

**ÉVALUATION D'UN PROGRAMME DE SUIVI À
DOMICILE POUR DES PERSONNES EN PERTE
D'AUTONOMIE SÉVÈRE RÉSIDANT SUR LE
TERRITOIRE DU CLSC SAINTE-FOY/SILLERY**

**Organisation et évaluation des services de santé
Département de santé communautaire
du Centre Hospitalier de l'Université Laval**

HV
1559
.Q44
R335
1991

INSPQ - Montréal



3 5567 00002 6036

Institut national de santé publique du Québec
4835, avenue Christophe-Colomb, bureau 200
Montréal (Québec) H2J 3G8
Tél.: (514) 597-0606

DOCLIA

**ÉVALUATION D'UN PROGRAMME DE SUIVI À
DOMICILE POUR DES PERSONNES EN PERTE
D'AUTONOMIE SÉVÈRE RÉSIDANT SUR LE
TERRITOIRE DU CLSC SAINTE-FOY/SILLERY**

Rapport final

PIERRE RACINE

avec la collaboration de

Pierre Joubert

et

Rénald Bergeron

Organisation et évaluation des services de santé

DSC du CHUL

1991



09d9u0 ab auilbuq élnre sh (ano...
009 unstr...
398...
0000-738 (112) 1187

Traitement de texte et mise en page: Mesdames Ghislaine Veilleux et Hélène Girard.

Étude réalisée grâce à une subvention obtenue dans le cadre du programme conjoint MSSS/CRSSS, aux fins d'interventions, d'études et d'analyses en santé communautaire, de la région de Québec.

**Dépôt légal: Quatrième trimestre 1991
ISBN.2-921304-02-3**

AVANT - P R O P O S

Les origines du "Programme de suivi à domicile pour des personnes en perte d'autonomie sévère résidant sur le territoire du Centre local de services communautaires (CLSC) Ste-Foy/Sillery" remonte à 1986. C'est en effet, au cours de cette année, qu'un état de situation du suivi accordé aux personnes âgées à domicile dans ce territoire fut effectué (Asselin, 1986). On pouvait y lire que:

Devant l'augmentation des besoins, la difficulté et la lourdeur de la tâche que constitue le maintien à domicile, la volonté de maintenir et d'accroître la qualité des services et de l'enseignement, les omnipraticiens de l'Unité de médecine familiale (UMF) de l'Hôpital Laval songent à différentes avenues..." C'est ainsi que l'on demande "l'assistance du Département de santé communautaire (DSC) du Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL) afin de trouver un mode d'organisation qui permettrait d'atteindre les objectifs poursuivis auprès de la clientèle, tant en termes de maintien à domicile, de qualité de services, d'approche multidisciplinaire que d'enseignement (Asselin, p. 6 et 7).

À l'automne de la même année, un groupe de consultation-référence (cf. annexe A-1) est formé afin "de s'assurer que l'on possède toutes les données nécessaires pour aller plus loin, de dégager un consensus sur la problématique et de déterminer les actions suivantes à poser" (Asselin, 1986, p. 7). Des réflexions de ce groupe de personnes, naîtra l'idée de réaliser un projet pilote de suivi à domicile mettant à contribution des médecins de famille pratiquant dans les unités de médecine familiale des deux hôpitaux du territoire, ou en cabinets privés, et les responsables des services d'aide et de soins à domicile du CLSC Ste-Foy/Sillery. C'est ainsi qu'un second groupe de

travail est formé en 1987 (cf. annexe A-2) avec le mandat d'élaborer et de mettre en oeuvre un "programme de suivi à domicile pour des personnes en perte d'autonomie sévère résidant sur le territoire du CLSC Ste-Foy/Sillery". Une étude de pré-implantation est effectuée d'avril à décembre 1987 et une étude d'implantation est réalisée de janvier 1988 à avril 1989.

De l'émergence de l'idée à l'évaluation du projet, se seront écoulés trois ans, trois ans au cours desquels un processus de réflexion et une gestion du changement, quant aux modes de pratique prévalant, auront été amorcés et supportés.

Ce projet pilote trouve son originalité dans l'implication active de médecins de famille au suivi à domicile, conjointement avec d'autres intervenants, dans l'application de l'interdisciplinarité et dans l'utilisation d'outils communs. La préoccupation des intervenants à réaliser un projet utile, désirant être impliqués à chacune de ces étapes, a orienté le choix de la stratégie vers celui d'une recherche-action, permettant de supporter l'implantation du projet et d'en évaluer certains résultats.

Malgré des délais de publication, il faut signaler que les intervenants, grâce aux rencontres de rétroaction et au support de l'agent de recherche jusqu'à ce jour, ont toujours pu apporter les modifications nécessaires au bon fonctionnement du "programme". Cette étude a, par ailleurs, fait l'objet de plusieurs communications qui sont identifiées dans la liste des références; plus particulièrement un article paru dans un numéro thématique de la revue Administration hospitalière et sociale portant sur "l'organisation et l'évaluation des ressources gériatriques" a présenté comment l'évaluation, dans un contexte de changement, "peut contribuer à permettre de mieux cerner les champs de responsabilité professionnelle, de supporter l'adaptation des pratiques au changement et de les rendre complémentaires et efficaces" (Racine et Joubert, 1990^a, p. 37).

Ce rapport présente donc l'ensemble des éléments d'information recueillis tout au long de ce projet.

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce projet n'aurait pu se concrétiser sans la collaboration de plusieurs personnes (cf. annexe A). Nous les en remercions tous et toutes. Nous tenons cependant à souligner les contributions spécifiques d'un certain nombre d'entre elles: les docteurs Rénauld Bergeron et Christiane Martel, respectivement des UMF de l'Hôpital Laval et du CHUL; Mesdames Jeannine Brosseau et Lise Gauthier, alors à l'emploi du CLSC Ste-Foy/Sillery à titre de coordonnatrices des soins et de l'aide à domicile, ainsi que Mesdames Louise Truchon, Louise Gagné et Louise Duval qui ont pris la relève. De vifs remerciements au service de gériatrie du CHUL, sans qui la première année d'expérimentation n'aurait pu être réalisée, de même qu'au CLSC Ste-Foy/Sillery qui a accepté d'être le lieu principal pour la réalisation du projet.

La réalisation s'étant étendue sur une durée de trois ans, nous tenons également à remercier Mesdames Ginette Aubé et Lise Trépanier qui ont assumé en alternance les tâches de secrétariat reliées au projet. Nous tenons cependant à remercier particulièrement Madame Ghislain Veilleux qui a assuré avec minutie et diligence les étapes du traitement de texte, la mise en page des tableaux, les nombreuses corrections et la première version du rapport final.

Finalement, nous remercions Madame Hélène Girard qui a pris le relais pour le parachèvement et l'édition finale du présent rapport.

TABLE DES MATIÈRES

	PAGE
AVANT-PROPOS	i
REMERCIEMENTS	iii
TABLE DES MATIÈRES	iv
LISTE DES ABRÉVIATIONS	vi
LISTE DES FIGURES	vii
LISTE DES TABLEAUX	viii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1: CONTEXTE ET OBJET D'ÉVALUATION	5
1.1 Le contexte	5
1.2 L'objet d'évaluation	8
CHAPITRE 2: DESCRIPTION DE L'ORGANISATION ET DU FONCTIONNEMENT DU PROGRAMME	14
2.1 L'élaboration et le développement du programme	14
2.2 Les caractéristiques et le fonctionnement du programme	21
CHAPITRE 3: DESCRIPTION DE LA CLIENTÈLE	23
3.1 La clientèle du programme	23
3.2 Le cheminement de la clientèle	26
3.3 Les caractéristiques de la clientèle utilisatrice	27

T A B L E D E S M A T I È R E S (S U I T E)

	PAGE
CHAPITRE 4: UTILISATION DES RESSOURCES ET DISPENSATION DES SERVICES	35
4.1 La description de la dispensation de services et de l'utilisation des ressources	36
4.2 L'implication de médecins de famille	39
4.3 Les aidants naturels	43
CHAPITRE 5: DISCUSSION SUR LES SOURCES D'ÉCART ET CERTAINS EFFETS DU PROGRAMME	46
5.1 Sources d'écart	46
5.2 Certains effets du programme	48
CONCLUSION	53
RÉFÉRENCES	56
ANNEXES	
ANNEXE A: Liste des personnes ayant participé à la conception, à l'élaboration ou à la réalisation du projet	
ANNEXE B: Instruments élaborés pour actualiser le projet	
ANNEXE C: Tableaux complémentaires	

L I S T E D E S A B R É V I A T I O N S

AMOQ	Association des médecins omnipraticiens de Québec
AVD	Activités de la vie domestique
AVQ	Activités de la vie quotidienne
AHS	Administration hospitalière et sociale
CAH	Centre d'accueil et d'hébergement
CHSCD	Centre hospitalier de soins de courte durée
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CHUL	Centre Hospitalier de l'Université Laval
CLSC	Centre local de services communautaires
CSS	Centre de services sociaux
CTMSP	Classification par types en milieu de soins et services prolongés
DSC	Département de santé communautaire
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
GAS	Goal Attainment Scaling
HLM	Habitation à loyer modique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
SIMAD	Services intensifs de maintien à domicile
UCDG	Unité de courte durée gériatrique
UMF	Unité de médecine familiale
UMS	Unité de moyen séjour

LISTE DES FIGURES

	PAGE
FIGURE 1: Cadre d'analyse pour l'évaluation de l'implantation du programme	9
FIGURE 2: Principes méthodologiques de la recherche-action	12
FIGURE 3: Objectifs du programme	15
FIGURE 4: Cheminement de la demande d'un client dans le programme	16
FIGURE 5: Le plan de services individualisé	20
FIGURE 6: Critères d'admissibilité au programme	21

L I S T E D E S T A B L E A U X

	PAGE
TABLEAU 1: Distribution de la population des 65 ans et plus, selon l'âge et le sexe, sur le territoire du CLSC Ste-Foy/Sillery, 1986	6
TABLEAU 2: Répartition du nombre total de problèmes, objectifs et actions identifiés sur une période de trois mois	28
TABLEAU 3: Distribution des bénéficiaires selon le nombre et la catégorie d'activités où ils présentent des pertes d'autonomie (évaluation initiale)	31
TABLEAU 4: Répartition des clients par catégories d'activités, selon le degré de perte d'autonomie	32
TABLEAU 5: Répartition des clients éprouvant des difficultés d'exécution dans une ou plusieurs catégories d'activités	32
TABLEAU 6: Répartition des clients selon leurs besoins pour la prise de leur(s) médicament(s)	33
TABLEAU 7: Évolution de l'autonomie fonctionnelle des clients selon le type d'activités et l'état de santé	34
TABLEAU 8: Proportion de personnes ayant utilisé au moins 1 fois chacune des catégories de ressources	38
TABLEAU 9: Temps moyen requis pour chaque bénéficiaire par médecin, sur une base annuelle	42

I N T R O D U C T I O N

Au cours de la dernière décennie, les professionnels de la santé oeuvrant à domicile ont vu la clientèle s'accroître et les problématiques rencontrées se complexifier. Trois facteurs principaux peuvent expliquer cette évolution: la volonté politique de favoriser le maintien à domicile plutôt que l'institutionnalisation, le vieillissement de la population et l'augmentation de la prévalence des incapacités et des maladies chroniques.

La combinaison de ces trois ordres de facteurs entraîne des répercussions sur les capacités des intervenants de première ligne, particulièrement des médecins de famille, à la prise en charge à domicile des clientèles en lourde perte d'autonomie. Dans le territoire du CLSC Ste-Foy/Sillery, nouvellement implanté en 1986, l'expression de ces difficultés s'est manifestée de la façon suivante:

un accroissement plus important des demandes diverses de suivi à domicile et la difficulté d'y répondre;

une prise de conscience des problèmes de communication et de concertation entre les intervenants afin d'arriver à faire un véritable suivi à domicile;

un écart entre la formation, les habilités des intervenants de première ligne et les besoins des clientèles en perte d'autonomie (Racine et Joubert, 1990^b).

Ce sont des médecins de famille qui ont, en quelque sorte, initié la démarche présentée dans ce rapport. Il s'agissait pour eux d'adapter leur pratique à l'évolution des problèmes découlant de pertes d'autonomie de plus en plus importantes et variées et nécessitant des interventions diversifiées, pour lesquelles les complémentarités avec les autres ressources concernées par le maintien à domicile restaient à établir, à consolider ou à développer.

C'est ainsi que ces médecins de famille, pratiquant dans le secteur de Ste-Foy/Sillery, ont demandé le support du DSC du CHUL pour implanter et évaluer un nouveau mode d'intervention visant des personnes en perte d'autonomie sévère demeurant à domicile, en collaboration avec les équipes de soins et d'aide à domicile du CLSC Ste-Foy/Sillery.

La demande initiale peut se traduire ainsi:

- a) un support à la programmation afin d'améliorer la façon de répondre aux demandes et d'organiser les services;
- b) un support à la formation afin de rendre leur pratique plus adaptée à cette clientèle;
- c) un support à l'approche interdisciplinaire, afin d'améliorer leur capacité à travailler avec d'autres ressources;

tout cela reposant sur la préoccupation d'assurer une gestion continue du "nouveau programme" à développer.

Les déficiences observées ont un impact direct sur la qualité des services dispensés et sur la capacité de maintenir à domicile des personnes en perte d'autonomie sévère. Elles font essentiellement ressortir des problèmes d'inadéquation entre, d'une part, les besoins de la clientèle, et d'autre part, l'organisation et la dispensation des services pour répondre à ces besoins. Ces problèmes font ressortir des difficultés "d'accès" au réseau de soins et de services comme des problèmes de disponibilité, d'adaptabilité, de complémentarité des interventions et, partant, de continuité des services.

La disponibilité, l'adaptabilité, la complémentarité et la continuité sont relativement plus aisées à gérer dans le système de soins et de services de santé, dans la mesure où les problèmes de santé de la population demeurent des problèmes aigus, relativement simples à traiter et à contrôler. Cependant, comme on l'a observé plus particulièrement au cours des dix dernières années, le système de soins et de services de santé au Québec est de plus en plus

confronté à des problèmes de santé importants découlant du vieillissement de la population, de l'augmentation de la prévalence des incapacités et des maladies chroniques. Ces phénomènes entraînent des réajustements dans les modes d'allocation des ressources et d'organisation des services (Racine et Joubert, 1990^a).

C'est sur la base de telles constatations que des médecins de famille ont convenu de conjuguer leurs efforts à ceux des ressources de soins et d'aide à domicile pour améliorer l'adéquation entre les demandes des clients et la réponse à leurs besoins, l'application de l'interdisciplinarité et l'utilisation d'outils de travail communs étant au coeur de leur démarche. La demande adressée au DSC du CHUL, visait donc à supporter, au moyen d'une démarche d'évaluation leur besoin d'agir en leur fournissant rapidement des résultats et en participant, de l'intérieur, à la gestion du "programme". Cette démarche d'évaluation était d'autant plus indiquée que ce projet de "programme" avait valeur de démonstration pour la FMOQ et le MSSS, dans la mesure où l'implication directe de médecins de famille, dans une équipe de maintien à domicile, spécialement quand ils pratiquent en cabinets privés, n'est pas évidente, eu égard aux conditions habituelles de pratique et au mode de rémunération à l'acte qui est peu adapté à des interventions de moyenne et de longue durée. C'est pourquoi il fut convenu entre les instigateurs du projet, le CLSC et le MSSS de considérer ce projet comme un projet pilote, ne serait-ce que pour mieux estimer l'ampleur des adaptations de pratique nécessaires à des actions soutenues de suivi médical à domicile.

La réponse à la demande d'évaluation s'est traduite en objectifs, qu'on peut regrouper de la façon suivante: 1) évaluer l'implantation du "programme" et sa capacité de prise en charge des clientèles en perte d'autonomie sévère à domicile et 2) évaluer certains des effets sur les clientèles rejointes (Racine, 1988). Compte tenu de l'implication d'un nombre relativement important de médecins impliqués dans le projet (jusqu'à 12), une partie de la réponse au premier objectif devait porter sur la capacité réelle de prise en charge de telles clientèles par des médecins, oeuvrant au sein d'une équipe interdisciplinaire en CLSC.

Ce rapport présente donc les résultats de ce projet. Les deux premiers chapitres abordent le contexte, l'objet d'évaluation, la description de l'organisation et du fonctionnement du "programme". Les chapitres trois et quatre décrivent la clientèle, l'utilisation des ressources et la dispensation des services. Un cinquième chapitre présente une discussion sur les sources d'écart et certains effets du "programme".

CHAPITRE 1 : CONTEXTE ET OBJET D'ÉVALUATION

Ce chapitre vise à présenter le contexte dans lequel le projet pilote devait évoluer (milieu - ressources - clientèle - difficultés) de même que l'objet d'évaluation (cadre d'analyse - principes - objectifs - approches).

1.1 Le contexte

Le contexte dans lequel se déroulait le projet pilote peut être décrit à partir d'éléments formant deux blocs bien distincts l'un de l'autre. Un premier bloc concerne le territoire, la population qui y réside et les ressources qui s'y trouvent; un deuxième réfère à la "clientèle qui fait problème" et aux difficultés rencontrées, par les intervenants, au niveau de sa prise en charge.

Le territoire, sur lequel se déroulait le projet pilote (Ste-Foy/Sillery) est un territoire urbain, concentré et densément peuplé. Ce qui le caractérise particulièrement, c'est un accroissement rapide de sa population de 65 ans et plus, accroissement imputable, à la fois, au vieillissement naturel de sa population et au développement important de conciergeries pour personnes âgées, qui ont attiré un nombre important de celles-ci en provenance de la périphérie (cf. Tourigny, 1987).

La population desservie par le CLSC Ste-Foy/Sillery était estimée en 1986 à 71 135 personnes, dont 7 475 personnes âgées de 65 ans et plus, soit 10,5% de sa population, 8,9% d'hommes et 11,8% de femmes (Racine et Grégoire, 1989).

Le tableau 1 présente la distribution selon l'âge et le sexe de cette population. Il fait ressortir qu'il y a une fois et demie plus de femmes que d'hommes et que le tiers (33%) des personnes âgées se retrouvent dans la catégorie des 75 ans et plus. Ces données sont concordantes avec les réalités de la

population âgée, décrites dans plusieurs écrits, c'est-à-dire la féminisation du vieillissement et l'accroissement du grand âge.

Tableau 1: Distribution de la population des 65 ans et plus, selon l'âge et le sexe, sur le territoire du CLSC Ste-Foy/Sillery, 1986

Sexe \ Age	65-74		75 et plus		Total 65 et plus	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
H	2125	(72,3)	815	(27,7)	2940	(100)
F	2855	(62,9)	1680	(37,1)	4535	(100)
Total	4980	(66,7)	2495	(33,3)	7475	(100)

Le territoire du CLSC Ste-Foy/Sillery est relativement bien pourvu en ressources sociosanitaires. Malgré un déficit local en ressources d'hébergement et de soins de longue durée, les personnes âgées qui ont besoin de services de première ligne ou spécialisés, disposent en principe d'une gamme de services suffisamment variés et diversifiés pour répondre à la majorité de leurs besoins. Les ressources combinées des deux hôpitaux du territoire, avec leurs unités de médecine familiale, celles de soins et d'aide à domicile du CLSC Ste-Foy/Sillery, les ressources gériatriques implantées dans le cadre du plan de désengorgement des salles d'urgence (hôpital de jour, services ambulatoires gériatrique et psychogériatrique, unité de courte durée gériatrique, etc.), de même que la présence d'un centre de jour et de ressources bénévoles reconnues et identifiées, devraient en effet être en mesure de répondre à la majorité des besoins de la population aux prises avec des problèmes de santé (la santé étant ici comprise dans son sens le plus large, c'est-à-dire avec ses dimensions biologique, psychique et sociale).

Malgré la présence de ces ressources, des médecins de famille pratiquant dans les limites de Ste-Foy/Sillery étaient confrontés à la prise en charge de personnes en perte d'autonomie sévère et à la résolution de problèmes de plus en plus complexes pour cette clientèle.

