

GRIS

Groupe de recherche
interdisciplinaire en santé
Secteur santé publique
Faculté de médecine

*Évaluation de l'implantation
du continuum de services
en prévention des chutes
chez les aînés
vivant à domicile*

Sommaire exécutif

*François Champagne
Isabelle Gagnon
Thierno Baldé*

Octobre 2009

Une version complète de ce rapport est disponible sur le site web du GRIS à l'adresse suivante :

<http://www.gris.umontreal.ca/rapportpdf/R09-02.pdf>

Avant-propos

La réalisation de cette étude répond à une entente avec l'Institut National de Santé Publique du Québec et a été rendue possible grâce à une participation financière du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Les auteurs de l'étude tiennent à remercier les cadres du ministère de la santé, de l'Institut National de Santé Publique ainsi que les gestionnaires des Agences Régionales de santé et des CSSS pour leur collaboration.

Les auteurs de l'étude tiennent également à souligner le rôle du comité aviseur qui avait pour mandat de valider les orientations et les propositions des chercheurs du GRIS pour la réalisation de l'évaluation d'implantation du continuum de prévention des chutes chez les aînés vivant à domicile et de faciliter la collecte d'information dans le réseau. Ce comité est toutefois indépendant des résultats et des conclusions de la recherche.

Les membres de ce comité sont :

Laurence Barraud, CSSS de Gatineau

Valois Boudreault, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Yvonne Robitaille, Institut national de santé publique du Québec

Claire Marcouiller, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent

Bernard-Simon Leclerc, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

Pierre Maurice, Institut national de santé publique du Québec

Pierre Patry, Direction générale de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux

Diane Sergerie, Institut national de santé publique du Québec.

SOMMAIRE

Introduction

À l'automne 2004, la direction générale de santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux publiait à l'adresse des gestionnaires et intervenants régionaux et locaux concernés, le *Cadre de référence de prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile* (MSSS 2004). Faisant suite aux recommandations du Groupe de travail provincial en prévention des chutes, cette publication constituait une étape importante dans l'initiation du processus d'implantation des différentes interventions qui visent à améliorer la santé des aînés. Elle précisait les principales caractéristiques des trois interventions retenues dans le cadre du continuum, soit: l'intervention clinique préventive faisant la promotion des bonnes pratiques auprès des professionnelles de première ligne; l'intervention multifactorielle personnalisée s'adressant à des personnes âgées en perte d'autonomie inscrites au soutien à domicile qui présentent une histoire de chute et un risque élevé de tomber de nouveau en raison de leur état de santé; et l'intervention multifactorielle non personnalisée basée sur le Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED) s'adressant à des personnes âgées présentant des problèmes d'équilibre ou se percevant à risque de chutes.

Parallèlement à ces différentes activités, le ministère de la Santé et des Services sociaux avait confié à l'Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ) le mandat d'accompagner et de soutenir le processus d'implantation du continuum de services offerts par les trois interventions recommandées par le cadre de référence ministériel (MSSS 2004).

Ce rapport d'évaluation du continuum de services en prévention des chutes chez les aînés vivant à domicile s'inscrit dans la logique de ce mandat. Il a été réalisé par le Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé (GRIS) de l'Université de Montréal, avec la coordination de l'INSPQ. Son objectif général consiste à effectuer une analyse du processus d'implantation du continuum à l'échelle provinciale. Plus spécifiquement, il s'agit de :

- 1- Documenter, par la mesure des écarts entre les interventions planifiées et celles réalisées, le niveau de mise en œuvre des trois volets du programme de prévention des chutes.
- 2- Apprécier le niveau de couverture du continuum pour savoir dans quelle mesure est ce que ce dernier a pu rejoindre la population visée en l'absence d'indicateurs formels.
- 3- Et d'analyser les déterminants contextuels ayant favorisé ou limité l'implantation du continuum.

