?

Communication (entre professionnels; avec patients)

Prise de décision par rapport au plan de soin

Coordination de travail

Partage des tâches et des responsabilités

Évolution de la participation au cours du temps

Quels sont les services d'Ancrage que vous utilisez actuellement ?

Diriez vous que votre participation au réseau Ancre est devenue plutôt routinière, quasiment automatique

Relance : Quels services d'Ancrage utilisez-vous de façon routinière?

Relance avec les 1eres fois

Pensez-vous que vous avez une façon très personnelle, différente de vos collègues de participer/d'utiliser Ancre (réinvention) ?

Qui a eu de l'influence sur l'évolution ou la poursuite de votre participation au réseau Ancre ?

Relance : Quel a été leur rôle ? Support, Influence

Y a-t-il eu d'autres facteurs qui ont influencé votre participation au réseau Ancre (contexte)?

Impacts du réseau Ancre

A votre avis, quels sont les avantages et les inconvénients du réseau Ancre ?

Pensez-vous que votre participation à Ancre a pu avoir un impact positif ou négatif sur :

- Votre pratique personnelle
 - *Selon vous, lequel des aspects d'Ancrage a pu avoir le plus d'influence sur votre pratique et pourquoi*
- L'ensemble des médecins
- Depuis que vous avez des patients pris en charge par Ancre, comment collaborez-vous avec les autres professionnels ?
 - *En termes de communication entre les professionnels*
 - *Sur la façon dont sont prises les décisions concernant les patients (explorer notamment changement de traitement, urgences médicale)*
 - *Sur la coordination du travail au quotidien*
 - *Sur le partage des tâches et des responsabilités entre les professionnels (qui fait quoi)*
- La qualité des soins fournis aux patients
 - *L'application des guides de bonnes pratiques*
 - *Le suivi du patient, la continuité des soins*
 - *Le recours aux urgences, aux hospitalisations*
- Les patients
 - *Votre relation avec le patient*
 - *Votre relation avec sa famille ou son entourage*
 - *L'attitude du patient vis-à-vis des soins (prise de conscience, motivation)*
 - *La participation du patient à son projet de soin (compliance, empowerment)*

Ceci termine les questions que nous voulions couvrir avec vous aujourd'hui.

Y a-t-il d'autres informations que vous souhaitez nous transmettre ou y a-t-il d'autres points que vous jugez importants et que nous n'avons pas abordés?

Questions sociodémographiques

Nom du médecin

Date de l'entretien

Interviewer

- Âge (environ) sexe
- Date d'installation Type d'activité, spécialité
- Proportion de personnes âgées dépendantes dans la clientèle : 0-25%, 25-50%, +50%
- Secteur 1/2 Visite à domicile oui/non
- Nombre de C ou de V par jour
- Solo/group

Synthèse

Contexte : les personnes âgées dépendantes vivant à domicile présentent des situations médico-psychosociales complexes qui nécessitent la coordination de nombreux intervenants. En France, le système de santé est défini comme fragmenté orientant ses interventions vers les maladies aiguës et non vers la gestion des problèmes chroniques. Par conséquent les besoins de cette population âgée sont insuffisamment repérés et couverts avec une inadéquation entre besoins et services.

Pour répondre à ces fragmentations, la coordination gériatrique est née en France il y a plus de 30 ans, d'abord prônée par l'Etat puis reprise par les acteurs de la décentralisation et réactivée par les derniers textes qui cherchent à mailler l'ensemble du territoire de ces structures de coordination. Au plan international, la coordination des services est abordée depuis trois décennies sous l'angle de l'intégration qui accompagne en général des politiques de désinstitutionnalisation et de renforcement des soins de première ligne. Le modèle d'intégration des services COPA (Coordination Personnes Agées) est un des premiers modèles d'intégration avec gestion de cas implanté en France depuis 2006 sur un arrondissement de Paris avec l'objectif de répondre à cette fragmentation et d'améliorer la qualité des interventions auprès de la population âgée dépendante. Le modèle COPA nécessite d'être évalué afin d'identifier les éventuelles plus-values sur la population âgée dépendante par rapport aux coordinations préexistantes. Peu d'études en France se sont intéressées au suivi de cette population et aucune à notre connaissance n'a comparé différents types de coordination. Ces coordinations se composent du gestionnaire de cas dans le modèle intégré COPA, celle d'une infirmière coordinatrice dans un SPASAD (Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile) et celle d'un aidant dans une coordination dite informelle. Notre étude part de l'hypothèse qu'à population âgée équivalente, un plus haut niveau d'intégration des services sera associé à de meilleurs impacts en termes de santé, d'utilisation des ressources et de participation des professionnels.