Ces médecins comme les intervenants du CLSC Ste-Foy/Sillery se représentaient les problèmes rencontrés de la façon suivante:

- a) une disponibilité réduite des services de soutien à domicile le soir et les fins de semaine, ce qui incite à des recours fréquents et souvent inappropriés aux ressources institutionnelles hospitalières (par exemple: recours à l'urgence) ou d'hébergement;
- b) un écart entre la formation, les habilités des intervenants de première ligne et les besoins des clientèles en perte d'autonomie d'où: des évaluations et des plans de services qui peuvent être déficients; une baisse de motivation; un sentiment d'isolement et de fatigue chez ces intervenants;
- c) un problème de continuité des services qui s'explique en partie par un manque de connaissances et une coordination inadéquate des ressources disponibles, ce qui entraîne des dédoublements de services, des références inadéquates ou injustifiées (phénomène du ballottage des clientèles);
- d) un accroissement important des demandes de services à domicile.

On observait, par ailleurs, une sous-utilisation du médecin de famille (Asselin, 1986) qui pouvait être reliée au fait que les conditions de pratique (dont le mode de rémunération) des médecins de famille, particulièrement ceux pratiquant en cabinets privés, ne facilitaient en rien la prise en charge de clients demeurant à domicile. Les difficultés rencontrées dans leur pratique ont amené progressivement un groupe de médecins de famille des UMF de l'Hôpital Laval et du CHUL à développer des collaborations avec d'autres intervenants (surtout des infirmières, des intervenants sociaux, des auxiliaires familiales) oeuvrant au CLSC Ste-Foy/Sillery, alors en voie d'implantation. Ces collaborations naissantes représentaient une opportunité à ne pas laisser passer, d'autant plus que ce CLSC n'avait pas de médecins à son emploi. Ainsi, une entente de services entre les UMF des deux hôpitaux du territoire et le CLSC allait permettre une collaboration privilégiée, puisqu'un certain

nombre de médecins de ces UMF s'engageaient à fournir des services médicaux au CLSC, de la même manière que s'ils avaient été rattachés directement au CLSC.

1.2 L'objet d'évaluation

Dans le cadre de ce projet, on a utilisé le terme "programme" pour désigner autant le "nouveau mode d'intervention" préconisé, que le processus mis en place afin de supporter les intervenants dans la transformation de leurs modes de pratique. Il s'agira donc d'un ensemble d'activités ou d'opérations concourant à la poursuite d'une grande finalité, soit l'adaptation des pratiques à l'évolution des problèmes de santé et des clientèles. Dans le cas de ce projet, la clientèle a été caractérisée comme étant polypathologique, demandant l'intervention de plusieurs ressources et exigeant beaucoup de son réseau de support autant familial que communautaire. La prise en charge d'une telle clientèle nécessite des adaptations de pratiques, dont les principales opérations comportent: l'implication active du médecin de famille à la prise en charge de cette clientèle, une habilitation au travail en équipe interdisciplinaire et l'utilisation d'un plan de services individualisé.

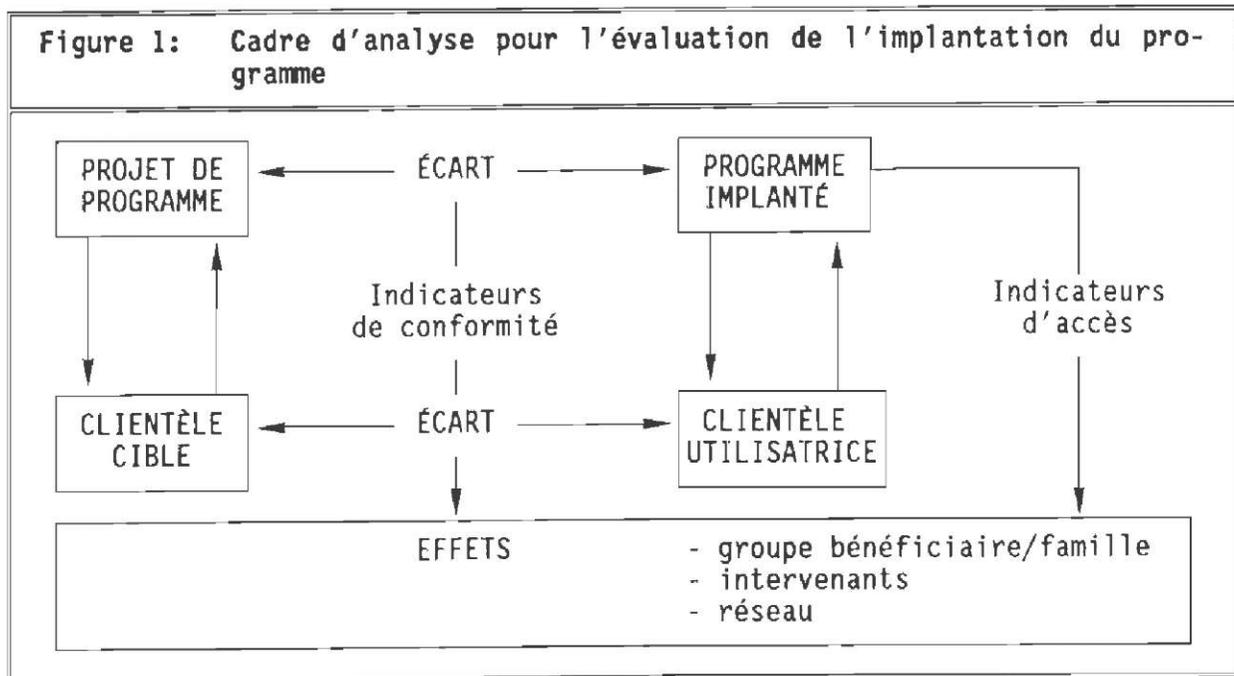
La réalisation de ce "programme" passe donc par la transformation des modes de pratique. Il est important de s'assurer que ce dernier se développe en s'adaptant aux particularités et aux besoins du milieu tout en répondant aux attentes de la clientèle. Il est par ailleurs important qu'il s'implante dans les meilleures conditions possibles afin d'augmenter les chances d'obtenir les effets attendus. C'est pourquoi le processus d'implantation du "programme de suivi à domicile pour des personnes en perte d'autonomie sévère" constitue ici l'objet principal de l'évaluation.

Voici comment on décrit ce type d'évaluation dans la littérature consultée:

Pour l'évaluation de "l'implantation", la procédure la plus immédiate consiste à vérifier si les activités prévues au "programme" et dont on a postulé théoriquement qu'elles devraient produire les effets attendus sont effectivement réalisées.

Cette opération revient à comparer l'idéal, le projet, avec sa mise en oeuvre (traduction libre d'après King, Morris et Fitz-Gibbon, 1988).

C'est cette perspective d'analyse qui est représentée dans la figure 1.



Adapté de Lemay, Grégoire et coll., 1990¹

En observant et en décrivant le fonctionnement du "programme", en cours d'implantation, on peut dès lors vérifier la conformité entre le "programme conçu" et le "programme implanté". On peut également en arriver à dégager un certain nombre d'effets, prévus ou non prévus, qui découlent ou qui sont associés à ce processus de transformation, et réduire les marges d'incertitude, selon l'expression de Patton (1987), qui prévalaient à l'origine ou en cours de processus.

¹ Cette perspective d'analyse s'inspire largement de Lemay, Grégoire et coll. (1990), "L'évaluation de l'implantation du Centre de jour itinérant de la MRC de Portneuf", évaluation à laquelle l'auteur principal du présent rapport a été associé.

Les principales retombées ou objectifs de cette évaluation peuvent donc permettre de répondre aux préoccupations suivantes:

- identifier les écarts entre le "programme conçu" et celui mis en opération et, ainsi, apporter les ajustements nécessaires en cours d'implantation (certains écarts étant inévitables puisque le "programme" s'implante dans un environnement dynamique et non statique);
- identifier l'écart entre la population visée et la clientèle effectivement desservie;
- identifier à court terme certains effets attendus ou non des interventions sur la clientèle (maintien à domicile...), sur son entourage immédiat (diminution du fardeau familial...) sur les intervenants (habilités...) et sur le système de soins et de services (complémentarité des interventions...).

Essentiellement, l'objectif de l'évaluation visait à tester la capacité d'un nouveau mode de pratique à produire des effets durables sur la prise en charge et l'orientation de la clientèle, à produire des actions mieux coordonnées, à améliorer la complémentarité des interventions, à produire des effets d'entraînement dans le sens d'une meilleure intégration des services de soutien à domicile et à voir les possibilités d'extension d'un tel mode d'intervention à l'ensemble du réseau de soins et de services, ayant à s'occuper des personnes en perte d'autonomie sévère désirant demeurer à domicile.

Traduit en hypothèse, on peut le formuler ainsi: **Le développement d'un réseau de services de première ligne qui assure la disponibilité des ressources et la continuité des services permettra d'améliorer le processus de prise en charge et l'adéquation des besoins et des ressources pour les clientèles en perte d'autonomie sévère à domicile. Il contribuera ainsi au maintien à domicile de ces clientèles.**

Sans aller dans le sens d'une vérification complète de cette hypothèse (le devis n'ayant pas été conçu à cette fin), on peut quand même dégager certaines

indications qui permettront d'anticiper s'il se produit du changement dans le sens d'une amélioration de l'adéquation recherchée entre les besoins des clients et les formes de réponse à ces besoins.

Au plan analytique, cela signifiera que plus l'écart sera grand entre les besoins des clients et les réponses fournies en termes de services, plus l'accès sera rendu difficile. Inversement, une plus grande adéquation entre les clients et les services peut être la garantie d'un meilleur accès et peut entraîner, ainsi, une meilleure qualité de services. Cette conception renvoie à celle développée par Penchansky et Thomas au début des années 80, qui ont proposé de définir le concept "d'accès" comme "le degré d'adéquation entre les clients et le système de soins" (Penchansky et Thomas, 1981, p. 128). Compte tenu qu'en dernière analyse le présent projet vise à améliorer l'accès aux services pour les clientèles visées, cette conception sera utilisée sous l'angle des composantes suivantes:

L'accessibilité géographique définie comme la relation existant entre la localisation des ressources et la localisation des clients;

La disponibilité définie comme la relation existant entre le volume et le type de services offerts et le volume et le type de besoins des clients;

L'adaptabilité définie comme la relation entre la manière dont les services sont organisés pour desservir les clients et la capacité des clients de s'y adapter;

L'acceptabilité définie comme la relation entre les attitudes des clients envers les dispensateurs de services (caractéristiques personnelles et de pratique) et les attitudes des dispensateurs envers les caractéristiques personnelles des clients

(traduction libre de Racine et Joubert, 1990^a, p. 38).

Encore une fois, même si ce rapport ne contient pas une analyse poussée de chacune de ces dimensions de "l'accès" aux services, c'est dans ce sens que

ces notions seront utilisées dans l'analyse qui suivra, ne serait-ce que pour soutenir la discussion sur les effets d'entraînement d'une telle démarche.

Approche et stratégie d'évaluation

Dans un contexte d'implantation, une démarche d'évaluation peut contribuer à fournir rapidement de l'information et permettre à tous les acteurs de participer de l'intérieur au développement et à la gestion du "programme".

Une approche évaluative de type **formatif** s'appuyant sur une stratégie de **recherche-action** a donc été retenue pour supporter cette démarche, compte tenu de sa capacité à favoriser le réajustement des services en cours d'intervention et compte tenu des besoins exprimés par les intervenants.

Une recherche-action nécessite l'implication active des intervenants à la réalisation de l'analyse. L'approche en étant une de type formatif, la collaboration constante des intervenants à l'analyse du processus d'implantation du "programme" permet d'intégrer l'évaluation **dans un processus continu de gestion du "programme"** et assure une utilisation des résultats à des fins **d'amélioration et d'adaptation des services**.

Les principes méthodologiques à la base de cette recherche-action sont adaptés de ceux décrits dans la littérature par Grell et Wery (cité par Gauthier, 1984) et sont synthétisés à la figure 2. (Ces principes de même que l'approche qui en découlent ont d'ailleurs servi de base à une communication (Racine, Grégoire, Joubert, 1988) à l'occasion d'un congrès annuel de la Société canadienne d'évaluation).

Figure 2: Principes méthodologiques de la recherche-action

- . Implication de toutes les personnes concernées à toutes les étapes.
- . Interaction continue des activités d'analyse et d'action.

L'étroite collaboration entre les diverses personnes impliquées a permis une rétroaction continue entre les activités de planification et d'évaluation et l'identification des éléments utiles à la prise de décision concernant l'implantation du "programme".

C H A P I T R E 2 : DESCRIPTION DE L'ORGANISATION ET DU FONCTIONNEMENT DU PROGRAMME

Ce chapitre a pour but de présenter les caractéristiques opérationnelles du "programme". Dans un premier temps, on décrira l'élaboration et le développement du "programme" et dans un deuxième temps, on en abordera les caractéristiques et le fonctionnement.

2.1 L'élaboration et le développement du programme

Le "programme" a été élaboré en deux temps. Initialement, les discussions d'un groupe de consultation/référence (annexe A-1) ont permis de circonscrire, globalement, les besoins d'une clientèle en perte d'autonomie sévère; de cerner les principaux problèmes reliés à sa prise en charge et d'identifier certains principes (globalité - interdisciplinarité - "access") permettant de croire qu'un "programme" les intégrant pourrait résoudre, en tout ou en partie, les problèmes identifiés quant à la prise en charge d'une clientèle en perte d'autonomie sévère.

Par la suite, un groupe d'intervenants a été constitué (annexe A-2) afin d'élaborer et d'implanter le "programme". En ce sens, ce groupe, partant des informations transmises par le groupe de consultation/référence, a "identifié la clientèle cible, précisé les objectifs, en termes de services à produire et d'effets à atteindre auprès de la clientèle cible, formulé les objectifs du "programme", défini les fonctions et responsabilités de chaque membre de l'équipe de travail, élaboré les outils nécessaires à la réalisation du "programme" et identifié les opérations et la séquence d'implantation" (Lemay, Racine et Joubert, 1987).

Les principaux objectifs poursuivis par le "programme" ont été regroupés à la figure 3.

Figure 3: Objectifs du programme

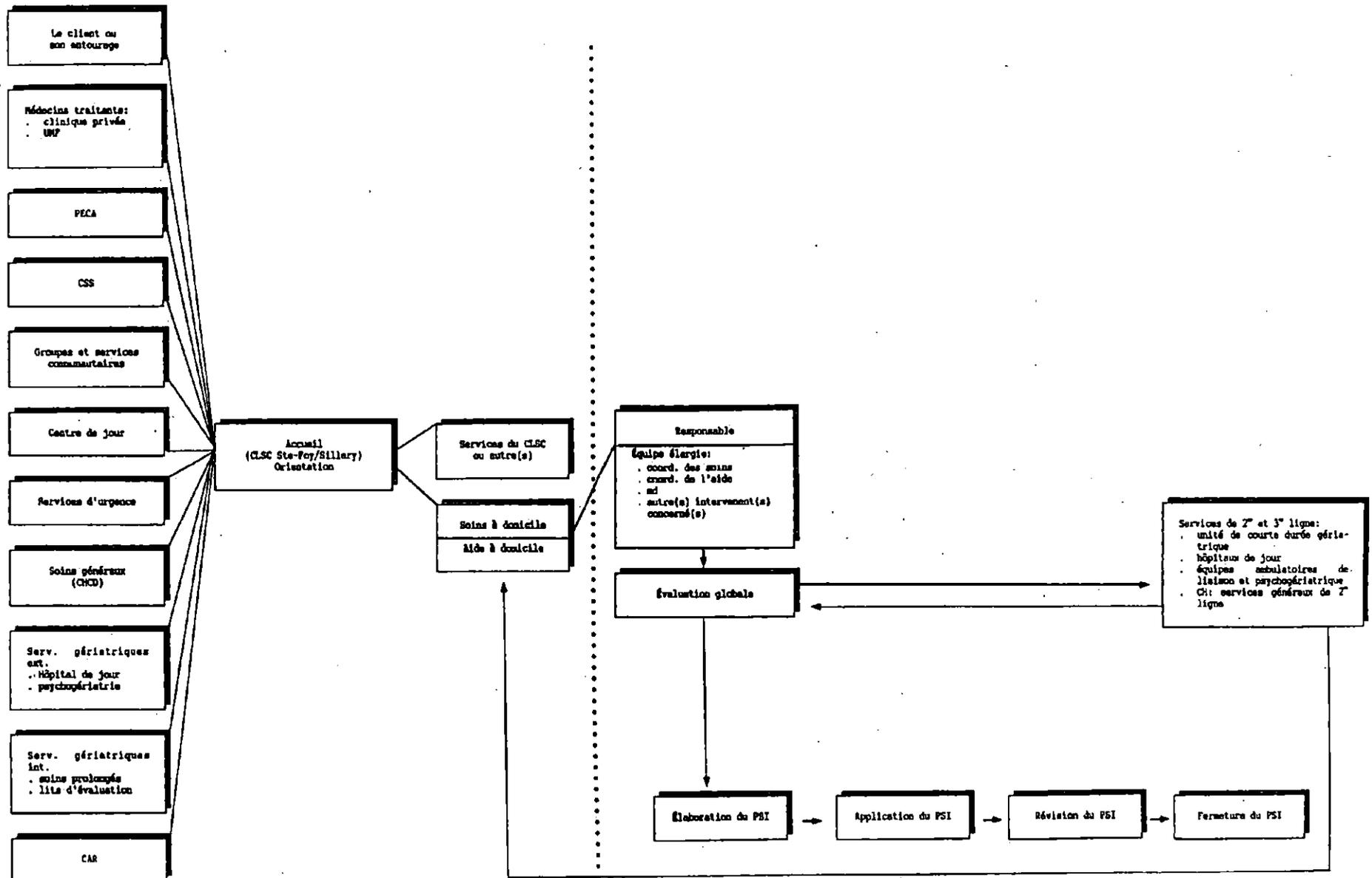
- 1) Améliorer l'accès général aux services de première ligne pour une clientèle en perte d'autonomie sévère.
- 2) Améliorer la prise en charge des bénéficiaires.
- 3) Améliorer l'orientation des bénéficiaires vers les ressources appropriées.

Afin d'arriver à atteindre ces objectifs, le mode d'intervention prévalant au départ devait être modifié. La figure 4 permet de se représenter le cheminement d'une demande de la clientèle cible avant la mise en place du "programme" (à la gauche du pointillé) et celui visé (à la droite du pointillé), une fois les transformations au mode d'intervention effectuées.

Le mode d'intervention, en vigueur en 1986, fonctionnait de la façon suivante: un client "X", dont la référence pouvait provenir de diverses sources (lui-même - sa famille - un médecin - le CSS - etc.) faisait une demande de services au CLSC et, après évaluation, était orienté soit vers des services offerts par le CLSC (en ce qui a trait à la clientèle cible de ce projet, aux services d'aide et de soins à domicile), soit vers des services offerts par d'autres établissements ou organismes (cf. figure 4, à la gauche du pointillé). Parmi cette clientèle référée, une majorité de personnes recevaient une réponse appropriée à leurs besoins. Cependant, une partie non négligeable de cette clientèle ($\pm 10\%$) ne recevait pas une réponse considérée comme adéquate à ses besoins, et ce, pour les raisons déjà décrites au chapitre 1.

Cette portion de la clientèle est devenue la clientèle cible du "nouveau programme". Elle peut être définie de la façon suivante: toute personne ou groupe bénéficiaire qui, pour assumer ou prendre les décisions nécessaires à ses besoins, requiert des services non disponibles compte tenu de l'organisation actuelle du réseau. Il s'agira le plus souvent d'individus vivant une rupture d'équilibre majeure sur l'un ou l'autre des axes suivants: social, biologique ou psychique. C'est pour répondre aux besoins spécifiques de cette clientèle qu'on souhaitait donner plus d'extension au mode d'intervention qui

Figure 4: Cheminement de la demande d'un client dans le programme



prévalait en 1986. C'est ce qui apparaît dans la figure 4, à la droite du pointillé. Le point central de cette transformation est la mise en place d'une équipe élargie intégrant des médecins de famille aux membres des équipes d'aide et de soins à domicile, avec comme implications le développement d'un mode de fonctionnement basé sur l'interdisciplinarité et le recours à un plan de services individualisé, comme principal outil de travail. Au processus de référence initial s'ajoute donc pour cette portion de la clientèle une seconde source de référence faite à cette équipe élargie par des intervenants du réseau de soins et de services.