Dans le rapport, nous présentons successivement une description sommaire des différentes interventions du continuum, la méthodologie utilisée ainsi que les principaux résultats de l'étude. Concernant les résultats portant sur l'analyse du niveau de mise en œuvre du continuum, nous présentons dans un premier temps les modèles logique et de responsabilité élaborés, puis dans un deuxième temps, le bilan d'implantation du continuum en 2006, le bilan

des responsabilités des différents acteurs impliqués dans le processus d'implantation ainsi que le bilan global d'implantation réalisé en 2008. Par la suite, nous rapportons les résultats en lien avec l'analyse du niveau de couverture des interventions du continuum ainsi que les facteurs explicatifs du processus d'implantation.

Analyse du niveau de mise en œuvre

Étant donné qu'aucune région n'avait entamé le processus de mise en œuvre des Pratiques Cliniques Préventives (PCP), l'analyse du niveau de mise en œuvre du continuum a été effectuée selon l'existence ou non d'une offre de services pour les aînés vivant à domicile en lien avec l'intervention multifactorielle non personnalisée PIED et l'intervention multifactorielle personnalisée IMP.

L'intervention multifactorielle non personnalisée PIED a été implantée dans l'ensemble des CSSS du réseau à l'exception de 3 CSSS de la région de la Gaspésie, et des 8 CSSS de la région de la Côte-Nord. Même si plusieurs CSSS (21/96) avaient entamé le processus d'implantation avant la publication du cadre de référence ministériel en 2004, il reste que la durée moyenne d'implantation pour l'offre de services liée à l'intervention PIED dans les CSSS investigués a été de 2 à 3 ans. Cinq catégories professionnelles ont été utilisées pour offrir cette intervention: il s'agit majoritairement des TRP, des éducateurs physiques, des physio, des kinésiothérapeutes et finalement des ergothérapeutes. Ce processus d'implantation était en outre dans la plupart des cas sous la responsabilité des CSSS (78% des cas), alors que dans deux régions, soit Lanaudière et la Capitale-Nationale, c'était exclusivement les centres d'action bénévoles (CAB) pour le cas de Lanaudière et la DSP de l'agence pour la Capitale-Nationale qui étaient responsables de l'implantation de cette intervention.

L'intervention multifactorielle personnalisée (IMP) a été implantée dans 30 des 96 CSSS que compte le Québec. À noter que ces 30 CSSS sont repartis dans les régions de Lanaudière, de l'Estrie, du Saguenay, de la Capitale-Nationale, de Laval, de Montréal, de la Gaspésie et de la Montérégie, soit trois régions qui avaient déjà commencé l'implantation avant la publication du cadre de référence (MSSS 2004) et du guide IMP. Toutefois 14 des 30 CSSS qui ont implanté l'intervention IMP, étaient en phase d'expérimentation pilote. Il s'agissait des 12 CSSS de la région de Montréal, d'un CSSS de la région de la Gaspésie et d'un CSSS de la région de la Montérégie. Le nombre moyen d'intervenant dédié dans les CSSS qui ont entamé l'implantation de l'IMP, parmi les CSSS répondants (25/30) était de 1. Ces intervenants dédiés étaient des thérapeutes en réadaptation physique (TRP), des physiothérapeutes, des infirmières et des ergothérapeutes. Concernant les différents facteurs essentiels (Marche et équilibre, médicaments, environnement domiciliaire) et complémentaires (dénutrition, hypotension, troubles de la vision et consommation d'alcool) visés par l'intervention IMP, 14 des 25 CSSS investigués intervenaient sur les trois facteurs de risque essentiels et la dénutrition; 8 autres de ces 25 CSSS intervenaient sur les trois facteurs de risque essentiels, la dénutrition et l'hypotension. Les 3 autres CSSS restants intervenaient sur les facteurs de risque essentiels, la dénutrition, l'hypotension et les troubles de la vision.