Objectifs : l'étude a pour objectif de décrire la population âgée dans les 3 types de coordination à l'inclusion à T0, de comparer l'impact des 3 types de coordination sur les paramètres de santé, les pratiques professionnelles et le recours aux services à 12 mois et d'étudier si et à quelles conditions les médecins traitants adoptent le modèle COPA.

Méthodologie : c'est une étude prospective longitudinale avec comparaison de 3 groupes de personnes âgées dépendantes. Le premier correspondait aux personnes suivies par un gestionnaire de cas dans le modèle COPA (groupe intervention) (n=105), le deuxième était suivi par une infirmière coordinatrice dans un SPASAD (n=206) et le troisième suivi par un aidant informel (coordination informelle) (n=117). Ces 428 personnes âgées ont été sélectionnées par l'outil CHIP+ (Community Hospital Intake Profile modifié) permettant d'homogénéiser les populations sur des critères de complexité de situation. Les données ont été recueillies à l'inclusion, à 6 et 12 mois au moyen du Resident Assessment Instrument-Home Care (RAI-HC). C'est un outil d'évaluation multidimensionnelle validé permettant d'évaluer l'état cognitif, l'état fonctionnel (les capacités dans les activités de la vie quotidienne et les activités instrumentales AVQ et AIVQ), la communication et la vision, l'isolement, les troubles du comportement, l'état psychologique, les problèmes de santé (chute, douleurs, escarres), la consommation de médicaments, le recours aux services d'aide et de soins. L'échelle de l'EuroQol a permis une mesure de la qualité de vie. Le recours aux services à domicile et hospitaliers a été relevé au cours du suivi. Parallèlement, une étude qualitative a analysé la participation des médecins traitants dans le groupe intervention appliquant le modèle COPA.

Résultats : À l'inclusion à T0, il n'y a pas de différence significative entre les 3 groupes pour le score du CHIP+, le sexe, le fait de vivre seul, l'échelle des AIVQ, les troubles du comportement, le risque de dépression et la qualité de vie perçue. Par contre, il est noté des différences sur l'âge, avoir un aidant, l'état fonctionnel avec les AVQ et l'état cognitif. Le groupe intervention a plus de troubles cognitifs, le SPASAD présente un niveau plus élevé de dépendance et la coordination informelle est plus âgée et a plus souvent un aidant. Sur le recours aux services, il y a des différences significatives entre les 3 groupes pour toutes les variables. Le groupe intervention a moins d'accès aux services (nombre de services différents par semaine et nombre de passages par semaine), le groupe SPASAD est celui qui a le plus de service à domicile et la coordination informelle utilise 2 fois plus de services à domicile.

A 1 an et après ajustement sur la situation initiale, il y a une augmentation de la prévalence des entrées en institution pour les groupes SPASAD et de façon significative dans le groupe intervention (OR=2.29, 95%=1.1-4.7). Il n'y a pas de lien entre la mortalité et le type de coordination. Le risque de décéder à l'hôpital diminue significativement pour le groupe intervention (OR=0.20, 95%=0.05-0.78). Il y a une amélioration significative des paramètres mentaux (risque de dépression et qualité de vie perçue) et des pratiques professionnelles (couverture vaccinale) dans le groupe intervention par rapport aux 2 autres groupes. Il y a une augmentation non significative de l'accès vers les services à domicile (nombre et passages quotidiens) sans augmentation de leur utilisation dans le groupe intervention. Il y a une tendance vers une diminution des hospitalisations dans les groupes SPASAD et intervention et une réduction significative des passages aux urgences dans le groupe intervention (OR=0.22, 95%=0.05-0.98).

Concernant les médecins traitants, la courbe de diffusion du modèle parmi les médecins montre que le modèle intégré a diffusé lentement mais de façon constante parmi eux. Aucun médecin ayant commencé à participer au modèle n'a arrêté d'y participer. Les médecins sont de plus en plus nombreux à participer au modèle intégré au cours du temps. Ainsi le modèle étend peu à peu son champ d'intervention auprès des médecins du territoire. Les perceptions de l'échantillon des 39 médecins traitants ayant participé à l'étude qualitative par entretien semi-directif vis-à-vis des 5 caractéristiques de l'innovation (avantage relatif, compatibilité, possibilité de l'expérimenter, observabilité, simplicité) ont été analysées. Les résultats montrent que les perceptions des médecins varient selon la catégorie d'adopteur à laquelle ils appartiennent. Ainsi, les catégories innovateurs et majorité précoce ont une perception globalement positive des 5 caractéristiques de l'innovation. Ces deux catégories ne diffèrent entre-elles que par l'intensité de la perception des caractéristiques de l'innovation : les innovateurs ont une perception positive plus intense de l'avantage relatif et de la simplicité du modèle intégré que la majorité précoce. Par contre, la majorité tardive et les retardataires diffèrent nettement de ces 2 premières catégories. En effet, la majorité tardive a une perception mitigée de l'avantage relatif, une perception négative de la compatibilité, de l'observabilité et de la possibilité d'expérimenter le réseau. Quant aux retardataires, ils ont une perception négative concernant toutes les dimensions, et notamment une perception négative très marquée concernant la compatibilité et la simplicité du modèle d'intégration.