Compte tenu du caractère polypathologique de cette clientèle, le mode de prise en charge suppose un travail en équipe qui ne soit pas que l'addition des formations disciplinaires, c'est-à-dire multidisciplinaire, mais qui soit basé sur le partage et la complémentarité des connaissances et expertises, donc interdisciplinaire; cette approche était d'ailleurs privilégiée par les intervenants. Elle permet l'échange d'information entre les divers intervenants impliqués dans le suivi, une connaissance plus grande et plus juste de chacun des bénéficiaires présentés à l'équipe et un meilleur suivi. La présence et l'implication du médecin traitant sont au coeur de ce processus pour qu'il puisse assurer un suivi approprié, en interaction avec les autres intervenants et les membres de la famille ou de l'entourage du bénéficiaire.

Pour répondre aux préoccupations d'évaluation et de surveillance de l'état de santé des bénéficiaires, il fallait que ce travail en interdisciplinarité soit supporté par une instrumentation appropriée. C'est pourquoi il est vite apparu nécessaire de se doter d'un plan de services commun à tous les membres de l'équipe élargie pour intégrer, dans un tout cohérent, l'ensemble des actions requises pour chaque client. À cela s'ajoutait des préoccupations de gestion continue du cheminement de chaque client à l'intérieur du "programme", des préoccupations d'identifier des résultats à atteindre pour chaque client et d'en mesurer le degré d'atteinte. C'est pour répondre à l'ensemble de ces préoccupations que la conception de ce plan de services individualisé s'est fortement inspirée de la méthode du "Goal Attainment Scaling" (GAS), développé par Kiresuck et al. (Kiresuck, 1973; Kiresuck et Lund, 1975, 1978). Le choix de cette méthode a été motivé par le fait que plusieurs similitudes ont été

relevées entre la clientèle cible et les objectifs poursuivis tant dans le programme de Kiresuck et ses collaborateurs que dans le "programme de suivi à domicile pour des personnes en perte d'autonomie sévère" (Kiresuck travaillait dans un service de santé mentale, auprès d'une clientèle psychiatrique). Voici comment il décrit l'environnement et les caractéristiques de ce "service":

The service had these sub units: in patient, out patient, day hospital, child care, medication maintenance, social rehabilitation, and consultation and education. Since then a crisis intervention unit has been added. The treatment staff included psychiatrists, psychologists, social workers, nurses allied health specialists, and students of all disciplines. Treatment philosophies and corresponding definitions of mental health varied accordingly. The patients were of all ages and diagnostics categories, of both sexes from both the middle and lower socioeconomic status level (Kiresuck, 1973).

Le questionnement de Kiresuck et al. par rapport à cette réalité se traduisait ainsi:

How can you evaluate a mental health center or compare one program or therapist with another where every person is unique and may be working toward different goals. The answer is simple and elegant: evaluate clients on their progress toward their unique goals (Kiresuck et Lund, 1975, p. 213).

On peut dégager plusieurs similitudes entre les deux programmes. A part le fait que la clientèle cible demeure à domicile, toutes les autres caractéristiques, c'est-à-dire les services reçus, les types d'intervenants et les philosophies d'intervention sont comparables. Quant à la question d'évaluation de Kiresuck et al., elle est également soulevée par l'équipe du CLSC Ste-

Foy/Sillery: comment évaluer, en termes de résultats pour chaque client, la réussite ou non de ce "programme"? C'est donc sur la base de ces similitudes qu'il fut convenu de s'inspirer de la méthode du "Goal Attainment Scaling" pour intégrer à l'intérieur du plan de services individualisé un processus d'évaluation et un mode de pondération (sur une échelle de 01 à 03), afin de pouvoir mesurer l'atteinte des objectifs et des actions pour chaque client.

Le plan de services individualisé (cf. figure 5) comprend quatre blocs. Un premier bloc (cf. PSI, en haut, à gauche) permet d'indiquer le nom du bénéficiaire, sa date de naissance, de même que les diagnostics médicaux et sociaux principaux. Un deuxième bloc (cf. PSI, en haut, à droite) permet d'indiquer le numéro du dossier ainsi que les dates d'évaluation et de réévaluation. Un troisième bloc (cf. PSI, au centre), le coeur du plan de services individualisé, permet d'inscrire les principales informations retenues lors de la discussion de cas en équipe interdisciplinaire. On y retrouve les principaux diagnostics et problèmes ainsi que les objectifs à poursuivre et les actions à réaliser en vue de résoudre les différents problèmes du client. Des espaces sont également prévus pour identifier les intervenants qui devront actualiser chacune des actions; pour inscrire les délais dans lesquels les intervenants croient possibles d'atteindre les objectifs et de réaliser les actions requises pour les atteindre et pour codifier, lors des réévaluations, les résultats des interventions. Un dernier bloc (cf. PSI, en bas, à droite) permet d'indiquer la date de fermeture ainsi que la raison pour laquelle le dossier a été fermé.

Il est important de mentionner que le plan de services individualisé a été construit en cours d'implantation par les intervenants, en tenant compte de leur souci d'adapter cet instrument à leur pratique et de le rendre le plus fonctionnel et efficace possible. Les membres de l'équipe de suivi à domicile ont donc eu à "apprivoiser" cet instrument et à se l'approprier, ce qui a nécessité de nombreux ajustements (plus ou moins dix versions de l'instrument avant sa forme finale) et un investissement de temps non négligeable.

2.2 Les caractéristiques et le fonctionnement du programme

La clientèle visée par ce "programme" a donc été définie comme étant toute personne ou groupe bénéficiaire/famille vivant une rupture d'équilibre majeure sur l'un ou plusieurs des axes biologique, psychique ou social. Toutes ces personnes ont une autonomie sérieusement réduite et ne pourraient demeurer dans leur milieu sans aide. Huit critères d'admissibilité au "programme" ont été identifiés par les intervenants de "l'équipe élargie" (figure 6).

Figure 6: Critères d'admissibilité au programme

- 1) Vivre à domicile.
- 2) Résider sur le territoire du CLSC Ste-Foy/Sillery.
- 3) Être en perte d'autonomie sévère (axe biologique, psychique ou social).
- 4) Être incapable de se déplacer ou se déplacer avec difficultés.
- 5) Nécessiter une évaluation globale.
- 6) Nécessiter une prise en charge interdisciplinaire.
- 7) Nécessiter des services administrables à domicile.
- 8) Désirer être traité à domicile.

C'est sur la base de ces critères que sont acheminés à une équipe de base, composée de trois professionnels de formation différente (un médecin, une infirmière et une travailleuse sociale), les cas admissibles. Cette équipe assure l'animation des rencontres et appuie, dans leur démarche, les intervenants impliqués dans le suivi du bénéficiaire. Les neuf médecins impliqués dans le "programme" seront, à tour de rôle, membres de l'équipe de base. Ces médecins proviennent, en alternance, des deux UMF (Hôpital Laval et CHUL) et de cabinets privés. Sept médecins travaillent dans les UMF et sont rémunérés à honoraires fixes; les deux autres, exerçant en cabinets privés, sont affiliés à une UMF et sont rémunérés sur la base de vacations pour le travail effectué dans le cadre du projet. À l'occasion, d'autres médecins, des membres de la famille et des bénévoles ont participé aux réunions. Lorsque jugé nécessaire, d'autres personnes-ressources peuvent être invitées à se joindre à la discussion (ex.: des membres des équipes ambulatoires de gériatrie et de psycho-gériatrie oeuvrant sur le territoire).

Les évaluations de cas se déroulent de la façon suivante: en premier lieu, chaque intervenant présente son point de vue sur les problèmes du groupe bénéficiaire/famille; ces problèmes sont ensuite discutés dans une perspective globale et selon les axes biopsychosociaux; enfin, ces informations sont consignées à la fin de la rencontre par le membre de l'équipe de base qui a animé la discussion et constitue essentiellement le plan de services individualisé (cf. figure 5). Le dossier du bénéficiaire est conservé au CLSC.

La réunion peut servir à l'évaluation de nouveaux bénéficiaires (plus ou moins 90 minutes/bénéficiaire) ou à des réévaluations (plus ou moins 45 minutes/bénéficiaire). Dans la phase d'implantation du "programme", des rencontres de trois heures se tenaient chaque semaine au CLSC (pour plus de détails sur le fonctionnement du "programme", voir Bergeron, Racine et al., 1992, p. 8-10).

Cette transformation des modes de pratique a nécessité, de la part des intervenants et des gestionnaires, une bonne dose de souplesse et la volonté de vouloir trouver une solution aux problèmes de prise en charge d'une clientèle en perte d'autonomie sévère. Même si l'application de ce "programme" s'est effectuée dans des délais plus longs que les prévisions initiales, elle s'est faite en harmonie avec les préoccupations des intervenants. Différentes adaptations ont donc été nécessaires en cours de processus: elles doivent être considérées comme relativement normales dans un contexte d'implantation.

Ce chapitre présente une description générale de la clientèle devant être desservie par ce "programme"; cette description trouve son intérêt dans la mesure où elle a permis aux intervenants de comparer leur expérience de pratique avec celle "d'experts" québécois dans le domaine. Le cheminement de la clientèle ainsi que les caractéristiques de la clientèle utilisatrice viendront compléter ce chapitre.

3.1 La clientèle du programme

Dans un des documents de référence produit par le MSSS (1986) pour supporter l'implantation de ressources ambulatoires en gériatrie, on décrit la clientèle potentielle en lourde perte d'autonomie de la façon suivante:

1. L'évolution rapide de la maladie dont les dégâts sont souvent irréparables même à l'intérieur d'un bilan de 24 heures.
2. La coexistence de plusieurs états pathologiques.
3. L'intervention plus ou moins aiguë des facteurs psychologiques, sociaux et physiologiques.
4. La capacité de récupération plus lente.
5. L'apparition de séquelles permanentes accentuant la perte d'autonomie, entraînant l'instabilité de l'état physique et mental ainsi qu'une exposition accrue à certaines maladies.
6. La difficulté d'adaptation à certaines situations sociales et environnementales (MSSS, 1987, p. 5-6).

Pierre J. Durand (1986) caractérise de façon plus spécifique les clientèles âgées à risque. Il regroupe ce qu'il appelle "les problèmes gériatriques" de la façon suivante:

Les problèmes gériatriques des personnes âgées peuvent se résumer à cinq grands titres :

Incontinence: urinaire ou fécale

Immobilité: perte de capacités en terme de locomotion

Troubles de l'intellect: surtout les démences, de même que la pathologie dépressive

Instabilité: tendance aux chutes

Iatrogène: ensemble des incapacités et des déficiences ajoutées par le système de santé et ses réponses pathogènes aux besoins des personnes âgées et leur famille.

Ces déficiences et ces incapacités posent des problèmes majeurs aux familles et aux soignants.

La prévalence de chacun des "cinq grands i" est remarquablement stable à travers les différentes études qui ont été menées au Canada mais surtout au Royaume-Uni, en France et en Suisse. La prévalence de ces troubles s'établit environ à 5% de la population chez les 65 ans et plus, de 10% à 15% chez les 75 ans et plus et, enfin, à 20% chez les 85 ans et plus (Durand, 1986, p. 3).

C'est en grande partie à partir de ces descriptions "théoriques" portant sur des caractéristiques biopsychosociales des pertes d'autonomie, qu'un ordre de grandeur du nombre de personnes pouvant être touchées par le "programme de suivi à domicile pour les personnes en perte d'autonomie sévère" a été estimé. Cette estimation du nombre de personnes âgées, pouvant être référées à l'équipe de soins et de services de première ligne, a été faite à partir de la méthode d'estimation "théorique" développée par Béland (1987) et à partir de données colligées par le CLSC Ste-Foy/Sillery (Lavoie, Roy, 1986, p. 9). Sur la base de ces estimations, combinées à l'expérience des intervenants de l'équipe élargie, la clientèle potentielle fut estimée à 200-300 personnes/année; ce qui laissait donc présager un bassin de clients nettement suffisant pour les fins du projet de "programme" présenté au chapitre précédent. Cet exercice d'estimation a par ailleurs permis aux intervenants, impliqués dans ce processus de transformation, de mieux cibler dans leur clientèle la proportion de clients qui allait être admissible au "programme". Pour les fins de

l'évaluation, il fut estimé qu'une cinquantaine de personnes, répondant aux critères d'admissibilité du "programme", pourraient être rejointes de façon réaliste, sur une période de douze mois, compte tenu que les intervenants devaient continuer d'offrir leurs services "réguliers", en plus de participer au présent projet.

D'avril 1987 à avril 1989² (périodes de préimplantation et d'implantation réunies), 49 demandes ont été jugées admissibles par l'équipe interdisciplinaire, dans le cadre du "programme". Ce nombre a été atteint sur 24 mois plutôt que 12 mois par le fait qu'en cours de processus, les intervenants ont dû s'habiliter et se former à un nouveau mode de pratique, qui incluait la conception, l'élaboration et l'expérimentation de nouveaux instruments et mécanismes de travail en équipe interdisciplinaire. Il n'est donc pas étonnant que les prévisions initiales aient été dépassées.

Cette situation a par ailleurs entraîné des fluctuations dans l'enregistrement des données, pour les fins de cette évaluation, qui expliquent des différences dans les dénominateurs utilisés pour décrire la clientèle. Pour obtenir une constance à ce niveau et obtenir des valeurs équivalentes pour chaque catégorie d'analyse, il aurait fallu sacrifier à l'implication des intervenants dans le développement et l'appropriation de l'instrumentation nécessaire à l'atteinte des objectifs du projet. Or, rappelons que la stratégie adoptée avait justement pour but d'habiliter une équipe et des intervenants, en cours de processus, à répondre à certaines demandes de services en agissant différemment sur leurs modes de pratique. Les données sur la clientèle, sans être accessoires, seront donc utilisées davantage pour vérifier si on rejoint la clientèle qu'on s'attendait de rejoindre. En ce sens, ces données sont plus indicatives de différences possibles entre les prévisions et l'application du "programme" que statistiquement significatives. Elles sont également révélatrices de la réalité dite de "l'alourdissement des clientèles", qui commande

² Même si la période d'implantation s'est étendue jusqu'en avril 1989, de nouvelles admissions au "programme" n'ont été acceptées que jusqu'à la fin de l'année 1988; cependant, ces clients ont été suivis jusqu'en avril 1989. Pour les nouveaux clients admis de février 1989 à mai 1990, ils font partie de ce qu'on appellera la période post-implantation.

en quelque sorte la complémentarité des expertises disciplinaires et des interventions.

3.2 Le cheminement de la clientèle

Les services dispensés, en cours de projet, l'ont été auprès de 49 personnes, dont 48 n'étaient plus suivies à la fin de la période dite d'implantation (en avril 1989) et une avait encore un dossier actif. Les sources de référence étaient, initialement, exclusivement celles des médecins de famille ou médecins de famille avec un autre intervenant, car il était essentiel d'avoir le médecin de famille du client à la discussion en équipe interdisciplinaire. Par la suite, la procédure s'est assouplie pour permettre à d'autres intervenants que les médecins de famille de présenter des clients dont le profil correspondait à la clientèle cible. À partir de ce moment, les sources de référence se sont élargies. La seule condition à respecter était d'être un intervenant travaillant dans le secteur géographique du CLSC Ste-Foy/Sillery. Il n'en reste pas moins que les médecins de famille étaient la principale source de référence: le médecin de famille seul, dans 62,2% des cas, et le médecin de famille avec un ou plusieurs intervenants, dans 24,4% des cas (cf. annexe C-1).

Le principal motif de référence au "programme" découle des critères d'admissibilité présentés plus haut: **il fallait que le client présente un profil de pertes importantes d'autonomie et que l'intervenant ait une difficulté de prise en charge ou un problème d'évaluation diagnostique.**

En ce qui concerne les motifs et orientations de départ, des informations sont disponibles pour 46 des 49 bénéficiaires admis (deux données manquantes et un dossier actif) au "programme". Les résultats sont les suivants: 11 (23,9%) ont été retournés aux services de maintien à domicile "réguliers" en raison de la stabilisation ou de l'amélioration de leur état de santé; 10 (21,7%) sont décédés; 6 (13,0%) ont changé de territoire; 5 (10,9%) ont été placés en centre d'accueil d'hébergement; 5 (10,9%) en centre hospitalier de soins de courte durée; 4 (8,7%) en centre hospitalier de soins de longue durée et 5

(10,9%) ont des motifs de départ autres, tels que: pris en charge par la famille (famille naturelle ou d'accueil), cessation de services, etc. Des informations plus récentes (février 1989 à mai 1990) concernant 17 dossiers sur 20 vont dans le même sens.

La durée du suivi est connue pour 48 des 49 bénéficiaires (un dossier actif). On constate, qu'au cours des périodes de préimplantation et d'implantation, les moyennes de durée de suivi sont sensiblement les mêmes, c'est-à-dire respectivement 30 et 27,8 semaines. En ce qui a trait à la période postimplantation (février 89 à mai 90), la moyenne est de 21,4 semaines.

3.3 Les caractéristiques de la clientèle utilisatrice

Les données utilisées pour décrire la clientèle utilisatrice de ce "programme" proviennent de deux sources de données: la "Grille d'évaluation des personnes en perte d'autonomie sévère" (cf. annexe B-1) dérivée de la CTMSP et le "Plan de services individualisé" (cf. figure 5). Ces sources de données permettent de dresser un portrait de la clientèle rejointe, en ce qui a trait en particulier aux pertes d'autonomie des clients.

La moyenne d'âge de la clientèle (hommes et femmes) admise dans le "programme" est de 66,9 ans (femmes: 66,5 ans; hommes: 67,5 ans)³. Les personnes au-dessus de 65 ans constituent 65,3% de la clientèle. À l'intérieur de la catégorie des 65 ans et plus, on retrouve 56,3% de personnes âgées de 75 ans et plus, pour une moyenne d'âge de 79,44. De plus, les femmes représentent 65% de la clientèle et les hommes 35% (cf. annexe C-2).

Concernant la situation de vie, 40% des bénéficiaires vivent avec un conjoint et 31% vivent seuls (les 29% qui restent représentent d'autres situations ou des combinaisons de situations, cf. annexe C-3). Cependant, si l'on distingue

³ Compte tenu que la clientèle visée représente une partie de la clientèle régulière, et non une clientèle fictive, un certain nombre de personnes de moins de 65 ans ont été admises dans le "programme". Il s'agit essentiellement d'adultes de 40 ans et plus présentant un profil comparable aux clients gériatriques.

Les hommes des femmes, on trouve qu'il y a presque deux fois plus d'hommes que de femmes qui vivent avec un conjoint (57,1% contre 32,3%) et qu'il y a six fois plus de femmes que d'hommes qui vivent seules (42% contre 7,1%).

Les diagnostics principaux à l'admission se concentrent, dans 40% des cas, autour de trois catégories principales: cancer (22,2%), démence (11,1%) et accidents vasculaires cérébraux (6,7%). Les autres (60%) se distribuent autour de 22 entités diagnostiques différentes (cf. annexe C-4).

Des informations plus récentes (février 1989 à mai 1990) vont dans le même sens pour la vingtaine de nouveaux clients inscrits au cours de cette période. Ces informations démontrent donc qu'il y a une stabilité du profil de la clientèle depuis 1987, du moins en ce qui a trait à l'âge et au sexe (cf. annexe C-5), de même qu'en ce qui a trait au diagnostic principal à l'admission.

Pertes d'autonomie

L'analyse des données contenues dans le plan de services individualisé (17 dossiers complets sur 49 bénéficiaires) permet de faire ressortir la "lourdeur" de la clientèle suivie dans le cadre de ce projet. De fait, on constate, qu'en moyenne, chacun des bénéficiaires avait 2,7 diagnostics, auxquels étaient associés une moyenne de 6,2 problèmes par bénéficiaire. Les intervenants avaient identifié, en moyenne par bénéficiaire, 6,7 objectifs et 9,7 actions à réaliser afin d'atteindre ces objectifs et de résoudre ou diminuer les problèmes identifiés (cf. tableau 2).

Tableau 2: Répartition du nombre total de problèmes, objectifs et actions identifiés sur une période de trois mois

Période	INITIALE		R*1		R2		R3		Nb total	%	Noy. par bénéf.
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%			
Problèmes	78	(70,3)	13	(11,7)	08	(7,2)	12	(10,8)	111	(100)	6,2
Objectifs	75	(62,0)	19	(15,7)	10	(8,3)	17	(14,0)	121	(100)	6,7
Actions	109	(62,7)	30	(17,2)	15	(8,6)	20	(11,5)	174	(100)	9,7

*R = réévaluations

Même s'il est plus difficile de cerner des "diagnostics psychosociaux", la zone grise entre diagnostics et problèmes étant relativement grande, il est quand même possible de décrire les pertes d'autonomie fonctionnelle à partir des données de la "grille d'évaluation des personnes en perte d'autonomie sévère" pour 17 des 49 clients admis dans le "programme".