Par ailleurs, lorsque les données de mise en œuvre ont été agrégées au niveau régional, les différentes catégories du niveau de mise en œuvre identifiées à la suite de cette évaluation sont :

- Niveau avancé de mise en œuvre: regroupe les régions qui offrent aussi bien les services en lien avec l'intervention PIED que l'intervention IMP. Il s'agit de cinq régions dont Lanaudière, l'Estrie, la Capitale-Nationale, Laval et le Saguenay-Lac-Saint-Jean
- Niveau modéré de mise en œuvre: dans cette catégorie, on retrouve les régions de Montréal, de la Gaspésie et de la Montérégie. Ces trois régions offrent l'intervention PIED tout en expérimentant l'intervention IMP à l'échelle régionale et/ou dans au moins un CSSS.
- Niveau limité de mise en œuvre: constitué de sept régions qui n'offrent que l'intervention PIED. Il s'agit des régions de l'Outaouais, du Bas-Saint-Laurent, du Nord-du-Québec, de Chaudière-Appalaches, de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Mauricie et des Laurentides.
- Région n'ayant pas entamé le processus de mise en œuvre : région sociosanitaire de la Côte-Nord.

Ainsi pour le Québec, cinq régions ont un niveau avancé d'implantation, trois régions ont un niveau modéré et sept un niveau limité, tandis qu'une seule région n'avait fait aucune implantation à l'automne 2008.

Analyse de la couverture

En l'absence de cible formelle, l'analyse de la couverture pour l'intervention PIED s'est basée sur la cible de 5% de la population âgée de 65 ans et plus identifié par une étude menée par la DSP de Montréal. En considérant cette cible de couverture de 5% qui représente pour l'ensemble du Québec 56 632 personnes âgées de 65 ans et plus, nous avons observé que les taux moyens annuels de couverture régionale les plus élevés atteignent le 1/5 de la population cible de l'intervention PIED. Ainsi, les taux de couverture enregistrés dans les régions de l'Estrie et des Laurentides atteignent respectivement 19.5% et 17.2% de la population cible de 5%, soit 455 et 530 aînés âgés de 65 ans et plus. À l'autre extrémité, les taux de couverture les plus bas pour cette intervention atteignent respectivement 4.3% et 4.6% des 5% de la population âgée de 65 et plus dans les régions de la Mauricie et de la Capitale-Nationale, soit 189 et 240 personnes.

Au niveau des CSSS rejoints (73 sur les 85 CSSSS qui ont implanté le continuum), les ratios de couverture pour l'intervention PIED retrouvés dans cette évaluation peuvent être divisés en trois groupes :

- Un premier groupe de 47 CSSS qui ont réussi à atteindre entre 1.4% et 13.6% de leur cible de couverture soit les 5% de la population âgée de 65 ans et plus de leur territoire.
- Un deuxième groupe de 24 CSSS dont le taux de couverture était compris entre 13.7% et 25.9% de la cible des 5%.
- Et un troisième groupe de 2 CSSS qui ont rejoint entre 26 et 38.1% des 5% de la population des 65 ans et plus de leur territoire.

En tenant compte de l'objectif de couverture de l'intervention IMP défini dans le guide IMP (INSPQ 2007) qui consiste à rejoindre les 1.6% de la population âgée de 65 ans et plus, les ratios de couverture retrouvés dans nos analyses s'étendent de 0.5% pour la région de Montréal (21 personnes) à près de 80% dans l'un des CSSS de la région de Lanaudière (402 personnes). Et entre ces deux taux extrêmes, on retrouve les régions de l'Estrie, du Saguenay-Lac-Saint-Jean, de Laval, de la Gaspésie ou encore de la Montérégie avec respectivement des taux de couverture de 29.5 %, 25.3%, 11.5%, 13,5% et de 1.4% pour la cible de couverture de l'IMP de 1.6% de la population âgée de 65 ans et plus.

Au niveau des 25 CSSS rejoints, les ratios de couverture pour l'intervention IMP peuvent être divisés en 4 catégories :

- Une première catégorie de 16 CSSS qui ont rejoint entre 0.1% et 25% de la cible de couverture de 1.6 % de la population âgée de 65 ans et plus.
- Une deuxième catégorie de 4 CSSS qui ont réussi à atteindre entre 25 et 50% de la cible de couverture de 1.6% de la population âgée de 65 ans et plus.
- Une troisième catégorie avec un seul CSSS dont le taux de couverture en fonction de la cible de l'intervention IMP était comprise entre 50 et 75%.
- Et une dernière catégorie de 2 CSSS ayant rejoint entre 75 et 100% de la cible de couverture de 1.6% de la population âgée de 65 ans et plus.