Discussion: Il s'agit de la première étude longitudinale française portant sur une population âgée dépendante vivant à domicile comparant 3 types de coordination. Les résultats des volets quantitatif et qualitatif montrent qu'à 1 an de son implantation, le modèle d'intégration des services COPA présente des résultats positifs sur la santé, les pratiques professionnelles et le recours aux services comparativement aux interventions dites usuelles représentées par le SPASAD et la coordination informelle. Le SPASAD présente des résultats satisfaisants concernant certains paramètres de santé et le recours aux services hospitaliers pour une population plus dépendante comparativement à la coordination informelle. La coordination informelle est associée à un temps d'utilisation des services au domicile plus élevé avec un niveau plus faible d'entrée en institution.

On peut retenir 6 enseignements de ce travail de recherche. Premièrement, il n'y a pas de différence en terme de mortalité entre les 3 coordinations avec des décès plus fréquents au domicile par rapport à l'hôpital dans le groupe intervention et des entrées en institution lorsqu'il y a une coordination professionnelle comme le SPASAD et surtout la gestion de cas. Deuxièmement, les impacts positifs dans le groupe intervention en termes de santé se vérifient sur les dimensions mentales avec une amélioration de la qualité de vie perçue et une diminution du risque de dépression. Il n'y a pas de différences sur les autres paramètres de santé comme l'a montré l'approche qualitative. Troisièmement, on montre une amélioration des pratiques professionnelles comme la couverture vaccinale et le traitement des douleurs dans le groupe intervention avec des populations qui sont globalement satisfaites de la qualité des services dans les 3 groupes. Quatrièmement, l'amélioration de l'accès aux services à domicile dans le groupe intervention ne s'est pas accompagnée d'une augmentation de leur temps d'utilisation avec le même nombre d'heures. Il y a moins d'hospitalisation et de réhospitalisation dans les groupes SPASAD et intervention avec une diminution des passages aux urgences pour le groupe intervention. Cinquièmement, il est possible de renforcer la participation des médecins traitants dans un modèle d'intégration des services comme celui de COPA lorsque ce modèle est simple d'utilisation, compatible avec leurs pratiques et respecte leur place centrale dans le dispositif. Sixièmement, la population suivie en gestion de cas présente certaines spécificités avec la présence de troubles cognitifs, l'absence d'un aidant identifiable et le refus des interventions extérieures.

Conclusion : l'implantation d'un modèle d'intégration des services comme celui de COPA est faisable, tout comme son évaluation à partir d'une double approche quantitative et qualitative. Les résultats sont très encourageants en termes d'amélioration des paramètres de santé et des pratiques professionnelles liés en partie à la forte participation des médecins traitants qui ont été associés dès le début de la construction de l'intégration. Ces résultats ne peuvent que renforcer les perspectives de développement de l'intégration des services avec gestion de cas en France avec les sites MAIAs en cours d'implantation (Maisons Autonomie Intégration Alzheimer). Le gestionnaire de cas qui est un nouveau professionnel coordonnant l'ensemble des partenaires autour de la personne est fortement dépendant de l'intégration des services pour que son action soit réellement efficace. C'est pourquoi, les sites SPASAD de notre échantillon avec une coordination professionnelle autour de la personne pourraient améliorer la qualité de ses interventions si la dimension intégrative était implantée sur son territoire. Même si notre étude apporte certains éléments définissant la complexité d'une situation, le filtre qui permet d'orienter une personne vers le gestionnaire de cas reste encore à construire. La définition de la population cible pour une coordination professionnelle intensive est un enjeu pour orienter les personnes vers le bon service en fonction de ses besoins, de ses désirs et de ses possibilités et pour avoir une meilleure comparabilité en terme de suivi épidémiologique. Enfin, ce travail de recherche ouvre un nouveau champ, celui de l'évidence-based services utilisant des volets quantitatif et qualitatif pour approcher de façon plus pertinente les modifications des organisations et de leurs impacts sur la santé des populations.