À partir des données contenues dans cette grille (cf. annexe B-1), le contenu des six catégories suivantes a été analysé: activités de la vie domestique (AVD), activités de la vie quotidienne (AVQ), mobilité, aptitudes intellectuelles, communication et élimination urinaire et fécale (cf. annexe C-6). Le tableau 3 présente la distribution du bénéficiaire en regard de ces six catégories d'activités. Il révèle que les clients visés par le "programme" ont des difficultés relativement importantes à réaliser les activités qui sont associées à chacune des catégories d'activités. Quand on analyse chacune des catégories d'activités, on remarque que les pertes d'autonomie se concentrent dans les AVD, les troubles de la mobilité, les aptitudes intellectuelles et les AVQ, puisque c'est dans ces catégories qu'on retrouve le plus de clients éprouvant au moins une difficulté et plus. Il faut cependant faire une exception pour les problèmes de communication, puisque d'avoir des problèmes dans la catégorie d'activité communication peut entraîner des limitations fonctionnelles importantes.

En plus de savoir combien de personnes avaient des difficultés d'exécuter certaines activités, il est intéressant de qualifier les pertes d'autonomie. C'est ainsi qu'une échelle de 0 à 3, donnant une valeur relative aux catégories d'aide (0 = sans aide, 1 = avec aide d'autrui, 2 = par autrui, 3 = activité non exécutée) a permis de distribuer les clients en fonction de la "sévérité" de leur perte d'autonomie. Trois catégories ont ainsi été créées: perte d'autonomie légère, moyenne et sévère. Le calcul s'est fait ainsi: pour chacune des activités de chacune des catégories, on attribuait une valeur relative de 0 à 3. Des "classes" ont ensuite été élaborées et déterminées comme légère, moyenne et sévère selon les cotes obtenues. On retrouve donc, dans le tableau 4, la répartition des clients selon le degré de sévérité des pertes d'autonomie, les pertes d'autonomie les plus sévères se retrouvant dans les catégories mobilité et AVD.

Il est important d'ajouter que les clients éprouvent des difficultés d'exécution de leurs activités, dans plusieurs catégories simultanément: 88,2% dans trois catégories et plus (cf. tableau 5). Les données des tableaux 3, 4 et 5 révèlent donc l'importance des pertes d'autonomie des clients suivis dans le "programme".

Une autre catégorie d'analyse peut aider à décrire une certaine perte d'autonomie chez les personnes suivies: la prise de médicaments. En effet, 100% des clients absorbent des médicaments, se répartissant ainsi: de 1 à 2 médicaments (29,4%), de 3 à 5 médicaments (47,1%) et 6 médicaments et plus (23,5%). Les données du tableau 6 démontrent que 60,9% des bénéficiaires ne peuvent prendre seuls leurs médicaments.

Pour compléter cette section, une dernière information peut être dégagée en comparant les données recueillies lors de l'évaluation initiale et celles de l'évaluation après 3 mois, afin de savoir s'il y a eu évolution du profil d'autonomie fonctionnelle des clients tout au long de leur prise en charge par l'équipe interdisciplinaire. Les résultats de cette comparaison apparaissent au tableau 7. On constate qu'il y a stabilisation principalement au niveau de l'élimination urinaire et fécale, de la communication et de la prise de médicaments; l'amélioration se fait nettement plus sentir au niveau des AVD et la détérioration davantage au niveau des aptitudes intellectuelles.

Tableau 3: Distribution des bénéficiaires selon le nombre et la catégorie d'activités où ils présentent des pertes d'autonomie (évaluation initiale)

Nb d'activités*	Type d'activités											
	AVD		AVQ		Mobilité		Aptitudes intellectuelles		Communication		Élimination urinaire et fécale	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
0	1	(5,9)	5	(29,4)	3	(17,6)	4	(23,5)	7	(38,9)	14	(77,8)
1	1	(5,9)	2	(11,8)	-	-	3	(17,6)	8	(44,4)	4	(22,2)
2	2	(11,8)	1	(5,9)	2	(11,8)	3	(17,6)	3	(16,7)		
3	-	-	2	(11,8)	1	(5,9)	1	(5,9)	-	-		
4	2	(11,8)	-	-	2	(11,8)	1	(5,9)				
5	1	(5,9)	2	(11,8)	5	(29,4)	-	-				
6	2	(11,8)	2	(11,8)	4	(23,5)	2	(11,8)				
7	5	(29,4)	1	(5,9)			-	-				
8	3	(17,7)	2	(11,8)			1	(5,9)				
9							2	(11,8)				
Total	17	(100)	17	(100)	17	(100)	17	(100)	18	(100)	18	(100)

* Chaque catégorie d'activités contient un certain nombre d'activités qui vont de 0 à 9. Le détail de ces activités apparaît à l'annexe C-6.

Tableau 4: Répartition des clients par catégories d'activités, selon le degré de perte d'autonomie

Catégorie d'activité Perte d'autonomie	AVD	AVQ	Mobilité	Aptitudes intellectuelles	Communication	Élimination (urinaire & fécale)
. aucune	(5,9)	(29,4)	(17,6)	(23,5)	(38,9)	(77,8)
. légère	(29,4)	(41,2)	(5,9)	(35,3)	(38,9)	-
. moyenne	(29,4)	(17,6)	(29,4)	(11,8)	(22,2)	(22,2)
. sévère	(35,3)	(11,8)	(47,1)	(29,4)	-	-
TOTAL	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)

Tableau 5: Répartition des clients éprouvant des difficultés d'exécution dans une ou plusieurs catégories d'activités

NOMBRE DE CATÉGORIES	ÉVALUATION INITIALE	
	Nombre de bénéficiaires	%
1 catégorie	1	(5,9)
2 catégories	1	(5,9)
3 catégories	4	(23,5)
4 catégories	3	(17,6)
5 catégories	6	(35,3)
6 catégories	2	(11,8)
TOTAL	17	(100)

Tableau 6: Répartition des clients selon leurs besoins pour la prise de leur(s) médicament(s)

Besoins	%
Prennent seuls leurs médicaments, de façon adéquate	(38,8)
Ont besoin de surveillance	(16,6)
Prennent leurs médicaments s'ils ont été préparés à l'avance	(16,6)
On doit leur apporter les médicaments en temps opportun	(22,2)
Prennent seuls leurs médicaments, mais de façon inadéquate	(5,5)
TOTAL	(100)

En résumé, les données sur la clientèle font ressortir que 100% de la clientèle vivait à domicile, qu'elle désirait y être traitée et résidait sur le territoire du CLSC Ste-Foy/Sillery. La clientèle est décrite comme étant polypathologique (2,7 diagnostics/client et 6,7 problèmes/client); elle a des pertes d'autonomie allant de légère à sévère pour plusieurs catégories d'activités, et ce, de façon concomitante. Ces informations et les autres présentées dans ce chapitre sont concordantes avec le profil "théorique" de la clientèle visée et soutiennent bien l'idée que cette clientèle a avantage à bénéficier de l'expertise de plusieurs professionnels, dont les médecins de famille, pour assurer sa prise en charge.

Tableau 7: Évolution de l'autonomie fonctionnelle des clients selon le type d'activités et l'état de santé

Activités \ État de santé	AVD		AVQ		Mobilité		Aptitudes intellectuelles		Communication		Élimination (urinaire & fécale)		Médicaments	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Stabilisation	6	(35,3)	11	(64,7)	12	(70,6)	8	(47,1)	15	(83,3)	17	(94,4)	14	(82,3)
Amélioration	5	(29,4)	3	(17,6)	3	(17,6)	1	(5,9)	1	(5,6)	1	(5,6)	2	(11,8)
Détérioration	3	(17,6)	3	(17,6)	1	(5,9)	6	(35,3)	2	(11,1)	-	-	1	(5,9)
Amélioration pour certaines activités et détérioration pour d'autres	3	(17,6)	-	-	1	(5,9)	2	(11,8)	-	-	-	-	-	-
TOTAL	17	(100)	17	(100)	17	(100)	17	(100)	18	(100)	18	(100)	17	(100)

CHAPITRE 4 : UTILISATION DES RESSOURCES ET DISPENSATION DES SERVICES

Ce chapitre aborde les ressources ayant été utilisées et les services dispensés, en vue d'assurer la prise en charge de la clientèle décrite au chapitre précédent. Les principaux éléments abordés sont les suivants: une description des ressources et des services, à partir des données extraites de la "grille d'évaluation des personnes en perte d'autonomie sévère" et du "plan de services individualisé" (données complètes pour 18 bénéficiaires), et une description plus spécifique en ce qui a trait à l'implication des médecins de famille et du réseau de support naturel.

Le fonctionnement en équipe interdisciplinaire supposait, au préalable la "reconnaissance, par les intervenants, des compétences complémentaires des intervenants des autres disciplines", "le partage de l'information suite à l'évaluation de la situation du client" et "la mise en commun de l'expertise pour la planification en équipe" (Pronovost-Tremblay et Jinchereau, 1986). Afin de le mettre en pratique, différentes modalités avaient été prévues: mise en place de conférences de cas, élaboration d'un plan de services individualisé et implication de tous les intervenants devant intervenir dans le suivi à domicile des personnes en perte d'autonomie sévère.

L'élaboration d'un plan de services individualisé a permis de recentrer les services sur la personne et ses besoins, de fixer des objectifs "atteignables" pour chaque action et de gérer le suivi. De plus, il a permis de déterminer une philosophie d'intervention commune ainsi que l'intervenant ou les intervenants les plus adéquats dans l'actualisation des actions à engager.

Le plan de services individualisé fournit en outre de l'information qui permet de comprendre le processus de dispensation des services, à travers les différentes interventions produites pour répondre aux besoins de services des clients. Il procure également de l'information sur l'utilisation des ressources et des services.

4.1 La description de la dispensation de services et de l'utilisation des ressources

L'analyse des données du plan de services individualisé révèle que, lors de l'évaluation initiale, 70,3% des problèmes, 62% des objectifs et 60,3% des actions ont été identifiés. Ces données démontrent donc l'importance de l'évaluation initiale, car c'est à ce moment que l'on doit cerner les problèmes majeurs.

À cette occasion, les délais, établis selon des cotes prédéterminées variant entre une semaine et plus de trois mois, sont identifiés et indiquent le temps requis pour réaliser les actions permettant d'atteindre le ou les objectif(s) identifié(s) pour chaque client. On observe que pour l'atteinte des objectifs (information complète pour 84 des 121 objectifs), 34,5% des délais se situent à trois mois et plus et 25% à deux semaines et que pour les actions (information complète pour 117 des 174 actions), 46,2% des délais se situent à trois mois et plus et 24,8% à trois semaines.

L'élaboration du plan de services individualisé ne comportait aucun délai, dans la mesure où un "temps d'élaboration" était déterminé à l'intérieur même de chacune des rencontres d'équipe; ce dernier était transmis aux intervenants impliqués au cours de la semaine qui suivait. Pour la révision du plan de services, il avait été entendu, pour fins de recherche, qu'au cours des trois premiers mois du suivi, les révisions se dérouleraient à tous les mois; dans les faits, elles ont eu lieu, en moyenne, aux quatre à six semaines. L'analyse démontre (pour 45 des 49 bénéficiaires) que 62,2% des bénéficiaires ont eu trois réévaluations et moins, 26,7% des bénéficiaires ont eu entre 4 et 6 réévaluations et 11,1% ont eu plus de 6 réévaluations (pour plus de détails, cf. annexe C-7). Il faut mentionner qu'au cours des trois premiers mois, l'utilisation du plan de services individualisé a évolué. En ce sens, des révisions plus rapprochées, au cours de cette période s'avéraient fondées; par la suite, ces dernières pouvaient être espacées et adaptées à la dynamique propre de chacun des clients.

Dans le plan de services individualisé, chacun des objectifs et des actions a fait l'objet d'une forme de pondération permettant de vérifier leur degré d'atteinte. On observe, en ce qui concerne les objectifs (information pour 91 des 121 objectifs, totalisant 135 résultats) que 47,4% furent atteints, dont 26,6% maintenus dans le temps, 48,9% étaient en cours de réalisation et 3% non atteints. En ce qui concerne les actions (information pour 141 des 174 actions, totalisant 153 résultats) que 66,7% furent réalisées, dont 41,2% furent maintenues dans le temps, 22% étaient en cours de réalisation et 9,8% non réalisées.

Un ou plusieurs intervenants pouvaient réaliser les actions nécessaires pour répondre aux besoins de la clientèle cible. L'analyse des données montrent que 73,6% des actions sont effectuées par un seul intervenant, les principaux étant le travailleur social et le médecin dans des proportions respectives de 29,3% et 26,3%; 26,4% par une combinaison de deux, trois ou quatre intervenants, dans des proportions respectives de 20,4%, 4,8% et 1,2% (cf. annexe C-8). Plusieurs catégories professionnelles et combinaisons de ressources ont été impliquées dans la prise en charge de la clientèle cible. Les ressources ont été regroupées en six catégories: ressources de maintien à domicile, ressources communautaires, médecins de famille, médecins spécialistes, ressources gériatriques, ressources de soins de courte durée et autres ressources (cf. tableau 8). De cet ensemble, trois types d'intervenants ressortent: les médecins de famille, les travailleurs sociaux et les infirmières. Le tableau 8 démontre que certaines ressources utilisées sont présentes tout au long de la prise en charge de la clientèle en perte d'autonomie sévère. Il s'agit des médecins de famille, des ressources de maintien à domicile et des ressources communautaires. Ces ressources pourraient être qualifiées de "ressources de base" par rapport à des ressources complémentaires utilisées selon les besoins spécifiques de chacun des bénéficiaires. De plus, il faut remarquer que ces bénéficiaires utilisent plusieurs ressources simultanément.

Tableau 8: Proportion de personnes ayant utilisé au moins 1 fois chacune des catégories de ressources

Catégories de ressources	Avant l'évaluation (18/18)	Lors de l'évaluation (16/18*)	Après l'évaluation (13/18*)
1) Ressources de MAD: - auxiliaires familiales - infirmières - intervenants sociaux - ressources de réadaptation (ergothérapeute et physiothérapeute) - SIMAD	(50,0) (61,1) (72,2) (11,2) (16,7)	(62,5) (62,5) (81,3) (12,5) (12,5)	(61,5) (46,2) (92,3) (7,9) -
2) Ressources communautaires: - bénévoles - popotes roulantes	(38,9) (5,6)	(43,8) -	(30,8) -
3) Médecins de famille: - UMF - Cabinets privés	(100)	(88,8)	(72,2)
4) Médecins spécialistes: - neurologue - psychiatre - cardiologue - endocrinologue - orthopédiste - chirurgien - oncologue - ophtalmologiste	(55,6)	(22,2)	(11,1)
5) Ressources gériatriques: - hôpital de jour - unité de courte durée gériatrique - psycho-gériatrie - consultation gériatrique	(5,6) (5,6) (16,7) -	- - - -	- - (7,7) -
6) Ressources de soins de courte durée: - hôpital général	(16,7)	(6,3)	-
7) Autres ressources: - centre de jour - centre de réadaptation	(5,6) (5,6)	(6,3) -	(15,4) -

* Deux clients hospitalisés

** Données de cinq bénéficiaires non disponibles ou non utilisables, car clients décédés: suivis moins de 3 mois, hospitalisés

88

4.2 L'implication de médecins de famille

L'implication de médecins de famille constituait une des caractéristiques originales de ce "programme de suivi à domicile pour des personnes en perte d'autonomie sévère".

L'importance du soutien médical a d'ailleurs été soulignée de façon explicite par le MAS dans sa politique à l'égard des personnes âgées:

... l'amélioration des services aux personnes âgées dans sa dimension de continuité de soins et de services passe par les liens à renforcer entre les médecins de pratique privée et les ressources du réseau des Affaires sociales (MAS, 1985).

Différents médecins font ressortir l'importance de l'implication des médecins dans la prise en charge d'une clientèle en perte d'autonomie sévère.

Le Dr Arcand (1982) fait ressortir que:

- 1) l'accroissement extrêmement rapide de la population âgée du Québec influencera significativement les pratiques médicales actuelles et qu'il y aura sûrement plus de clients qui réclameront des visites à domicile,
- 2) la naissance de différents programmes signifie que le médecin n'est plus seul à s'occuper du malade âgé et qu'un travail d'équipe représentera de plus en plus la pratique de l'avenir dans ce domaine.

Le Dr Bougard (1987) pour sa part signale que:

De par sa polyvalence, l'omnipraticien est un intervenant de premier plan dans l'évaluation à domicile des patients âgés. Polyvalence ne signifie pas omnivalence et, dans l'approche des malades aux multiples problèmes, dont l'équilibre est précaire, il y a avantage à faire entrer en jeu plusieurs disciplines (p. 30).

Le Dr Dutil (1987) fait ressortir très clairement que de nouvelles approches (globalité - travail en équipe multidisciplinaire - continuité des soins - évaluations formelles - maintien à domicile, etc.) doivent être mises en place et qu'en ce sens "un cadre puisse être mis en place afin de permettre aux médecins d'être membres à part entière des équipes multidisciplinaires". Il ajoute qu'il lui semble "essentiel que s'établisse une meilleure articulation entre les médecins du réseau privé et les intervenants du réseau public, médecins et autres professionnels".

Tout comme le Dr Dutil, le Dr Belliveau (1987) amène l'idée du type de rémunération à mettre en place afin que les médecins puissent effectuer du suivi à domicile. Les deux soutiennent, à l'instar de la FMOQ que sans "abandonner le mode de rémunération à l'acte", on puisse "l'adapter pour permettre le travail multidisciplinaire à domicile".

Enfin, un rapport de recherche récent (1989) fait ressortir que sur 52 omnipraticiens auxquels fut soumis le problème de la prise en charge de la personne âgée en perte d'autonomie, 46 d'entre eux ont exprimé des difficultés, pour un total de 155 difficultés, soit en moyenne 3,3 difficultés par omnipraticien. Chez ces omnipraticiens, 48,8% de toutes les difficultés se sont concentrées dans la catégorie "relations du médecin avec le réseau et les différents intervenants" (cf. annexe C-9).

Ces informations démontrent donc, autant en théorie qu'en pratique, l'importance de l'implication du médecin de famille dans le suivi à domicile de personnes en perte d'autonomie sévère, et ce, dans un suivi conjoint avec les autres partenaires que sont les ressources d'aides, de soins et de soutien à domicile.

Dans le cadre du projet jusqu'à 12 médecins de famille ont participé activement aux conférences de cas répartis comme suit: sept des UMF, deux provenant de cabinets privés de façon assidue et trois autres médecins de famille pratiquant en cabinets privés, à l'occasion.

Afin de connaître, approximativement, le "temps" qu'investissait un médecin de famille pour le suivi d'un bénéficiaire en perte d'autonomie sévère, une "grille" de données concernant les activités des médecins de famille a été élaborée (cf. annexe B-2). Cette dernière touchait six thèmes: le temps clinique, le support au réseau naturel, les interactions avec les intervenants, les conférences de cas, le médico-administratif et le déplacement. Six médecins de famille l'ont complétée pour 14 des 49 bénéficiaires au cours des trois premiers mois de prise en charge (cf. annexe C-10). Ces données ont ensuite été projetées sur l'année pour établir le "temps moyen annuel" requis pour le suivi d'un bénéficiaire en perte d'autonomie sévère. Puis ces projections ont été validées par un certain nombre de médecins ayant une pratique similaire. Le tableau 9 rassemble ces estimations moyennes de temps qui sont jugées réalistes par tous les médecins ayant participé au projet, de même que par ceux qui les ont validées.

Il est intéressant de faire ressortir qu'à l'intérieur même des activités accomplies par le médecin de famille, se retrouvent deux catégories d'activités. Une première constituée d'activités dites "statutaires" auxquelles le médecin de famille ne peut se soustraire et où un "temps moyen" de 405 minutes est estimé pour les activités suivantes: évaluation clinique de base, présentation aux conférences de cas et temps médico-administratif relié à l'évaluation clinique de base et une deuxième constituée des autres activités dites "facultatives" où le cumul de temps peut varier selon l'état de santé du bénéficiaire, le lieu géographique, etc. (660 minutes).