Analyse des facteurs qui ont influencé le processus de mise en œuvre

L'analyse des facteurs qui ont influencé le processus de mise en œuvre du continuum a été réalisée en mettant à l'épreuve trois modèles théoriques d'analyse du changement organisationnel notamment les modèles rationnel, politique et structurel.

En termes de facteurs liés au modèle rationnel, cette recherche évaluative a permis de mettre en évidence que la réalisation de la plupart des rôles et responsabilités dévolus aux différents acteurs impliqués dans le processus d'implantation a favorisé la mise en œuvre du continuum. Ainsi, au niveau du MSSS, l'intégration des chutes dans le PNSP 2003-2012, le financement récurrent mais non dédié du continuum, l'expérimentation d'un indicateur de suivi de l'IMP ainsi que l'émission d'une lettre précisant les rôles respectifs de la direction de la santé publique et de l'organisation des services ont été des facteurs qui ont positivement influencé le processus d'implantation. Au niveau de l'INSPQ, la réalisation des formations, et la production des outils et guides d'implantation sauf pour la PCP ont également favorisé le processus d'implantation. Au niveau des agences régionales, le soutien apporté aux CSSS en termes d'expertise, l'élaboration d'un plan de financement dans 5 régions sociosanitaires, ainsi que la mise en place de comités de concertation dans 6 régions apparaissent comme d'autres facteurs rationnels qui ont favorisé le processus d'implantation du continuum. Par contre, l'absence de comités de concertation dans les CSSS, ainsi que dans une moindre mesure certains éléments de conception de l'intervention PIED (durée, intensité et stratégie de recrutement des aînés) et de l'intervention IMP (durée, stratégie pour l'implication des pharmaciens) ont été les principaux facteurs rationnels qui ont limité le processus d'implantation du continuum.

En termes de facteurs liés au modèle politique, il apparaît que l’ambiguïté sur les rôles respectifs de la direction de la santé publique et de l’organisation des services dans le processus d’implantation de l’IMP ainsi que le délai mis par le ministère pour préciser ces rôles ont été des facteurs qui ont limité l’ensemble du processus d’implantation.

En termes de facteurs liés au modèle structurel, l’existence d’une offre préalable de services de prévention individualisés de chutes et d’un plan de financement régional, le niveau d’expertise pour le PIED et l’IMP ainsi que le leadership de certains gestionnaires régionaux et locaux ont favorisé le processus d’implantation du continuum. Toutefois, l’absence de mécanismes de coordination entre les directions de santé et d’organisation de services et la coexistence de programmes concurrents de prévention des chutes dans certains milieux d’implantation ont été les autres facteurs structurels qui ont limité le processus de mise en œuvre du continuum.

Recommandations

En nous appuyant sur les différentes données recueillies jusqu’à maintenant sur le processus d’implantation, et dans le but de soutenir et d’accroître l’ensemble de ce processus, nous suggérons les pistes de recommandations suivantes :

- **Recommandation 1 :** Considérant la diversité des sources et parfois de l’inexistence d’allocations budgétaires dédiées aux interventions du continuum, nous estimons qu’il serait opportun que le ministère de la Santé et des Services sociaux élabore et fournisse un plan de financement provincial conséquent, récurrent et exclusivement dédié à la prévention des chutes. Ce plan de financement devrait intégrer le financement qui est actuellement alloué par le ministère de la Santé, mais aussi un financement supplémentaire provenant de l’enveloppe budgétaire du programme PALV des agences régionales de santé. L’élaboration et l’intégration d’un indicateur ou de mécanismes de suivi de gestion spécifique pourraient soutenir l’utilisation appropriée de ce financement aux différents niveaux de gouvernance du système de santé. Il pourrait s’agir de l’inscription d’une cible dans le Plan d’action régionale de santé publique en conformité avec le PNSP et d’une cible équivalente dans les Plans d’action PALV des CSSS pour chacune des interventions du continuum.
- **Recommandation 2 :** Considérant, la non-implantation des interventions liées aux pratiques cliniques préventives dans les 16 régions sociosanitaires du Québec, nous recommandons l’initiation de mesures devant permettre la publication du guide d’implantation des ces interventions par l’INSPQ.
- **Recommandation 3 :** Considérant l’importance du rôle joué par certains gestionnaires des agences et des CSSS dans le processus de mise en œuvre du continuum, nous estimons qu’il serait judicieux d’initier ou de maintenir les activités de soutien et d’accompagnement des répondants régionaux et locaux du continuum jusqu’à l’atteinte de niveaux d’implantation satisfaisants. Et étant donné que ce rôle de soutien a été dévolu à l’INSPQ (tel que présenté dans le cadre de référence), il serait pertinent que celle-ci continue à assurer la coordination des différentes activités de formation et de soutien.