Tableau 9: Temps moyen requis pour chaque bénéficiaire par médecin, sur une base annuelle

Activités	Temps moyen
1) Temps clinique .évaluation .suivi	120 min.* (2 visites de 60 min. chacune) 235 min.**
2) Temps support au réseau naturel	110 min.** (rencontre ou suivi téléphonique)
3) Temps avec autres intervenants	70 min.** (suivi téléphonique)
4) Temps "conférence de cas" .lère évaluation .réévaluation	90 min.* 135 min.*
5) Temps médico-administratif . évaluation . réévaluation	60 min.* (évaluation de base) 85 min.** (suivi)
6) Temps de déplacement	environ 160 min.** (variable selon les secteurs géographiques)
TOTAL	1 065 min.

* activités statutaires

** activités facultatives

4.3 Les aidants naturels

La présence des aidants naturels, ou pour le moins, l'importance d'en tenir compte dans le suivi d'un bénéficiaire en perte d'autonomie sévère, était une préoccupation de base des intervenants dès l'origine du projet. En ce sens, ils s'assuraient qu'un ou des membres du réseau de support naturel soient partie prenante, soit par des rencontres, des appels téléphoniques ou, à l'occasion, en étant intégré à la discussion de cas.

Afin de documenter le processus de prise en charge par le réseau de support naturel, principalement la famille, et considérer son appréciation du "programme", un schéma d'entrevue (cf. annexe B-3) a été élaboré. Une demi-douzaine d'entrevues ont été effectuées à partir d'une sélection des dossiers actifs en 1989, pour lesquels ils devaient y avoir la présence d'au moins un membre du réseau de support naturel. Les données sont présentées en trois blocs: 1) le profil du réseau naturel; 2) le type d'implication; 3) l'appréciation du "programme".

1) Le profil du réseau naturel

Le réseau naturel est composé autant d'hommes que de femmes; la moyenne d'âge se situe à 53,5 ans; les gens sont célibataires ou mariés et les liens avec le bénéficiaire sont fort divers: leur enfant; leur soeur; leurs parents ou même un étranger. Aucune de ces personnes ne demeure avec le bénéficiaire, mais tous demeurent très près de ce dernier (entre 1 et 8 km). La littérature (Lepage, 1989; Paquette, 1988 et Viens, 1988) donne une image quelque peu différente du profil du réseau naturel. De fait, on retrouve plus de femmes que d'hommes (¾ pour ¼); en général, ce sont les enfants qui s'occupent des parents et, la plupart du temps, ils cohabitent ensemble.

2) Le type d'implication

La fréquence à laquelle l'aidant visite l'aidé est très variable d'un individu à l'autre: ce peut-être d'une fois/sem. à 1 fois/mois, en ce qui a trait aux visites, et presque quotidiennement, en ce qui a trait au support téléphoni-

que. L'implication principale se situe au niveau de l'accompagnement pour certains déplacements, pour les emplettes, pour la gestion des affaires financières. Ce sont des activités qui ne demandent pas une présence quotidienne et régulière comme l'alimentation, les soins hygiéniques, le ménage, etc., lesquelles activités sont particulièrement prises en charge par les ressources formelles et par les groupes communautaires. Il faut signaler que la fréquence de l'implication est influencée grandement par le fait que les personnes formant le réseau naturel cohabitent ou non avec la personne aidée, de même que par le type d'aide accordée. De fait, les personnes formant le réseau naturel et ne demeurant pas avec la personne aidée, fournissent un type d'aide fort différent, du fait qu'ils travaillent à l'extérieur. Ces services sont davantage en périphérie des services offerts par un CLSC. De plus, leur engagement sur le marché du travail a une influence sur leur disponibilité.

3) L'appréciation du programme

L'appréciation du "programme" porte sur trois facettes: les services offerts, l'attitude des intervenants, et l'effet du "programme" au niveau de la personne soutenue.

De façon générale, les membres des réseaux de support naturel trouvent adéquats, suffisants, fréquents et accessibles les services offerts par le "programme"; ils trouvent les intervenants respectueux envers le bénéficiaire et eux-mêmes, disponibles, à l'écoute des besoins de l'un comme de l'autre. Les services reçus contribuent à soulager les aidants, à soutenir le bénéficiaire à domicile et répondent aux attentes de la majorité des personnes rencontrées. Selon ces personnes, si les services n'avaient pas été offerts, il se serait sûrement produit une plus grande détérioration de chacun des clients.

Une étude en cours dans la région de Québec, réalisée par une équipe du Centre de recherche sur les services communautaires à l'Université Laval, portant sur la relation aidant/aidé, dans le cadre des services de longue durée à domicile (SIMAD 2), va permettre de fournir un éclairage beaucoup plus substantiel sur l'apport des aidants naturels à la prise en charge d'une clientèle en perte d'autonomie sévère.

D'ores et déjà, cependant, des contacts établis avec des membres de cette équipe permettent de croire que le support fourni aux aidants naturels par des ressources, comme celles qui ont été utilisées dans le présent "programme", est de nature à améliorer l'acceptabilité de maintenir à domicile des personnes en perte d'autonomie sévère et, par conséquent, d'accroître la qualité des services offerts.

C H A P I T R E 5 : DISCUSSION SUR LES SOURCES D'ÉCART ET CERTAINS EFFETS DU PROGRAMME

Le chapitre 5 permet de discuter du degré de conformité du "programme" implanté avec celui prévu, à la fin de la période d'étude; par la suite, certains des effets de l'utilisation du "programme" seront présentés à partir du cadre d'analyse présenté au chapitre 1.

En mettant en relation les données présentées aux chapitres précédents (clientèle utilisatrice - utilisation des ressources et dispensation des services) avec les prévisions concernant la clientèle cible et les services à produire, on peut faire ressortir l'existence ou non de sources d'écarts et d'en préciser la nature.

5.1 Sources d'écart

La clientèle cible et la clientèle utilisatrice

À partir des données utilisées (caractéristiques de la clientèle - utilisation des ressources - dispensation des services), on peut observer qu'il n'y a pas d'écart entre la clientèle utilisatrice et la clientèle visée. De fait, la clientèle utilisatrice correspond à chacun des critères de sélection identifiés (cf. p. 21): ce sont des personnes demeurant à domicile, désirant y être traitées et résidant sur le territoire du CLSC Ste-Foy/Sillery (100%); âgées de 65 ans et plus dans une proportion de 65,3%; ayant des pertes d'autonomie plus ou moins sévères, dans plusieurs catégories d'activités, et utilisant un nombre de ressources et de services aussi multiples que variés. Il faut cependant mentionner que ces résultats ne sont pas étonnants dans la mesure où ce sont les intervenants qui avaient eux-mêmes identifié le profil de la clientèle qu'ils s'attendaient de retrouver dans le "programme".

Le "programme conçu" et le "programme implanté"

En choisissant de mettre en place un "programme de suivi à domicile pour des personnes en perte d'autonomie sévère", les protagonistes de ce projet désiraient résoudre des problèmes de divers ordres: communication et concertation; écart entre la formation, les habilités des intervenants et les besoins de la clientèle; disponibilité réduite des ressources; problèmes reliés à la continuité des services.

Les problèmes reliés à la communication et à la concertation (complémentarité des interventions) ont été résolus, sinon dans leur totalité, du moins en grande partie. Les solutions mises en place pour résoudre ces deux problèmes sont de divers ordres. L'identification de la nécessité d'une approche globale a été déterminante dans le sens où, de celle-ci, a découlé la nécessité de faire participer tous les intervenants ayant quelque lien que ce soit avec le bénéficiaire. Un processus (conférence de cas, instruments de travail communs) a été mis en place afin de faciliter les rencontres et susciter les échanges entre les divers intervenants. Un instrument central, le plan de services individualisé, a permis d'identifier, entre autres, qui fait quoi, de s'entendre sur une philosophie d'intervention, d'identifier des actions concertées et complémentaires, de même que des résultats reconnus en équipe pour chaque bénéficiaire. Tous ces moyens avaient pour but de faciliter la communication et la concertation.

L'écart entre la formation, les habilités des intervenants et les besoins de la clientèle (adaptabilité), a été nettement réduit. On peut penser que l'adéquation entre les habilités des intervenants et les besoins des clients, sous l'angle de l'adaptabilité et de l'acceptabilité, est meilleure qu'avant l'implantation du "programme". Le fait que tous les intervenants concernés par un bénéficiaire participaient à la conférence de cas a permis à ces derniers de mieux comprendre la problématique spécifique de chaque client et de mieux adapter les ressources aux besoins. L'introduction d'un plan de services individualisé, en élargissant la compréhension qu'on a des besoins des clients, permettait aux intervenants de discuter du type d'actions ou d'interventions le plus adapté. Indirectement, les conférences de cas ont constitué

une occasion de "formation", dans le sens où les intervenants, par leurs expertises variées et leurs expériences, se transmettaient mutuellement une partie de leurs connaissances, de leur savoir, et ce, pour le plus grand bien des clients. Tous ces éléments ont donc contribué à améliorer les habilités des intervenants face à une clientèle en perte d'autonomie sévère, qu'ils avaient du mal à suivre adéquatement auparavant.

Compte tenu que l'adaptabilité des ressources et la complémentarité des interventions se sont améliorées, on peut penser que la continuité des services en sera d'autant améliorée. Premièrement, à l'intérieur même du CLSC, on peut constater que les intervenants (infirmières - travailleurs sociaux - auxiliaires familiales - ergothérapeutes, etc.) connaissent davantage leurs responsabilités respectives et que conséquemment, ils sont en mesure de mieux utiliser les compétences de chacun, en fonction de la problématique du client. Deuxièmement, des liens privilégiés se sont développés entre les intervenants du CLSC et les intervenants oeuvrant à l'extérieur du CLSC, particulièrement les médecins de famille; ce rapprochement s'étant effectué surtout grâce aux conférences de cas. Effectivement, d'autres acteurs ont été impliqués quand c'était nécessaire, ce qui peut produire des effets d'entraînement dans le système. D'autres rencontres ont eu lieu avec divers organismes ou établissements afin de connaître ce que font certains d'entre eux et de déterminer qui fait quoi et de clarifier les zones grises, comme, une rencontre avec des représentants du Programme d'évaluation et de coordination des admissions (PECA), l'équipe de psychogériatrie, etc. Selon les témoignages de plusieurs intervenants, tant du CLSC que des autres ressources sur le territoire, l'influence positive de l'approche préconisée par l'équipe du "programme" est de nature à favoriser la continuité des services dans la mesure où l'on reconnaît l'importance d'un travail interdisciplinaire et d'interventions complémentaires.

5.2 Certains effets du programme

Les informations de base, en ce qui a trait à certains effets, sont tirées entre autres d'un questionnaire soumis aux intervenants, qui y ont répondu

individuellement et par groupe d'intervenants (médecin de famille - coordonnateurs - travailleurs sociaux - infirmières et auxiliaires familiales) (cf. annexe B-4). Compte tenu que le travail s'est fait de façon interdisciplinaire, les réponses sont présentées sous cette forme. Le contenu par groupe d'intervenants est présenté à l'annexe C-11.

Même s'il est difficile de dégager des effets directs du "programme" sur le groupe bénéficiaire-famille, il reste quand même possible de façon indirecte, de dégager certains effets du "programme", en analysant les données sur "l'intervenant face à sa relation avec le bénéficiaire", à partir des perceptions des acteurs concernés par le "programme".

Premièrement, il faut mentionner que le travail en équipe et les échanges de toute nature entre les intervenants ont favorisé le développement d'une approche globale, pour prendre en compte l'évaluation de chaque bénéficiaire. Ainsi, partant d'une approche disciplinaire du client, on en est venu progressivement à élargir la compréhension qu'avait chacun des intervenants de la situation vécue par chaque groupe bénéficiaire. Cette ouverture a ainsi permis, de l'avis de tous, d'améliorer la réponse aux besoins du groupe bénéficiaire-famille qui, jusqu'alors, était laissé un peu pour compte dans le système. Deuxièmement, l'application de l'interdisciplinarité, qui s'est effectuée notamment à l'occasion de conférences de cas périodiques et de l'utilisation du plan de services individualisé, a permis de développer la complémentarité (clarification des rôles - partage des tâches - alternance des visites - répartition du temps) et de mieux orienter, déterminer et prioriser les actions à entreprendre auprès du groupe bénéficiaire-famille. Finalement, le "programme" a permis de développer des attitudes qui apparaissent plus adaptées à la réalité du groupe bénéficiaire-famille (amélioration de l'écoute - plus grande attention). On peut donc penser que le groupe bénéficiaire-famille a retiré des avantages de ce "programme" en bénéficiant d'une prise en charge plus globale, les intervenants ayant développé des habilités en ce sens. En dernier lieu, il est intéressant de signaler que les intervenants ont perçu une diminution de l'anxiété, une plus grande sécurité et une plus grande responsabilisation de la part du groupe bénéficiaire-famille, qu'on aurait aimé cependant impliquer davantage dans la discussion de cas.

Les intervenants savent fort bien que dans la perspective du maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie sévère, que l'implication du réseau de support naturel prend une place de plus en plus grande. À défaut d'avoir intégré le réseau de support naturel aux conférences de cas, il n'en reste pas moins que ce dernier était informé du fruit de la rencontre en équipe soit par des rencontres avec les intervenants ou par des appels téléphoniques. Le fait de se roder à travailler ensemble est déjà un grand défi à relever, l'implication du réseau de support aux conférences de cas saura sûrement être une réalité suite au rodage du travail en équipe interdisciplinaire. D'ailleurs, des informations récentes vont dans ce sens.

En plus de ce qui vient d'être mentionné, chaque intervenant a retiré des avantages du "programme" tant "face à lui-même", que "face à ses collègues". Face à lui-même, on peut dégager qu'il se sentait plus efficace et sûr de lui-même. Au plan des acquisitions professionnelles, chaque intervenant a le sentiment d'avoir élargi son vocabulaire, d'avoir assimilé l'approche globale et d'avoir acquis ou développé des capacités à travailler en équipe interdisciplinaire. Face à ses collègues, il a observé une diminution des barrières professionnelles (meilleure connaissance du travail de l'autre), une augmentation des communications et des collaborations, une augmentation de sa connaissance des ressources existantes.

Quant au réseau de soins et de services, les effets (ou avantages) peuvent se résumer ainsi: meilleure utilisation des ressources, accélération des démarches d'évaluation et d'orientation, économies de ressources, amélioration de la cohésion des interventions.

Les derniers effets qui se dégagent de cette étude peuvent être qualifiés d'effets non prévus et peuvent se résumer ainsi:

- la reconnaissance unanime de l'importance du rôle des auxiliaires familiales,
- le transfert des acquis de ce "programme" aux autres clientèles desservies par les intervenants,

- le réflexe qu'ont maintenant les intervenants sociaux de penser "santé" et les intervenants santé de penser "social",
- les intervenants tant internes qu'externes exposés au "programme" servent d'agent multiplicateur autant dans leur milieu respectif qu'à l'extérieur.

Avant de clore ce chapitre, on peut se questionner sur la répliquabilité du "programme". Pour répondre à cette question, il est intéressant d'analyser les données recueillies auprès des intervenants, qui renvoient à trois questions spécifiques: quelles sont les forces, les faiblesses et les perspectives d'avenir d'un tel "programme"? Les principales données sont ici présentées dans les grandes lignes (pour plus de détails cf. annexe C-11).

On pourrait résumer les forces en disant que le "programme", par la concertation des intervenants, améliore l'intégration des services, qui sont mieux adaptés pour chaque client. Le "programme" procure un meilleur support aux intervenants et augmente globalement et individuellement la compétence des ressources, notamment à cause d'une mise en commun des connaissances et du partage des habilités.

En ce qui concerne les limites plus que les faiblesses, on peut faire ressortir la difficulté d'impliquer des médecins pratiquant en cabinets privés, compte tenu du mode de rémunération peu adapté à la prise en charge de ce genre de clientèle. En contrepartie, il faut toutefois se demander, dans la mesure où les médecins peuvent participer au "programme", si les ressources du CLSC pourraient répondre aux demandes supplémentaires reliées à cette implication. De la même façon, on peut se demander si l'ouverture de "l'équipe de base" de suivi à domicile à des acteurs extérieurs, comme d'autres ressources ou partenaires du réseau ou des membres des réseaux de support, tout en étant fortement souhaitée et souhaitable, est toujours réaliste dans un contexte de rareté de ressources. Ici c'est la capacité d'intégration, de même que la capacité de gérer l'accroissement des demandes, qui est questionnée. Tout est question d'équilibre et cet équilibre est difficile autant à trouver qu'à maintenir.

En prospective, cependant, tous sont d'accord pour dire que ce type de "programme" devrait se poursuivre mais à certaines conditions, parmi lesquelles on peut suggérer:

- 1) que le temps de préparation et de participation aux conférences de cas soit intégré dans les tâches régulières,
- 2) que la structure d'animation actuelle soit maintenue, si on veut passer au travers de chacune des étapes que commande l'élaboration d'un plan de services individualisé,
- 3) que d'autres médecins de famille puissent se joindre au "programme".

Les résultats de l'évaluation montrent donc une transformation des rapports entre les intervenants (plus grande interdisciplinarité), des effets positifs sur le groupe bénéficiaire-famille, les intervenants eux-mêmes et les autres ressources, du système de soins et de services, et, enfin, une amélioration de l'accès aux services de la prise en charge d'une clientèle en perte d'autonomie sévère (réponse plus adaptée et plus efficace aux besoins de services - gestion continue du suivi - complémentarité des interventions).

CONCLUSION

Le problème posé initialement était celui de la difficulté à assurer une prise en charge et un suivi adapté pour une clientèle polypathologique en perte d'autonomie sévère, nécessitant plusieurs intervenants de diverses disciplines et demandant beaucoup de support de son réseau naturel. Répondre aux besoins de cette clientèle toujours croissante dans le réseau, impliquait une adaptation des pratiques tant au niveau des modes d'allocations (intrants), des modes de dispensation des services (extrants) que des réorientations de pratique (interdisciplinarité et complémentarité).

Concrètement, l'implication de médecins de famille au suivi à domicile, l'application de l'interdisciplinarité et l'utilisation d'outils communs, spécifiquement un plan de services individualisé, ont contribué à résorber, en grande partie, les problèmes identifiés.

L'analyse des données (chapitres 3-4-5) révèle, de façon générale, peu de sources d'écart entre le "programme conçu" et le "programme implanté". De fait, le "programme" a démontré sa capacité à supporter la prise en charge des personnes identifiées comme étant des personnes en perte d'autonomie sévère. La clientèle utilisatrice rejoint également la clientèle cible et il semble y avoir adéquation entre les services offerts et les besoins de la clientèle.

Toutefois certains objectifs n'ont pu être atteints, notamment l'augmentation du "pool" de médecins de famille. De fait, le mode de rémunération à l'acte, étant peu adapté au genre d'activités exigées par le "programme", ne facilite pas l'implication des médecins de famille. Comme l'indique la littérature consultée (cf. section 4.2), il apparaît essentiel de se pencher sur cette question. En ce sens, les promoteurs du projet ont fait des démarches auprès du MSSS, de l'AMOQ et de la FMOQ afin de faire connaître le projet, d'en démontrer l'importance et de trouver une solution à cette situation.

Dans un contexte d'implantation, on n'a pas, par ailleurs, toujours pu accorder autant d'intensité qu'on aurait souhaité à tous les aspects du "programme". Ainsi, en ce qui concerne l'implication des aidants naturels aux conférences de cas, elle a été plutôt discrète. Cependant, une fois la période de rodage terminée, les intervenants ont décidé d'ouvrir davantage à ce niveau et d'inviter des membres du réseau naturel à participer aux conférences de cas, le plus régulièrement possible. Des informations récentes obtenues des membres de l'équipe de suivi à domicile du CLSC indiquent que l'intégration du groupe bénéficiaire-famille est maintenant une réalité.

Dans l'éventualité où un autre établissement désirerait reproduire en quelque sorte une démarche similaire à celle développée dans ce projet, un certain nombre de "conditions préalables" devraient être prises en considération. On peut les résumer comme suit:

- . la reconnaissance d'un problème à résoudre;
- . le désir et la volonté d'agir sur le mode de pratique;
- . l'importance de placer le client au centre des préoccupations;
- . l'acceptation d'y consacrer du temps;
- . l'interaction constante entre l'analyse et l'action;
- . le respect du rythme d'intégration du changement;
- . l'appropriation, par les intervenants, de la démarche et des outils.

À cela s'ajoute la présence d'un contexte favorable ("timing" - intérêt convergent des intervenants - réponse à un besoin réel...) et le degré d'adhésion des différents acteurs concernés (établissements - intervenants, etc.). Si toutes ces conditions sont réunies, les probabilités d'adopter une logique de résultats pour chaque client, de fonctionner en équipe interdisciplinaire et de développer des interventions complémentaires sont nettement accrues. Ce n'est d'ailleurs qu'à ces conditions qu'on peut envisager d'agir sur les modes de pratiques et sur ce qu'on pourrait appeler "la culture des services".

En définitive, toute l'information produite par l'évaluation a permis aux intervenants du CLSC et aux médecins impliqués, de mieux cerner leur champ de responsabilité professionnelle et de compétence et de rendre leurs actions

plus complémentaires et plus efficaces. L'évaluation a permis également de rétroagir et d'effectuer des ajustements en cours d'intervention.

Les résultats de l'évaluation mettent par ailleurs en évidence l'interdépendance et les interrelations nécessaires entre les ressources d'aide et de soins à domicile du CLSC, les médecins et les ressources externes institutionnelles ou communautaires. Il semble que les changements observés dans cette évaluation vont dans le sens d'une intégration et d'une utilisation plus adéquate des différentes ressources et des différents services, qui peuvent être requis pour répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie sévère.

Cette évaluation a aussi été l'occasion d'une réflexion sur des situations ou des conditions qui peuvent être plus ou moins favorables au développement d'un programme de suivi à domicile, de même qu'à l'intégration des ressources. Il ressort de cette réflexion que le développement de mécanismes de concertation intra et inter ressources, visant des clientèles en perte d'autonomie sévère, et que le décloisonnement des différentes ressources de maintien à domicile pourraient être favorables à la consolidation d'un réseau de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie. De plus, les résultats de l'évaluation suggèrent que, compte tenu de l'ampleur et de la diversité des besoins des clientèles admissibles au "programme", de la disponibilité des ressources d'aide formelles ou informelles, il apparaît souhaitable de faire preuve de souplesse dans l'organisation des services et de s'assurer de leur complémentarité avec les ressources communautaires et celles des réseaux de support.

Même si le "programme" a évolué depuis la réalisation de cette évaluation, il est permis de croire, selon des informations récentes, obtenues de membres de l'équipe de soins et d'aide à domicile du CLSC Ste-Foy/Sillery, que le portrait des clientèles et de l'utilisation du "programme de suivi à domicile" conserve toute son actualité, de même que les résultats sur les effets du "programme". Il s'agit d'effets qui reflètent des changements qui étaient en cours et qui sont susceptibles de se maintenir dans le temps. Tout porte à croire finalement que les conclusions de cette évaluation pourront aussi être utiles pour l'implantation d'autres programmes comparables.

R É F É R E N C E S

- ARCAND, M. (1982). "La visite à domicile en gériatrie: une pratique à revaloriser" L'Actualité médicale, 17 novembre, p. 30-31.
- ASSELIN, Y. (1986). Programme de suivi à domicile pour le secteur desservi par le Centre de services communautaires de Ste-Foy/Sillery, Document de travail, DSC-CHUL, 7 p.
- BEAUDRY, J. (1984). "L'évaluation des programmes" dans Gauthier, B. (Ed.) Recherche sociale, de la problématique à la collecte des données, Québec, Presses de l'Université du Québec, Québec, p. 391-415.
- BÉLAND, F. (1987). "Identifying profiles of services requirements in a non-institutionalized elderly population", J. Chron Dis, vol. 40, no 1.
- BELLIVEAU, F. (1987). "La personne âgée en perte d'autonomie; résultats d'un projet pilote de visites à domicile" Le Médecin du Québec, avril, p. 115-117.
- BERGERON, R.; RACINE, P. (1988). "Le maintien à domicile de personnes en perte d'autonomie sévère: une réalité qui se gère" Société québécoise de gériatrie, avril, Sherbrooke.
- BERGERON, R.; RACINE, P. et al. (1992). "Maintien à domicile: le rôle-clé de l'omnipraticien dans une équipe interdisciplinaire" (article soumis pour publication dans la revue L'Union médicale du Canada).
- BOUGARD, J. (1987). "La visite médicale à domicile" Le Médecin du Québec, avril, p. 29-35.

- DURAND, P.J. (1986). Rehaussement des services de l'unité de courte durée gériatrique du CHUL et développement d'un hôpital de jour gériatrique Document de travail, CHUL.
- DUTIL, R. (1987). "Gériatrie, des politiques à établir" Le Médecin du Québec, avril, p. 13-14.
- GAUTHIER, B. (1984). "La recherche-action" dans Gauthier, B. (Ed.) Recherche sociale: De la problématique à la collecte de données, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 453-463.
- JOUBERT, P.; RACINE, P. (1990). "La contribution de l'évaluation à une gestion individualisée de personnes en perte d'autonomie sévère suivies à domicile" Société canadienne d'évaluation, mai, Toronto.
- KING, J.A.; MORRIS, L.L.; FITZ-GIBBON, C.T. (1988). How to Assess Program Implementation, 143 p.
- KIRESUCK, T.J. (1973). "Goal Attainment Scaling at a County Mental Health Service". Evaluation, 1 (1): 12-18.
- KIRESUCK, T.J. et LUND, S.H. (1975). "Process and Outcome Measurement Using Goal Attainment Scaling" in Jack Zusman and Cecil R. Wurstu (eds), Program Evaluation: Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Services. Lexington, Mass., 1975, p. 213-228.
- KIRESUCK, T.J. et LUND, S.H. (1978). "Goal Attainment Scaling. In Attkisson et al. Evaluation of human service programs, New York, Academic Press (Ed.), p. 341-368.
- LAVOIE, M.; ROY, G. (1986). Programme de suivi à domicile pour le secteur desservi par le Centre de services communautaires Ste-Foy/Sillery, Document de travail, 26 p.

LECLÈRE, H. et coll. (1989). Nature des difficultés de la pratique médicale: les omnipraticiens s'expriment; Québec.

LEMAY, L., GRÉGOIRE L. et coll. (1990). Évaluation de l'implantation du centre de jour itinérant de la MRC de Portneuf Québec, DSC-CHUL, 63 p.

LEMAY, L.; RACINE, P.; JOUBERT, P. (1987). "Évaluation de l'organisation des services de santé et surveillance de l'état de santé" ACFAS, mai, Ottawa.

LEPAGE, Linda (1989). Le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie: le fardeau des aidants principaux, le Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval, 100 p.

MAS (1985). Un nouvel âge à partager: politique du MAS à l'égard des personnes âgées, Québec, Direction des communications, 61 p.

MSSS (1987). Service ambulatoire de consultation gériatrique: Éléments de réflexion et d'orientation, Québec, 99 p.

PAQUETTE, Mario (1988). Le vécu des personnes soutien qui s'occupent d'une personne âgée en perte d'autonomie, DSC de Lanaudière, 173 p.

PATTON, M.Q. (1987). Utilization Focused Evaluation, 2nd Ed., Beverly Hills: Sage Publications, 368 p.

PENCHANSKY, R.; THOMAS, N. (1981). "The Concept of Access. Definition and Relationship to Consumer Satisfaction" Medical Care, XIX, p. 128.

PRONOVOST-TREMBLAY, L. et JINCHEREAU, F. (1986). "La multidisciplinarité, un concept à développer et à promouvoir!" Colloque AHQ, novembre, St-Hyacinthe.

- RACINE, P. (1988). Évaluation d'un programme de suivi à domicile pour des personnes en perte d'autonomie sévère résidant sur le territoire du CLSC Ste-Foy/Sillery, DSC-CHUL, janvier et avril (document de travail).
- RACINE, P. (1989). "La gestion de plans d'intervention pour des personnes âgées en perte d'autonomie sévère: l'utilisation d'une approche individuelle" Société québécoise de gériatrie, mars, Québec.
- RACINE, P. (1990). "Évaluation d'un programme de suivi à domicile pour des personnes en perte d'autonomie sévère" Colloque provincial MSSS-CRSSH, mai, Québec.
- RACINE, P.; GRÉGOIRE, L. (1989). Caractéristiques et estimations de besoins de la population âgée résidant sur le territoire du DSC-CHUL, DSC-CHUL, p. 3.
- RACINE, P.; JOUBERT, P. (1990^a). "L'évaluation et l'adaptation des pratiques auprès des personnes âgées en perte d'autonomie dans un contexte de changement" Administration hospitalière et sociale, XXXVI (2), p. 37-41.
- RACINE, P.; JOUBERT, P. (1990^b). "Le suivi à domicile des personnes en perte d'autonomie sévère dans une perspective interdisciplinaire: résultats d'une évaluation" 4ième Congrès international francophone de gérontologie, sept.-oct., Montréal.
- RACINE, P.; GRÉGOIRE, L.; JOUBERT, P. (1988). "L'utilisation optimale des ressources à des fins d'évaluation: l'exemple d'une recherche-action" Société canadienne d'évaluation, mai, Montréal.
- RACINE P.; JOUBERT, P.; GRÉGOIRE, L. (1989). "L'évaluation et l'adaptation de pratiques professionnelles auprès des personnes âgées dans un contexte de changement" Société canadienne d'évaluation, mai, Frédéricton, N.B.

ROSSI, P.H.; FREEMAN, H.E. (1982). Evaluation. A Systematic Approach Sage Publications, p. 59-73.

TOURIGNY, A. (1987). Avenir de la clientèle du centre de jour du CHUL: analyse de la situation et solutions alternatives DSC-CHUL, 35 p.

VIENS, Christian (1988). Le support aux familles, une nécessité dans l'intervention auprès des aînés, DSC C.H. Haut-Richelieu, 59 p.

WILDAVSKI, A. (1979). "Implementation in Context" in Implementation 2e ed., Pressman, L.; Wildavski, A., University of California Press, Berkeley.

ANNEXES

ANNEXE A

**LISTE DES PERSONNES AYANT PARTICIPÉ
À LA CONCEPTION, À L'ÉLABORATION OU
À LA RÉALISATION DU PROJET**

LISTE DES MEMBRES DU GROUPE DE CONSULTATION-RÉFÉRENCE
(À L'ORIGINE DU PROJET)

ASSELIN, Yvan	Médecin invité au DSC du CHUL en 1986	MSSS
BERGERON, Rénauld	Médecin de famille	UMF Laval
BERNARD, Louis	Médecin-conseil en santé communautaire	Département de médecine sociale et préventive, Université Laval
BROSSEAU, Jeannine	Coordonnatrice des soins à domicile	CLSC Ste-Foy/Sillery
DURAND, Pierre J.	Médecin-gériatre	Service de gériatrie, CHUL
GAUTHIER, Lise	Coordonnatrice de l'aide à domicile	CLSC Ste-Foy/Sillery
JOUBERT, Pierre	Coordonnateur à l'évaluation des services	DSC-CHUL
LEMAY, Lise	Médecin-conseil en santé communautaire	DSC-CHUL
MARTEL, Christiane	Médecin de famille	UMF-CHUL
RACINE, Pierre	Agent de recherche	DSC-CHUL

LISTE DES PERSONNES AYANT PARTICIPÉ À
L'ÉLABORATION DU "PROGRAMME"

BERGERON, Réna1d	Médecin de famille	UMF Laval
BROSSEAU, Jeannine	Coordonnatrice des soins à domicile	CLSC Ste-Foy/Sillery
CAYER, Suzanne	Médecin de famille	UMF Laval
ÉMOND, Aline	Intervenante sociale	CLSC Ste-Foy/Sillery
GAUTHIER, Lise	Coordonnatrice de l'aide à domicile	CLSC Ste-Foy/Sillery
HIRTLE-SOUCY, Fernande	Médecin de famille	Centre médical Sillery
MARTEL, Christiane	Médecin de famille	UMF CHUL
MOREAU, Anne	Médecin de famille	UMF Laval
RIOUX, Yolande	Infirmière	CLSC Ste-Foy/Sillery
TREMBLAY, Jean-Guy	Médecin de famille	UMF CHUL
TURGEON, Michel	Médecin de famille	Centre médical Ste-Foy

LISTE DE TOUS LES INTERVENANTS AYANT ÉTÉ
IMPLIQUÉS DE PRÈS OU DE LOIN DANS LA
RÉALISATION DU PROJET

CLSC Ste-Foy/Sillery:

ARSENAULT, Anne	Infirmière
BELLEMARE, France	Ergothérapeute
BERNATCHEZ, Élisabeth	Auxiliaire familiale
BOUCHARD, Florentine	Intervenante sociale
BOUTIN, Marie-Paule	Infirmière
BUSSIÈRES, Jocelyne	Intervenante sociale
CHOUINARD, Marie	Physiothérapeute
ÉMOND, Aline	Intervenante sociale
GAMACHE, Claude	Diététiste
GENEST, Hélène	Intervenante sociale
GODBOUT, Françoise	Infirmière
GUAY, Rollande	Intervenante sociale
LABONTÉ, Cécile	Auxiliaire familiale
LÉVESQUE, Bernard	Travailleur social
OUELLET, Lorraine	Infirmière
PAQUET, Gisèle	Auxiliaire familiale
RIOUX, Yolande	Infirmière
ST-LAURENT, Suzanne	Intervenante sociale
THIBAUT, Monique	Intervenante sociale
TREMBLAY, Nicole	Infirmière
VAILLANCOURT, Ghislaine	Auxiliaire familiale

UMF CHUL:

BAILLARGEON, Lucie

Médecin

U.M.F. LAVAL:

BEAUMIER, Alain

Médecin

Centre de jour CHUL:

BUTEAU, Gisèle

Infirmière

Centre François Charron:

NOËL, Jacques

Chef d'unité

**Équipe ambulatoire de géria-
trie:**

VÉZINA, Francine

Médecin

Équipe de psychogériatrie:

GUILLEMOT, Yolande

Médecin

LEBLANC, Marie-France

Psychologue

VÉZINA, Christiane

Intervenante sociale

SAAQ:

CARRIER, Lucie

Conseillère en réadaptation

TREMBLAY, Marc

Conseiller en réadaptation

ANNEXE B

INSTRUMENTS ÉLABORÉS POUR ACTUALISER LE PROJET

**GRILLE D'ÉVALUATION DES PERSONNES
EN PERTE D'AUTONOMIE SÉVÈRE
DEMEURANT À DOMICILE**

DSC du CHUL

AVRIL 1988

Nom _____

Prénom _____

DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES

1) Date de naissance _____

ENCERCLER LE CHIFFRE CORRESPONDANT A LA BONNE REPONSE

2) Sexe

1. M

2. F

3) Statut civil

1. Célibataire

2. Veuf(ve)

3. Séparé(e)/Divorcé(e)

4. Marié(e)/ Union libre

5. Religieux(se)

4) Situation de vie

1. Vit seul(e)

2. Vit avec d'autre(s)

3. Conjoint(e)

4. Enfant(s)

5. Parent(s)

6. Ami(e) (s)

7. Etranger(e) (s)

8. Autre(s) PRECISEZ _____

5) Type de résidence

1. Maison privée

2. Appartement

3. Conciergerie

4. H.L.M.

5. Famille d'accueil

6. Autre(s) PRECISEZ _____

6) Niveau socio-économique

1. 0 - 4999

2. 5000 - 9999

3. 10000 - 14999

4. 15000 - 19999

5. 20000 et plus

8) Identifier le diagnostic principal

9) CAPACITE DE VOIR D'ENTENDRE ET DE PARLER

Avez-vous des problèmes pour...	Faisant abstraction comp. subs. util.			Compensation(s) substitution(s)				Type de compensation(s) substitution(s)	
	Adéquat	Limitat.		Per-te tot.	N o n	O u i	A d é q.		I n a d.
		Min.	Maj.						
VOIR									
ENTENDRE									
PARLER									
Commentaires _____ _____ _____									

10) AUTONOMIE FONCTIONNELLE

Faites-vous les activités suivantes	Exécut.			N. e x é.	Commentaire(s)
	S. A.	A. A.	A u.		
.vous servir à manger					
.manger					
.préparer des repas légers					
.préparer des repas complets					
.vous laver					
.vous raser					
.prendre un bain/douche					
.vous laver la tête					
.vous vêtir/dévetir					
.utiliser les toilettes					
.vous lever/coucher					
.marcher					
.sortir à l'extérieur l'été					
.sortir à l'extérieur l'hiver					
.monter/descendre les escaliers					
.faire vos emplettes					
.utiliser les transports en commun l'été					
.utiliser les transports en commun l'hiver					
.utiliser le téléphone					
.faire l'entretien ménager régulier					
.faire la lessive					
.faire le grand ménage (travaux lourds)					
.gérer le budget					

11) ELIMINATION

Avez-vous des problèmes d'incontinence

URINAIRE

- oui ⇒ diurne nocturne aucune compensation
 non condom
 sonde
 couche/culotte de continence
 aucune aide requise
 aide requise

FÉCALE

- oui ⇒ diurne nocturne aucune compensation
 non colostomie
 couche/culotte de continence
 aucune aide requise
 aide requise

12) APTITUDES INTELLECTUELLES

Aptitudes intellectuelles	Au. problè.	Problème
		Comment se manifeste le problème
.Orientation-temps		
.Orientation-espace		
.Orientation aux personnes		
.Mémoire ancienne		
.Mémoire récente		
.Attention		
.Compréhension		
.Jugement		
.Capacité d'adaptation		
.Commentaires _____ _____ _____		

MEDICATION

ENCERCLER LE CHIFFRE CORRESPONDANT A LA BONNE REPONSE

13) Prendre ses médicaments

1. ne prend pas de médicaments
2. prend seul(e) ses médicaments de façon adéquate
3. a besoin de surveillance pour s'assurer qu'il(elle) prend convenablement ses médicaments
4. prend ses médicaments s'ils ont été préparés d'avance
5. on doit lui apporter ses médicaments en temps opportun

16) UTILISATION DE SERVICES (avant la conférence de cas)

Profitez-vous actuellement de...	N o n	OUI		
		Où D E o. x.	De quel(s) organisme(s)	Préciser nat. et fréq. des serv.et.soins
. services d'aide				
. soins infirmiers				
. services sociaux				
. physiothérapie				
. ergothérapie				
. médecin de famille				
. bénévoles				
. popote roulante				
. S.I.M.A.D.				
. hôpital général				
. centre de jour				
. hôpital de jour				
. unité de courte durée géria- trique				
. équipe de liaison de psycho- gériatrie				
. équipe gériatrique de consul- tation-liaison				
. centre de réadaptation				
. médecin(s) consultant(s)				
. autre(s) PRECISEZ				

PRESCRIPTION DE SERVICES LORS DE LA CONFERENCE DE CAS

17) Date de la demande d'évaluation à l'équipe _____

18) Date de la conférence de cas _____

ENCERCLER LE(S) CHIFFRE(S) CORRESPONDANT A LA (LES) BONNE(S) REPONSE(S)

19) Origine de la demande d'évaluation à l'équipe

- 1. médecin
- 2. infirmier(ère)
- 3. travailleur(euse) social(e)
- 4. autre(s) PRECISEZ _____

20) PRESCRIPTION DE SERVICES (lors de la conférence de cas)

De quels services profiterez vous..	N o n	OUI			
		Où	D	E	De quel(s) organisme(s)
		o.	x.		
. services d'aide					
. soins infirmiers					
. services sociaux					
. physiothérapie					
. ergothérapie					
. médecin de famille					
. bénévoles					
. popote roulante					
. S.I.M.A.D.					
. médecin(s) consultant(s)					
. autre(s) PRECISEZ					

REFERENCE A UN SERVICE DE 1 ère, 2 ème ET 3 ème LIGNES

ENCERCLER LE(S) CHIFFRE(S) CORRESPONDANT A LA (LES) BONNE(S) REPOSE(S)

21) RESSOURCES	DATE DE LA DEMANDE	DEBUT DES SERVICES	FIN DES SERVICES
1. hôpital général	_____	_____	_____
2. centre de jour	_____	_____	_____
3. hôpital de jour	_____	_____	_____
4. unité de courte durée gériatrique	_____	_____	_____
5. équipe de liaison de psycho-gériatrie	_____	_____	_____
6. équipe gériatrique de consultation-liaison	_____	_____	_____
7. centre de réadaptation	_____	_____	_____
8. autre(s)	_____	_____	_____
PRECISEZ _____			

CESSATION DES SERVICES

ENCERCLER LE(S) CHIFFRE(S) CORRESPONDANT A LA (LES) BONNE(S) REPOSE(S)

22) RAISON(S)	DATE
1. autonomie fonctionnelle recouvrée	_____
2. pris(e) en charge par la famille	_____
3. référé(e) à une autre ressource	_____
PRECISEZ _____	
4. manque de ressources du service requis	_____
PRECISEZ _____	
5. manque de collaboration de la part du (de la) bénéficiaire	_____

RAISONS (suite)

DATE

6. déménagé(e)

7. décédé(e)

8. autre(s)

PRECISEZ

Grille de données concernant les activités des médecins de famille

Nom: _____

Prénom: _____

Activités		Date(s)																		
Évaluation	Domicile																			
	Déplacement																			
	Bureau																			
Suivi	Domicile																			
	Déplacement																			
	Bureau																			
	Téléphonique																			
Réseau naturel	Domicile																			
	Déplacement																			
	Bureau																			
	Téléphonique																			
Infirmière	CLSC																			
	Déplacement																			
	Téléphonique																			
T.s.p.	CLSC																			
	Déplacement																			
	Téléphonique																			
Équipe élargie	Conf. de cas																			
	Réévaluation																			
Int. 2e et 3e lignes																				
Pharmacien																				
Médico-administratif																				
Autre(s)																				

Code : 0 -15 min. 1 15 min. 2 30 min. 3 45 min.
 4 60 min. 5 75 min. 6 90 min.