- **Recommandation 4 :** Considérant la nécessité d’impliquer les directions de la santé publique et d’organisation des services pour l’implantation des interventions du continuum en général et plus spécifiquement de l’IMP, nous estimons qu’il serait indispensable d’améliorer la coordination entre ces deux directions. Concernant plus spécifiquement cette recommandation, la littérature scientifique suggère que trois types de mécanismes permettent d’améliorer la coordination. Il s’agit de la mise en place de mécanismes impersonnels, tels des plans, des ententes, ou des contrats; de la mise en place de mécanismes personnels simples (relations interpersonnelles) ou encore de la mise en place de modifications structurelles complexes et plus ou moins importantes telles les fusions organisationnelles (Hage 1974; Mintzberg 1979; Alter and Hage 1993). Le choix d’un de ces trois mécanismes ou la combinaison de plusieurs d’entre eux, devant dépendre du niveau de différenciation et de complexité des structures impliquées dans la démarche de coordination (Lawrence and Lorsch 1967). Or, en tenant compte du niveau de différenciation et de spécialisation entre les directions de santé publique et d’organisation des services qui font par ailleurs partie de la même structure organisationnelle, l’agence régionale de la santé, nous estimons que la combinaison des mécanismes de coordination impersonnels et personnels simples pourrait de ce fait favoriser dans une large mesure le processus d’implantation du continuum.

Donc en plus de la lettre élaborée par le ministère de la santé qui a permis de préciser les rôles et responsabilités de ces deux directions, nous suggérons:

- la mise en place d’un comité ou d’une structure de liaison dans chacune des agences régionales pour harmoniser les positions des deux directions et favoriser ainsi le processus d’implantation du continuum dans son intégralité.
 - Étant donné le rôle central de la direction de la santé publique du MSSS en regard de la coordination des activités du comité intraministériel de l’implantation du continuum, nous suggérons que celle-ci prenne le leadership pour s’assurer que cette structure soit maintenue en vue de coordonner les stratégies de soutien à l’implantation au niveau national et régional.
- **Recommandation 5 :** Considérant l’absence de comités de concertation et de coordination en prévention des chutes dans la plupart des régions et CSSS, nous recommandons la mise en place de ces différents comités pour favoriser une offre de services continus entre les différentes interventions du continuum. L’élaboration d’ententes de gestion relatives aux services offerts par les interventions du continuum entre d’une part le MSSS et les agences régionales de santé, et d’autre part entre les agences et les CSSS devrait favoriser la réalisation de cette recommandation.
 - **Recommandation 6 :** Considérant la mention faite par certains répondants sur les abandons de certains aînés liés à la durée et à l’intensité des interventions PIED et IMP, nous estimons qu’il serait approprié d’approfondir la compréhension des responsables sur la clientèle visée et de faire une veille des connaissances qui permettraient de réévaluer les stratégies d’implantation ou les composantes du programme au besoin. Étant donné l’expertise scientifique de l’INSPQ et son rôle de soutien au processus d’implantation du continuum, nous suggérons que l’application de cette recommandation lui soit dévolue.