SCHÉMA D'ENTREVUE

(réseau naturel)

"Décrire le processus de prise en charge par le réseau de support, principalement la famille, et de considérer son appréciation du programme."

Profil du réseau naturel (individu (s))

Personne soutien

Nom:

Prénom:

1. Sexe M
F

2. Date de naissance

3. Statut civil Célibataire
Marié(e)
Veuf(ve)
Divorcé(e)

4. Lien avec la personne soutenue

Personne soutenue

Nom:

Prénom:

Enfant
Conjoint
Membres de la parenté
Ami
Autre

Profil du réseau naturel (services)

1. Demeurez-vous avec la personne soutenue? Si non, à quelle distance demeurez-vous de chez-elle?

2. A quelle fréquence la voyez-vous?

Sous quelle forme l'aide est-elle accordée? Téléphone
Visites

3. A quel(s) niveau(x) êtes-vous impliqué(e) ?
- a) A.V.Q. (hygiène - alimentation - déplacement)
 - b) A.V.D. (entretien ménager - préparation des repas - emplettes)
 - c) Activités d'accompagnement ou de transport (accompagnement pour aller magasiner - transport pour les visites médicales autre(s))
 - d) Activités d'assistance (tenir compagnie - gestion des affaires financières)
 - e) De quelle(s) aide(s) aviez-vous besoin lorsque vous avez fait votre demande au réseau de la santé et des services sociaux?
 - f) De quels services avez-vous profité?

Services (appréciation)

1. Avez-vous trouvé les services:
- a) adéquats (liens avec les besoins exprimés)
 - b) suffisants (quantité)
 - c) fréquents
 - d) accessibles
2. Les services offerts ont-ils:
- a) permis une prise en charge du bénéficiaire
 - b) soulagés le réseau de support naturel
 - c) contribués à soutenir le bénéficiaire à domicile
 - d) répondus à vos attentes
3. Avez-vous trouvé les intervenants:
- a) respectueux envers le bénéficiaire
 - b) respectueux envers le réseau naturel
 - c) disponibles
 - d) à l'écoute des besoins du bénéficiaire
 - e) à l'écoute des besoins du réseau naturel
 - f) suffisants
 - g) variés
 - h) flexibles (horaires, etc.)
4. Y a-t-il eu une période d'attente avant de recevoir l'aide nécessaire?
5. Avez-vous participé à l'équipe multidisciplinaire?

6. D'après vous, les informations reçues concernant le programme étaient suffisamment claires?
7. Quelle est votre satisfaction personnelle pour l'ensemble des services reçus?
8. Avantages et inconvénients.
9. Que serait-il advenu de la personne soutenu et de réseau naturel, si vous n'aviez pas reçu les services adéquats?
10. Y a-t-il d'autre(s) personne(s) que vous qui soutenez la personne à domicile?

QUESTIONNAIRE AUX INTERVENANTS

- 1) Quel impact a eu le programme de suivi à domicile pour des personnes en perte d'autonomie sévère sur:
 - a) le bénéficiaire
 - b) l'intervenant (pratique professionnelle)
 - 1 = l'intervenant face à sa relation avec le bénéficiaire
 - 2 = l'intervenant face à lui-même
 - 3 = l'intervenant face à ses confrères de travail du CLSC ou face à ses confrères de travail d'un autre milieu.
- 2) Quelle(s) est(sont) la(les) force(s) et la(les) faiblesse(s) de ce nouveau mode d'organisation?
- 3) Quelle(s) perspective(s) d'avenir entrevoyez-vous à ce mode d'organisation? Y aurait-il des améliorations à apporter au niveau du déroulement des rencontres? Au niveau des outils utilisés?

ANNEXE C

TABLEAUX COMPLÉMENTAIRES

PROFIL DES SOURCES DE RÉFÉRENCE

ORIGINE DE LA DEMANDE DE L'ÉVALUATION À L'ÉQUIPE	Nb	%
Médecin	28	(62,2)
Travailleur social	3	(6,7)
Ergothérapeute	1	(2,2)
Infirmière	-	-
Médecin et travailleur social	5	(11,1)
Médecin et infirmière	4	(8,9)
Médecin et auxiliaire familiale	1	(2,2)
Travailleur social et centre François Charron	2	(4,4)
Médecin, infirmière et travailleur social	1	(2,2)
TOTAL	45*	(100)

* 4 données manquantes

DISTRIBUTION DE LA CLIENTÈLE HOMMES/FEMMES PAR CATÉGORIE D'ÂGE
(avril 1987 à avril 1989)

Sexe \ Âge	- 65 ans			65 - 74			75 et +			Total 65 et +		
	Nb	%	Moy.	Nb	%	Moy.	Nb	%	Moy.	Nb	%	Moy.
H	4	(23,5)	43,7	6	(35,3)	68,3	7	(41,2)	80,4	17	(100)	67,5
F	12	(37,5)	53,5	9	(28,1)	68,9	11	(34,4)	78,8	32	(100)	66,5
TOTAL	16	(32,7)	51,1	15	(30,6)	68,7	18	(36,7)	79,4	49	(100)	66,9

SITUATION DE VIE HOMMES/FEMMES

BÉNÉFICIAIRE	FEMMES		HOMMES		FEMMES & HOMMES	
	NB	%	NB	%	NB	%
Vit seul	13	(42,0)	1	(7,1)	14	(31,1)
Vit avec conjoint	10	(32,3)	8	(57,1)	18	(40,0)
Vit avec enfant-s	-	-	-	-	-	-
Vit avec conjoint et enfant-s	1	(3,2)	2	(14,3)	3	(6,7)
Vit avec parent-s	1	(3,2)	-	-	1	(2,2)
Vit avec ami-s	1	(3,2)	-	-	1	(2,2)
Vit avec étranger-s	2	(6,4)	-	-	2	(4,4)
Autres	3	(9,7)	3	(21,4)	6	(13,3)
TOTAL	31	(100)	14	(100)	45*	(100)

* Données manquantes pour 4 bénéficiaires

A N N E X E C - 4

DIAGNOSTICS PRINCIPAUX DES BÉNÉFICIAIRES PAR ORDRE D'IMPORTANCE

D I A G N O S T I C S	Nb	%
Cancer	10	22,2
Démence	5	11,1
AVC	3	6,7
Paraplégie	2	4,4
Cardiaque	2	4,4
Maladie pulmonaire obstructive chronique	2	4,4
Diabète	2	4,4
Ataxie de Friedreich	2	4,4
Névro-dermite	1	2,2
Obésité	1	2,2
Sclérose en plaques	1	2,2
Hyperacousie	1	2,2
Anémie	1	2,2
Bronchiectasie	1	2,2
Douleurs abdominales	1	2,2
Myélopathie	1	2,2
Hémiparésie	1	2,2
Somatisation	1	2,2
Dégénérescence du système nerveux central	1	2,2
État dépressif	1	2,2
Fibrillation auriculaire	1	2,2
Amnésie	1	2,2
Psychose paranoïde	1	2,2
Délire organique et psychose	1	2,2
Paralysie cérébrale	1	2,2
TOTAL	45*	±100

* 4 données manquantes

DISTRIBUTION DE LA CLIENTÈLE HONNES/FENNES PAR CATÉGORIE D'ÂGE
(janvier 1989 à mai 1990)

Age Sexe	- 65 ans			65 - 74			75 et +			Total 65 et +		
	Nb	%	Moy.	Nb	%	Moy.	Nb	%	Moy.	Nb	%	Moy.
H	4	(50,0)	48,0	1	(12,5)	74	3	(37,5)	81,3	8	(100)	63,7
F	2	(16,7)	46,5	5	(41,7)	70,2	5	(41,7)	78,4	12	(100)	69,7
TOTAL	6	(30,0)	47,5	6	(30,0)	70,8	8	(40,0)	79,5	20	(100)	67,3

CATÉGORIES D'ACTIVITÉS

AVD	AVQ	Mobilité	Aptitudes intellectuelles	Communication	Élimination urinaire & fécale
Préparer repas légers	Servir à manger	Marcher	Orientation/temps	Voir	
Préparer repas complets	Manger	Sortir/été	Orientation/espace	Entendre	
Faire emplettes	Se laver	Sortir/hiver	Orientation/personnes	Parler	
Utiliser le téléphone	Prendre bain/douche	Monter/descendre	Mémoire ancienne		
Entretien ménager régulier	Se laver la tête	U.T.C.E.*	Mémoire récente		
Faire lessive	Se vêtir/dévetir	U.T.C.H.**	Attention		
Faire grand ménage	Utiliser les toilettes		Compréhension		
Gérer budget	Se lever/coucher		Jugement		
			Capacité d'adaptation		

* Utiliser les transports en commun l'été

** Utiliser les transports en commun l'hiver

RÉÉVALUATIONS: Nombre de réévaluations/bénéficiaire

NOMBRE DE RÉÉVALUATIONS	BÉNÉFICIAIRES Nb	%
R1	20	(44,4)
R2	7	(15,6)
R3	1	(2,2)
R4	4	(8,9)
R5	2	(4,4)
R6	6	(13,3)
R7	2	(4,4)
R8	-	-
R9	1	(2,2)
R10	1	(2,2)
R11	-	-
R12	1	(2,2)
TOTAL	45*	(100)

* 4 données manquantes

**RÉPARTITION DES ACTIONS POSÉES SELON LE NOMBRE
ET LA PROFESSION DES INTERVENANTS**

	Nb d'actions	Nb	%
RESSOURCES			
-Médecin		44	(26,3)
-Infirmière		5	(3,0)
-Travailleur social		49	(29,3)
-Ergothérapeute		6	(3,6)
-Auxiliaire familiale		4	(2,4)
-Infirmière du centre de jour		1	(0,6)
-RAAQ		8	(4,8)
-Psychologue		1	(0,6)
-Pharmacien		1	(0,6)
-Infirmière en psycho-gériatrie		1	(0,6)
-Urologue		1	(0,6)
-Coordonnatrice de l'aide à domicile		1	(0,6)
-Services respiratoires à domicile		1	(0,6)
Sous-total		123	(73,6)
-Médecin et infirmière		10	(6,0)
-Médecin et travailleur social		9	(5,4)
-Travailleur social et RAAQ		5	(3,0)
-Travailleur social et professeur		1	(0,6)
-Travailleur social et psychologue		1	(0,6)
-Travailleur social et aux. familiale		2	(1,2)
-Médecin et psychiatre		1	(0,6)
-Médecin et ORL		1	(0,6)
-Médecin et ophtalmologiste		1	(0,6)
-Médecin et diététiste		1	(0,6)
-Services respiratoires à domicile et aux. familiale		1	(0,6)
-Médecin et mère		1	(0,6)
Sous-total		34	(20,4)
-Médecin, infirmière et travailleur social		4	(2,4)
-Médecin, infirmière, et aux. familiale		1	(0,6)
-Travailleur social, aux. familiale et fils		1	(0,6)
-Médecin, travailleur social et aux. familiale		2	(1,2)
Sous-total		8	(4,8)
-Médecin, infirmière, travailleur social et aux. familiale		2	(1,2)
Sous-total		2	(1,2)
TOTAL		167*	(100)

* 7 actions où il n'y a pas d'intervenants d'indiqués.

ANNEXE C - 9

Nombre total de difficultés, nombre moyen de difficultés et nombre de difficultés différentes exprimées par les omnipraticiens, pour chaque problème

OMNIPRATICIENS	Nombre de répondants par questionnaire	Nb. de sujets Re: Pb. ne s'applique pas ou espace en blanc	Nb. de sujets Re: Aucune difficulté	Nombre de sujets ayant exprimé des difficultés	Nombre total de difficultés exprimées	Nombre moyen de difficultés exprimées par sujet	Nombre de difficultés différentes exprimées
1. La dépression	52	.	2	50	220	4.2	52
2. Les problèmes thyroïdiens	52	4	12	36	71	1.5	24
3. Les problèmes de santé reliés au travail	52	3	1	48	138	2.8	30
4. L'hypertension artérielle	52	3	11	38	91	1.9	27
5. La personne âgée en perte d'autonomie	52	5	1	46	155	3.3	48
6. Les problèmes péri-articulaires: fibrosite, bursite, tendinite	52	1	5	46	119	2.3	39
7. Les maladies transmises sexuellement	50	6	1	43	138	3.1	37
8. La confusion chez les personnes âgées	50	.	.	50	186	3.7	52
9. Le diabète	50	.	4	46	120	2.4	42
10. L'adulte asymptomatique ayant plusieurs facteurs de risque	50	2	3	45	85	1.8	19
11. Les lombalgies chroniques	50	1	1	48	173	3.5	44
12. La toxicomanie incluant l'abus de médicaments (à l'exception de l'alcool)	50	3	2	45	114	2.4	31
13. L'anémie	55	2	13	40	103	1.9	31
14. Les problèmes familiaux et conjugaux	55	1	3	51	151	2.8	42
15. Les maladies pulmonaires obstructives chroniques	55	6	4	45	110	2.2	31
16. Le patient présentant des problèmes de nature fonctionnelle	55	6	4	45	143	2.9	41
17. Suivi de grossesse et/ou d'accouchement	55	30	7	18	46	1.8	25
18. La personne atteinte d'une maladie fatale	55	6	4	45	84	1.7	27
19. Les infections urinales: adultes et enfants	57	1	11	45	135	2.4	31
20. Les problèmes reliés à la sexualité	57	3	3	51	135	2.5	39
21. L'arrêt cardio-respiratoire	57	15	4	38	75	1.8	24
22. L'obésité	57	2	4	51	142	2.6	39
23. Les céphalées	57	1	8	48	140	2.5	33
24. L'enfant négligé ou maltraité	57	14	3	40	110	2.6	31

**Nombre total de difficultés, nombre moyen de difficultés et nombre de difficultés ~~différentes~~
omnipraticiens-enseignants, pour chaque problème**

OMNIPRATICIENS-ENSEIGNANTS	Nombre de répondants par questionnaire	Nb. de sujets Re: Pb. ne s'applique pas ou espace en blanc	Nb. de sujets Re: Aucune difficulté	Nombre de sujets ayant exprimé des difficultés	Nombre total de difficultés exprimées	Nombre moyen de difficultés exprimées par sujet	Nombre de difficultés différentes exprimées
1. La dépression	28	.	.	28	136	4.9	40
2. Les problèmes thyroïdiens	28	.	4	24	60	2.1	25
3. Les problèmes de santé reliés au travail	28	2	.	26	90	3.5	31
4. L'hypertension artérielle	28	.	4	24	86	3.1	28
5. La personne âgée en perte d'autonomie	28	1	.	27	104	3.9	36
6. Les problèmes péri-articulaires: fibrosite, bursite, tendinite	28	.	2	26	86	3.1	30
7. Les maladies transmises sexuellement	27	.	.	27	107	4	37
8. La confusion chez les personnes âgées	27	1	.	26	115	4.4	43
9. Le diabète	27	.	.	27	76	2.8	29
10. L'adulte asymptomatique ayant plusieurs facteurs de risque	27	.	.	27	66	2.4	24
11. Les lombalgies chroniques	27	1	1	25	104	4	44
12. La toxicomanie incluant l'abus de médicaments (à l'exception de l'alcool)	27	4	.	23	62	2.7	32
13. L'anémie	28	.	5	23	76	2.7	26
14. Les problèmes familiaux et conjugaux	28	.	1	27	88	3.1	30
15. Les maladies pulmonaires obstructives chroniques	28	1	2	25	84	3.1	35
16. Le patient présentant des problèmes de nature fonctionnelle	28	1	.	27	84	3.1	30
17. Suivi de grossesse et/ou d'accouchement	28	11	1	16	40	2.4	25
18. La personne atteinte d'une maladie fatale	28	2	1	25	73	2.8	32
19. Les infections urinales: adultes et enfants	31	.	3	28	115	3.7	31
20. Les problèmes reliés à la sexualité	31	.	2	29	114	3.7	41
21. L'arrêt cardio-respiratoire	31	5	1	25	75	2.9	22
22. L'obésité	31	.	1	30	98	3.2	28
23. Les céphalées	31	.	2	29	101	3.3	34
24. L'enfant négligé ou maltraité	31	5	.	26	87	3.3	29

**ACTIVITÉS DES MÉDECINS DE FAMILLE SUR UNE DURÉE MAXIMUM DE 3 MOIS
(TEMPS MOYEN)**

TYPE D'ACTIVITÉS		Nb de bénéficiaires	Moy/temps	Moy/visite
.Évaluation		8/14	67,5 min.	-
.Suivi:	à domicile	10/14	28,2 min.	3,5 visites
	au bureau	3/14	45,0 min.	1,7 visites
	téléphone	6/14	15,0 min.	2,7 tél.
.Réseau naturel:	à domicile	-	-	-
	au bureau	1/14	75,0 min.	1 visite
	téléphone	4/14	28,3 min.	2,3 tél.
.Infirmière:	CLSC	-	-	-
	téléphone	-	-	-
.TSP:	CLSC	1/14	30,0 min.	1 visite
	téléphone	2/14	15,0 min.	1,5 tél.
.Équipe inter:	évaluation	14/14	67,5 min.	-
	réévaluation	14/14	36,2 min.	2,1*
.Intervenants 2e et 3e ligne		4/14	20,5 min.	2,8 (tél.)
.Pharmacien		1/14	15,0 min.	1 fois
.Médico-administratif		4/14	33,0 min.	-
.Divers		2/14	30,0 min.	-

* réévaluation sur 3 mois.

ANNEXE C - 11

Impact qu'a eu le programme de suivi à domicile pour les personnes en perte d'autonomie sévère sur
LE BÉNÉFICIAIRE

MÉDECINS	COORDONNATRICES	INFIRMIERES	TSP	AUX. FAM.
<ul style="list-style-type: none"> - meilleur encadrement se concrétisant ainsi: <ul style="list-style-type: none"> . fréquence des visites . répartition des visites . délais dans les exécutions de soins raccourcis . questions plus précises - on a soutenu davantage le fardeau de la famille - support à la famille (le support d'un médecin versus le support de différents intervenants est très différent) - amélioration des traitements, spécialement pour les Alzheimer - le bénéficiaire a davantage accès aux ressources du milieu 	<ul style="list-style-type: none"> . lui assure des soins globaux en regardant toutes les facettes de la personne . lui assure une meilleure cohésion de son plan d'intervention . plus grande attention des intervenants . lui assure une plus grande qualité de services au niveau de la CONCEPTION, de l'ORGANISATION et de l'OPÉRATIONNALISATION du plan de services . le bénéficiaire RESSENT qu'il y a des intervenants autour de lui (les bénéficiaires ont toujours su qu'ils étaient évalués par une équipe et il n'y a jamais eu de refus de leur part; il y avait des craintes, mais elles étaient estompées après la 1ère rencontre 	<ul style="list-style-type: none"> . améliorer la qualité de vie des bénéficiaires . sentiment, de la part des bénéficiaires, que l'on s'occupe d'eux . diminuer l'anxiété 	<ul style="list-style-type: none"> - meilleur encadrement pour le bénéficiaire - clarification, pour le bénéficiaire, de qui fait quoi - le bénéficiaire se sent plus sécurisé, car il sait que les intervenants se parlent <p><u>M.B.</u> Les intervenants font une différence entre la clientèle adulte et la clientèle âgée en ce qui a trait à la connaissance de l'équipe multidisciplinaire dans le sens où, au niveau des adultes, les intervenants peuvent entrer davantage dans les détails techniques de l'équipe multidisciplinaire, s'il y a lieu, tandis qu'avec les personnes âgées</p>	<ul style="list-style-type: none"> - les auxiliaires familiales mentionnent qu'elles ne savent pas si leur bénéficiaire est au courant que leur cas est présenté à une équipe multidisciplinaire. - le bénéficiaire qui savait que son cas était traité par l'équipe multidisciplinaire se sentait sécurisé.