- **Recommandation 7 :** Considérant les difficultés de recrutement des aînés, un plus grand appui du ministère de la santé pour davantage faire connaître les différentes interventions du continuum auprès de la population aînée et des autres intervenants et professionnels du réseau de la santé pourrait permettre d'accroître le niveau de couverture des interventions du continuum. Par exemple la mise en place d'une campagne de marketing social visant à la fois à sensibiliser les aînés, leur famille ainsi que les autres intervenants du réseau de la santé à la problématique des chutes et à l'existence d'activités de prévention, pourrait s'avérer une piste intéressante à explorer.

- **Recommandation 8 :** Considérant la faible participation des pharmaciens dans la réalisation du volet « médication » de l'intervention IMP, plusieurs pistes sont suggérées :
 - Que le MSSS définisse une stratégie sur les moyens d'inciter les pharmaciens à faire une évaluation sur la médication chez les aînés incluant un acte rémunéré.
 - Que le MSSS, avec l'INSPQ et leurs partenaires développent une formation visant l'ordre des pharmaciens et les associations reconnues.
 - Que les agences adoptent une stratégie auprès des conseils régionaux de pharmacie pour favoriser l'implication de cette catégorie professionnelle.

- **Recommandation 9 :** Considérant finalement que le continuum de services a été conçu pour répondre aux besoins des aînés suivant l'évolution de leur degré d'autonomie et qu'il requiert une intégration des trois interventions, la réussite de chacune dépend aussi de la réussite des autres. Ainsi, la PCP et l'IMP plus particulièrement sont liées dans plusieurs éléments structurants, tels la formation des professionnels concernés, l'interdisciplinarité, la référence aux compétences complémentaires et le suivi auprès des aînés participants. De même, l'évaluation révèle que l'implantation des interventions PIED et IMP a été réalisée dans une logique indépendante et isolée plutôt que dans une logique de continuité et de complémentarité. En plus de la création de comités de concertation et de coordination en prévention des chutes telle que présentée à la recommandation 5, deux autres pistes sont souhaitables à savoir :
 - Renforcer le rôle du répondant local en prévention des chutes, pourrait favoriser l'implantation d'un réel continuum de services pour la prévention des chutes chez les aînés vivant à domicile.
 - Définir une stratégie permettant d'assurer les liens intégrés entre les établissements responsables de l'accueil des aînés et les autres organisations qui offrent les services pour les trois interventions du continuum.

Méthodologie de la recherche

Cette recherche évaluative a été réalisée avec un devis de recherche de type de « Étude de cas multiples » avec plusieurs niveaux d'analyse imbriqués (Yin 2003). Les cas sont les programmes régionaux (n=15). Le niveau de mise en œuvre est apprécié aux niveaux régional et local (CSSS) alors que les facteurs explicatifs sont analysés à 3 niveaux : provincial, régional et local. Elle visait à répondre à trois questions de recherche :

Question 1 : Quel est le niveau de mise en œuvre du programme de prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile?

L'analyse de la mise en œuvre réfère à l'opération qui consiste à comparer les caractéristiques de l'intervention planifiée avec celles de l'intervention véritablement implantée. Pour apprécier le niveau de mise en œuvre du continuum, deux collectes de données furent effectuées. Une première collecte au printemps 2006 et une deuxième à l'été et à l'automne 2008. À noter que la première collecte visait principalement à informer et à soutenir la réalisation de la deuxième collecte de données.

Pendant la première collecte au printemps 2006 réalisée après les premières formations PIED et IMP, 16 entrevues furent réalisées auprès des répondants. Les thèmes abordés durant ces entrevues étaient en lien avec les thèmes suivants:

- Les différentes activités initiées pour la mise en œuvre des trois interventions du continuum.
- La mise en place de partenariats interorganisationnels pour faciliter la mise en œuvre du continuum.
- L'identification de certains CSSS qui ayant initié le processus d'implantation du continuum.