**Impact qu'a eu le programme de suivi à domicile pour les personnes en perte d'autonomie sévère sur
LE BÉNÉFICIAIRE (suite)**

MÉDECINS	COORDONNATRICES	INFIRMIÈRES	TSP	ALX. FAM.
<ul style="list-style-type: none"> - pour certains patients le fait d'avoir des liens avec les intervenants peut faire en sorte qu'il veuille rester en vie ou continuer de vivre 	<ul style="list-style-type: none"> . lui assure un mieux-être meilleur et une plus grande qualité de vie . ramène le bénéficiaire à une plus grande responsabilisation de lui-même . ce programme n'a amené aucun élément négatif chez les bénéficiaires . lui assure une meilleure qualité dans le suivi de son plan de services . le bénéficiaire a eu des gains au niveau des attitudes des intervenants . il y a une plus grande compréhension de la part des intervenants et une perception plus réaliste et plus juste de la problématique 		<p>on ne fait que mentionner que leur cas est présenté à une équipe multidisciplinaire, sans plus, sinon cela créerait des situations anxieuses</p>	

Impact qu'a eu le programme de suivi à domicile pour des personnes en perte d'autonomie sévère sur L'INTERVENANT FACE A SA RELATION AVEC LE BÉNÉFICIAIRE

MÉDECINS	COORDONNATRICES	INFIRMIERES	TSP	ALIX. FAM.
<ul style="list-style-type: none"> . clarification du rôle . alternance des visites permet une meilleure surveillance de l'individu . le BÉNÉFICIAIRE A UN COMPORTEMENT DIFFÉRENT selon qu'il est en présence d'un médecin ou d'une infirmière, d'où l'importance des rencontres d'équipe . si on a le souci de voir ce que veut le bénéficiaire, peut-être peut-on répondre davantage à ses besoins 	<ul style="list-style-type: none"> . meilleure compréhension de la problématique . vision plus objective de la problématique . attitudes des intervenants plus adaptées à la réalité du bénéficiaire . développement d'attitudes plus positives et réalistes . partage des rôles face au bénéficiaire, meilleure répartition du temps . meilleur équilibre au niveau des services, des actions . allège le fardeau de la décision 		<ul style="list-style-type: none"> - une meilleure connaissance du bénéficiaire dû à l'apport des autres intervenants - clarification de la problématique - une meilleure complémentarité entre les divers intervenants - une meilleure orientation au plan des services; une meilleure détermination et priorisation des actions - les intervenants se sentent plus à l'aise avec le bénéficiaire 	<ul style="list-style-type: none"> - permet de connaître la problématique globale du bénéficiaire et ce, sous ses différentes facettes; cette connaissance permet d'améliorer notre écoute, d'être plus attentif à certains détails, de comprendre davantage "l'état", les comportements des bénéficiaires et ainsi d'adapter nos comportements, nos attitudes en regard de la connaissance de la problématique

Impact qu'a eu le programme de suivi à domicile pour des personnes en perte d'autonomie sévère sur L'INTERVENANT FACE A LUI-MÊME

MÉDECINS	COORDONNATRICES	INFIRMIÈRES	TSP	AUX. FAM.
<ul style="list-style-type: none"> - découverte des limites des médecins et changement de comportement face à ses bénéficiaires (un plus) - trouver plus rapidement la limite de leur intervention - le type de clientèle desservi exige beaucoup, le support à l'intervenant est donc primordial - limiter la responsabilité (encadrer le md) principalement devant L'INSOLUBILITÉ... L'INCERTITUDE... LA NOTION DU RISQUE... GÉRANCE DES PERTES CHEZ L'INDIVIDU... - gérer de l'inconfort et de l'insécurité chez le bénéficiaire amène un inconfort et une insécurité chez l'intervenant → solution à mettre en pratique le CONSENSUS 		<ul style="list-style-type: none"> - permet à l'intervenant de s'affirmer dans sa position face au bénéficiaire - se sent plus efficace - se sent plus sûre d'elle-même 	<ul style="list-style-type: none"> - sécurise beaucoup l'intervenant - amène de l'énergie à l'intervenant lui permettent de poursuivre les démarches amorcées auprès du bénéficiaire - a permis à l'intervenant de comprendre davantage le langage des autres intervenants 	<ul style="list-style-type: none"> - permet de déterminer des objectifs et de travailler, tous dans une même direction - le fait de déterminer des objectifs est stimulant pour l'aux. fam. car on sait où l'on s'en va - de par une meilleure connaissance de la problématique, l'aux. fam. comprend davantage le "rythme" du bénéficiaire; ces capacités et ces limites et peut donc ainsi respecter ce "rythme" et s'y confondre - le plan de services permet aux aux. fam. de savoir quoi faire - meilleure connaissance de la problématique donc meilleure façon d'aborder le bénéficiaire

Impact qu'a eu le programme de suivi à domicile pour des personnes en perte d'autonomie sévère sur L'INTERVENANT FACE A LUI-MÊME (suite)

MÉDECINS	COORDONNATRICES	INFIRMIERES	TSP	AUX. FAM.
<ul style="list-style-type: none"> - requestionner la décision de l'intervenant face à une PROBLÉMATIQUE "X" - permet de redonner la partie de responsabilité qui revient au bénéficiaire - DIFFICULTÉ: quand on n'a pas le temps de faire consensus parce que la situation s'est DÉTÉRIORÉE TROP RAPIDEMENT - CONFORT dans la prise de décision médicale, plus côté légal → permet de sécuriser et d'assumer les risques encourus par la prise de décision 				<ul style="list-style-type: none"> - le dossier est très allégé - le dossier du bénéficiaire est beaucoup plus ouvert, accessible ainsi si un intervenant est absent pour une raison ou une autre, un minimum d'informations est toujours disponibles par le dossier du bénéficiaire - plus grande accessibilité à l'information - les aux. fam., par ce projet, ont été mise en évidence et elles se sentent maintenant intégrer à l'équipe (très bon pour leur égo) - l'aux. fam. ne se sent plus seule, partage du fardeau, se sent moins coupable

Impact qu'a eu le programme de suivi à domicile pour des personnes en perte d'autonomie sévère sur L'INTERVENANT FACE A SES COLLEGUES (CLSC ou autres milieux)

MÉDECINS	COORDONNATRICES	INFIRMIERES	TSP	AUX. FAM.
<ul style="list-style-type: none"> - consensus - diminution des barrières professionnelles - augmentation de la fréquence des communications - les md ont davantage connus ou reconnus les travailleurs sociaux, les aux. fam. - contact avec l'hôpital de jour facilité - augmentation de la connaissance de certaines ressources et augmentation des liens avec elles (ex.: Centre François Charron) - réflexes plus rapide pour se parler 	<p><u>INT. DE CLSC ENTRE ELUX</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - a permis aux intervenants d'acquérir des capacités ou de développer des capacités de travailler en équipe avec d'autres disciplines - apprentissage de la vision globale, non seulement en théorie mais surtout en pratique - meilleure connaissance du travail de l'autre - les intervenants ont enrichi leur vocabulaire de beaucoup (social-nursing-social) - au niveau de la pratique professionnelle, les <u>acquis</u> faits au cours de ce projet pilote sont mis en <u>pratique</u> pour tous les autres dossiers 	<p><u>INT. DU CLSC ENTRE ELUX</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - augmentation de la communication <p><u>AUTRES MILIEUX</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - diminution de la gêne d'où augmentation de la communication et de la demande d'information - augmentation de la connaissance des ressources 	<p><u>INT. DU CLSC ENTRE ELUX</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - le programme a stimulé davantage la collaboration entre les intervenants et ceux-ci se rencontrent non seulement lors des rencontres d'équipes mais également en tout temps, lorsque nécessaire <p><u>AUTRES MILIEUX</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - meilleure entente - permet une orientation commune - amène des entrevues conjointes (ex.: CLSC RAAQ) - rapprochement avec l'équipe nursing; il y a des échanges d'information plus fréquents, ce qui permet aux intervenants une meilleure 	<p><u>INT. DU CLSC ENTRE ELUX</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - permet aux aux. fam. de connaître les intervenants tournant autour du bénéficiaire - établit des contacts avec les infirmières et facilite par la suite, ces contacts - devant un nouveau problème, la connexion avec qui de droit se fait beaucoup mieux, car l'on connaît les intervenants ainsi, au lieu de se référer au TSP, comme cela se faisait, on peut aller tout de suite vers l'intervenant le plus apte à répondre aux questions - le support que peut apporter la physiothérapie et l'ergothérapie est TRES APPRECIÉ autant pour le bénéficiaire que pour l'aux. fam. elle-même dans le sens où elles

Impact qu'a eu le programme de suivi à domicile pour des personnes en perte d'autonomie sévère sur
L'INTERVENANT FACE A SES COLLEGUES (CLSC ou autres milieux) (suite)

MÉDECINS	COORDONNATRICES	INFIRMIERES	TSP	AUX. FAM.
	<ul style="list-style-type: none"> - en 1985, le social ne pensait pas au côté biologique, aujourd'hui les intervenants sociaux ont ce souci. Ils sont passés d'une approche "spécifique" à une approche "globale". Cela s'est fait au travers l'apprentissage des réunions d'équipe. Ces acquis demeurent toujours - la pratique est intégrée dans les faits - ce projet a raffermi au niveau des infirmières, l'importance du secteur social; cela a permis de voir l'importance de la profession sociale, laquelle est PEU ou MAL CONNUE - les infirmières et les TSP se rencontrent même en dehors des équipes multidisciplinaires 		<ul style="list-style-type: none"> mise à jour de l'état de santé du bénéficiaire 	<ul style="list-style-type: none"> - (physio et ergo) donnant des conseils aux aux. fam. leur permettant d'accomplir leurs tâches avec moins de fatigue, moins de risques d'accidents, etc. - connaissance et présence des autres - les aux. fam. sentent une TRES NETTE DIFFÉRENCE entre un bénéficiaire qui a un Md faisant partie de l'équipe multidisciplinaire et un bénéficiaire qui n'en a pas.

Impact qu'a eu le programme de suivi à domicile pour des personnes en perte d'autonomie sévère sur L'INTERVENANT FACE A SES COLLEGUES (CLSC ou autres milieux) (suite)

MÉDECINS	COORDONNATRICES	INFIRMIERES	TSP	AUX. FAM.
	<p><u>AUTRES MILIEUX</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - la façon dont les intervenants travaillent se répercute à l'externe également - le projet a permis de connaître d'autres milieux et a y développer des relations - les relations sont meilleures avec le centre de jour - les relations avec l'hôpital de jour se sont renforcées - en dehors des dossiers traités par le biais de l'équipe multidisciplinaire, les intervenants continuent à se rencontrer, à faire de mini-études de cas. C'est donc une EXTRAPOLATION de la dynamique mise en place par ce projet 			

FORCES de ce nouveau mode d'intervention

MÉDECINS	COORDONNATRICES	INFIRMIERES	TSP	AUX. FAM.
<ul style="list-style-type: none"> - accélération des procédures - accélération des démarches auprès des organismes de 2e ligne - échange concernant des techniques - beaucoup de support versés les démarches d'ordre légal - consensus de l'équipe (la notion de CONSENSUS donne du poids à la décision) - plus grande accessibilité à SIMAD I et II - force d'intervention plus grande face au réseau - M.B.: Ce projet, dans l'ensemble, est plus pour les intervenants que pour les bénéficiaires 	<ul style="list-style-type: none"> - la grande force réside dans la structure d'opérationnalisation en vigueur (logistique et participation des médecins) - le DSC a amené la RIGUEUR dans le fonctionnement - l'ensemble des effectifs médicaux travaille avec le CLSC, donc la gériatrie est devenue un plus - amélioration importante du suivi à domicile des grands malades - la relation étroite de travail entre les cabinets privés et le CLSC (travail en collégialité) - tous les intervenants étaient traités de la même façon 	<ul style="list-style-type: none"> - très pratique, car on connaît les opinions des autres ce qui permet de ne pas "s'encroûter" - détermination d'une ligne d'action unique - permet de vérifier davantage le pourquoi des besoins d'un bénéficiaire - on se sent supporté - on saisit davantage tous les éléments pertinents - permet de briser l'isolement - apporte des réponses à des questions - stimulant pour les intervenants, car cela les pousse à aller au maximum de la prise en charge 	<ul style="list-style-type: none"> - l'équipe de base permet d'objectiver davantage la problématique du bénéficiaire et permet davantage le recul - l'appui de l'équipe est primordial - le mode de fonctionnement choisi permet aux intervenants de se voir, d'échanger et de se mieux connaître - la présentation faite à l'équipe force les intervenants à préparer davantage le dossier, à être plus structuré et finalement, d'amener plus de rigueur dans la pratique professionnelle - permet une économie de temps 	<ul style="list-style-type: none"> - les aux. fam. se sentent pris(es) en considération au même titre que tous les autres intervenants - respect de tous et chacun

FORCES de ce nouveau mode d'intervention (suite)

MÉDECINS	COORDONNATRICES	INFIRMIERES	TSP	ALX. FAM.
	<ul style="list-style-type: none"> - le fait qu'il y ait eu des pairs (médecin en cabinet privé) à ce projet est un +++ dans le sens où, dans la perspective où des Md en cabinet privé pourraient s'ajouter, des pairs pourraient leur parler de leurs expériences et ainsi susciter leur intérêt à y participer 	<ul style="list-style-type: none"> - permet de rencontrer des intervenants de 1ère ligne - permet d'accumuler de l'information - permet de démystifier certains problèmes - augmente la facilité de communication 	<ul style="list-style-type: none"> - la plus grande FORCE de ce mode est sa STRUCTURE et ses Outils; la structure par l'animation qui permet de tenir les gens à leur place, de ramasser les idées et les mettre en ordre et une économie de temps (des intervenants se rencontrant seuls, sans animateur externe, n'arriveraient pas à s'entendre ...) les outils de par la structure des plans de services sa logique - ce mode permet de connaître de nouvelles ressources, d'être référés à des individus ou organismes méconnus ou mal connus - écoute et respect de chacun des groupes de professionnels 	

FORCES de ce nouveau mode d'intervention (suite)

MÉDECINS	COORDONNATRICES	INFIRMIERES	TSP	AUX. FAM.
			<p><u>EN RÉSUMÉ</u> ce mode permet:</p> <ul style="list-style-type: none">. un meilleur plan de traitements pour le bénéficiaire. une meilleure réévaluation, laquelle ne serait peut-être pas faite ou faite de façon qualitative n'eut été de présenter le dossier à l'équipe. meilleur suivi. meilleure répartition des tâches	

FAIBLESSES de ce nouveau mode d'intervention

MÉDECINS	COORDONNATRICES	INFIRMIERES	TSP	ALX. FAM.
<ul style="list-style-type: none"> - limite dans la capacité de prendre des demandes - limite de cette catégorie de bénéficiaire. → le non roulement du bénéficiaire - on en arrive à la même problématique qu'il y a deux ans: le manque de Md pour répondre aux besoins - il faudrait rediscuter de la clientèle-cible - horaire des réunions d'équipe difficile à gérer - comment mettre en place ou améliorer la formation continue? 	<p style="text-align: center;"><u>LIMITES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - le point suivant peut être une FORCE ou une FAIBLESSE - le type de compétence que l'on a (genre psychothérapeute) ne se retrouve pas nécessairement ailleurs. A ce moment-là, l'équipe multidisciplinaire (selon Lise) est plus complémentaire que multidisciplinaire dans le sens où le Md semble être capable de tout faire; cette perception devient une <u>limite</u> si les autres catégories d'intervenants sont FREINÉS par cette multi-expertise d'un seul individu: en fait, cela ne permet pas ou peu, l'émergence de ces derniers 	<ul style="list-style-type: none"> - quelques infirmières se demandent si elles ont toute leur place et si elles ont la possibilité d'exprimer toutes leurs connaissances ... car la place médicale (Md) est très grande (après discussion, on constate que ce n'est pas tant le <u>mode</u> que la personnalité des individus qui joue à ce moment-là) 	<ul style="list-style-type: none"> - manque de Md nouveaux; il serait intéressant de pouvoir intégrer ne serait-ce qu'un Md par clinique, lequel pourrait "contaminer" petit à petit les autres Md de son milieu 	

PERSPECTIVES D'AVENIR de ce mode d'intervention et améliorations à apporter

MÉDECINS	COORDONNATRICES	INFIRMIERES	TSP	AUX. FAM.
<p>ANIMATION</p> <ul style="list-style-type: none"> . OK <p>OUTILS</p> <p><u>Plan de services</u></p> <ul style="list-style-type: none"> . excellent outil de gestion . outil très fonctionnel . il faut le garder; il est essentiel pour le fonctionnement de l'équipe 	<p>ANIMATION</p> <ul style="list-style-type: none"> . ce mode d'organisation est là pour rester. Cependant, il faudrait avoir la possibilité de faire participer d'autres Md en cabinet privé <p>OUTILS</p> <ul style="list-style-type: none"> . Les outils semblent suffisamment raffinés et rodés à ce jour; il serait difficile d'aller plus loin <p>DÉROULEMENT DES RENCONTRES</p> <ul style="list-style-type: none"> . parfois, on se sent limité dans nos services de par les limites de nos connaissances; il est primordial de continuer la formation continue afin d'outiller nos intervenants sur différentes techniques, différentes approches. 	<ul style="list-style-type: none"> . Il doit se poursuivre cependant, on se doit d'intégrer dans nos tâches régulières, le temps de préparation et de présentation aux conférences de cas <p>OUTIL</p> <ul style="list-style-type: none"> . le plan de services est utile et complet; il sert à mettre en place nos plans d'intervention et d'actualisation ce qui y est indiqué; ce qui ne serait par fait de façon aussi rigoureuse en sachant qu'il n'y aurait pas de réévaluation <p>M.B.: Au début du projet, nous étions très SCEPTIQUES, aujourd'hui nous trouvons cela très POSITIF</p>	<p>Avenir prometteur</p> <p>OUTILS</p> <ul style="list-style-type: none"> . OK <p>DÉROULEMENT</p> <ul style="list-style-type: none"> . il est essentiel de conserver la structure et l'animation actuelle si l'on veut passer au travers de chacune des étapes qui commandent l'élaboration d'un plan de services; il est important de finaliser le processus avant de quitter une équipe "X"; il ne faut pas penser que cela peut se finaliser à l'extérieur de ce temps donné 	<ul style="list-style-type: none"> . ce projet doit devenir OFFICIEL, il est essentiel que cela se poursuive ... l'on ne se sent plus seul(e)

PERSPECTIVES D'AVENIR de ce mode d'intervention et améliorations à apporter (suite)

MÉDECINS	COORDONNATRICES	INFIRMIERES	TSP	ALX. FAN.
	<p>DÉROULEMENT DES RENCONTRES</p> <p>Il faudrait que l'équipe multidisciplinaire s'élargisse, dans le sens où elle pourrait demander la participation d'une professionnelle experte en relations conjugales (au CLSC ou ailleurs) afin de permettre à l'équipe d'aller plus loin dans la compréhension de la problématique et des interventions qui s'offrent à nous pour y remédier</p> <p>GESTION</p> <ul style="list-style-type: none"> - On précise que cela prend du temps, mais que c'est en prendre pour en sauver - il est essentiel d'assurer la ROTATION au niveau de l'élaboration des plans de services 	<p>M.B.: Il faut donner autant de place aux infirmières, TSP, ALX. FAN. qu'aux Md, sinon plus, car les bénéficiaires peuvent avoir des attitudes fort différentes avec le md et les autres intervenants ce qui influence grandement l'IMAGE ou la REALITÉ d'un bénéficiaire</p>		

B 8119 Ex.2

E-4648

Evaluation d'un programme de suivi
à domicile pour des personnes en
perte d'autonomie sévère résidant
sur le territoire du CLSC Sainte-
Foy/Sillery

DATE

NOM

B 8119
Ex.2