La deuxième collecte fut effectuée à l'été et à l'automne 2008, soit un an après la publication du guide IMP et après la réalisation de toutes les activités de formations. Les entrevues furent effectuées avec les répondants régionaux du programme des agences de santé et avec les répondants des CSSS. Avec les 16 répondants régionaux, il s'agissait de préciser l'organisation générale structurelle et fonctionnelle du continuum tel qu'implanté dans chacune des régions ainsi que les activités et ressources mobilisées pour chacune des trois interventions du continuum. Avec les répondants des CSSS, il s'agissait de déterminer la durée de la mise en œuvre, les organisations sollicitées pour la mise en œuvre, les ressources humaines mobilisées ainsi que les différentes activités réalisées. Pour l'intervention PIED, 85 CSSS furent contactés à l'exception des 8 CSSS de la région de la Côte-Nord, et de 3 CSSS de la Gaspésie où selon les répondants régionaux, le processus d'implantation du continuum n'avait pas encore commencé. Sur les 85 CSSS contactés, nous avons réussi à rejoindre 73 CSSS, soit un taux de réponse de 85.8% et il avait été impossible de rejoindre les 12 autres CSSS après plusieurs tentatives. Pour l'intervention IMP, nous avons contacté l'ensemble des 30 CSSS où cette intervention était implantée. Et après plusieurs relances téléphoniques, nous sommes finalement arrivés à rejoindre 25 CSSS sur ces 30, soit un taux de réponse de 83.3%.

Question 2 : Dans quelle mesure le programme a-t-il permis de rejoindre la population ciblée

L'analyse de la couverture réfère au pourcentage des personnes éligibles ayant reçu les services et représente l'interface entre les services offerts et la population. Les données sur les taux de couverture des interventions du continuum ont été essentiellement recueillies au niveau des CSSS. Pour l'intervention PIED, nous avons déterminé le nombre moyen de groupes formés par an ainsi que le nombre moyen d'aînés par groupe formé. Tandis que pour l'intervention IMP, c'est le nombre de personnes suivies par l'intervention au cours de l'année fiscale 2007-2008 qui a été recherché dans 5 régions sociosanitaires. Et pour les trois autres régions sociosanitaires où l'intervention IMP était implantée, nous avons déterminé le nombre d'aînés suivi par l'IMP entre janvier 2008 et décembre 2008. En l'absence de cibles de couverture formellement définies pour ces deux interventions, les chiffres de couverture recueillis furent analysés en fonction des cibles identifiées par une étude menée par la direction de santé publique de Montréal pour l'intervention PIED (DSP 2006) et des cibles inscrites dans le guide d'implantation de l'IMP (INSPQ 2007).

Question 3 : Quels sont les facteurs qui expliquent le niveau de mise en œuvre

La méthodologie utilisée pour répondre à cette troisième question comprend des entrevues semi-structurées menées auprès des responsables du MSSS, de l'INSPQ, des Agences régionales de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux mais aussi auprès des acteurs des CSSS. Sur la base des fondements théoriques des modèles explicatifs du changement dans la littérature en théorie des organisations, les facteurs explicatifs du niveau de mise en œuvre furent recherchés à trois moments différents :

- Au printemps 2007 : sur la base des informations rapportées par les différents répondants régionaux, 7 CSSS avaient été identifiés et sélectionnés afin de faire ressortir les facteurs qui ont favorisé ou limité le processus d'implantation du continuum dans les CSSS.
- À l'été et à l'automne 2008, les facteurs facilitant et limitant de l'implantation du continuum identifiés lors de la première collecte au printemps 2007 ont servi de grille pour recueillir plus globalement les facteurs explicatifs de la mise en œuvre auprès des répondants responsables de l'intervention PIED de 73 CSSS, mais aussi auprès des répondants responsables de l'IMP de 25 CSSS.

Adresse de correspondance

Prière d'adresser toute correspondance concernant le contenu de cette publication ou autres rapports déjà publiés à :

Groupe de recherche interdisciplinaire en santé

Secteur santé publique
Faculté de médecine
Université de Montréal
C.P. 6128, Succursale Centre-Ville
Montréal (Québec) H3C 3J7, Canada

Téléphone : (514) 343-6185
Télécopieur : (514) 343-2207

Adresse de notre site Web

<http://www.gris.umontreal.ca/>