



Centre de recherche
sur le vieillissement
Research Centre
on Aging



***DÉTERMINATION DU PROFIL D'AUTONOMIE FONCTIONNELLE
ET DU TAUX DE RÉPONSE AUX BESOINS
DE LA CLIENTÈLE LONG TERME DU PROGRAMME SOUTIEN À DOMICILE
DES CLSC DE LA MONTÉRÉGIE***

Michel Tousignant, Ph.D.
Réjean Hébert, M.D., M. Phil.
Nicole Dubuc, Ph.D.
Carole Coulombe, M.Sc.

**Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Décembre 2003**

Membres de l'équipe de recherche

Équipe PRISMA :

Michel Tousignant, Ph.D., professeur-chercheur, physiothérapeute;

Nicole Dubuc, Ph.D., professeure-chercheuse, infirmière;

Réjean Hébert, M.D., M. Phil., professeur chercheur, gériatre;

Carole Coulombe, M.Sc., agente de recherche.

Collaborateurs de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie :

Aimé Lebeau, directeur du Secteur évaluation-recherche;

Danielle Benoît, agente de planification, programmation et recherche;

Guyline Allard, conseillère au Système d'information clientèle (SIC) et au cadre normatif CLSC.

Collaborateurs des Centres locaux de services communautaires :

Agathe Brisebois, responsable de l'administration du programme Soutien à domicile, CLSC Huntingdon;

Jean-Pierre Beaudry, responsable de l'administration du programme Soutien à domicile, CSLC de la Haute-Yamaska;

Chantal Arsenault, responsable de l'administration du programme Soutien à domicile, CLSC Jardin du Québec;

Céline Charest, responsable de l'administration du programme Soutien à domicile, CLSC Longueuil-Est.

Table des matières

1. INTRODUCTION	1
2. OBJECTIFS DE RECHERCHE	1
3. MÉTHODOLOGIE	2
3.1 POPULATION À L'ÉTUDE	2
3.2 ESTIMATION DU TEMPS DIRECT DES SOINS REQUIS (INFIRMIERS, D'ASSISTANCE, DE SOUTIEN ET DE SURVEILLANCE).....	2
3.3 ESTIMATION DU TEMPS DIRECT DES SOINS FOURNIS (INFIRMIERS, D'ASSISTANCE, DE SOUTIEN ET DE SURVEILLANCE).....	2
3.4 COÛTS DES SERVICES REQUIS ET FOURNIS	3
4. RÉSULTATS	3
4.1 PROFILS D'AUTONOMIE FONCTIONNELLE	3
4.2 TAUX DE RÉPONSE AUX BESOINS	4
5. DISCUSSION ET CONCLUSION	5
6. RÉFÉRENCES	8

1. INTRODUCTION

Les orientations ministérielles en matière de services offerts aux personnes en perte d'autonomie soulignent l'importance d'une allocation efficiente des nouvelles ressources financières aux soins et services des personnes âgées en perte d'autonomie. À cette fin, il devient nécessaire de fournir aux décideurs des données robustes sur les besoins et les coûts des ressources requises dans le programme Soutien à domicile (SAD) afin de maintenir la capacité de la personne âgée et ainsi favoriser une qualité de vie optimale à domicile ou dans le réseau sociosanitaire.

C'est avec cette préoccupation que la Table des directeurs généraux des CLSC de la Montérégie, la Table des responsables de l'administration du programme SAD et la Régie régionale de la santé et des services sociaux (RRSSS) de la Montérégie ont décidé d'entreprendre une réflexion sur l'allocation des ressources pour le programme SAD. Cette réflexion découle d'une démarche d'harmonisation des pratiques et poursuit entre autres, les objectifs généraux suivants :

- Disposer d'une banque de données quantifiées, réelles, mesurables et comparables;
- Élaborer une méthode permettant de mesurer le taux de réponse aux besoins (services requis vs services fournis) de la clientèle du programme SAD.
 - Quantifier les besoins de la clientèle du programme SAD (mesure des services requis);
 - Quantifier les services fournis pour la clientèle du programme SAD.

Ces travaux s'inscrivent dans la continuité des projets de recherche de l'équipe PRISMA. En effet, dans une étude effectuée en collaboration avec la RRSSS de l'Estrie, l'équipe s'est intéressée à la détermination des profils d'accueil des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) de la région de l'Estrie [1].

2. OBJECTIFS DE RECHERCHE

Cette recherche poursuit les objectifs suivants :

Pour les personnes âgées en perte d'autonomie (PAPA) :

- 1) Déterminer le profil d'accueil de la clientèle du Programme SAD des CLSC de la Montérégie:
 - Profils ISO-SMAF : volet clinique et de gestion;
 - Profils ISO-SMAF : volet administratif.
- 2) Mesurer l'écart entre les heures de soins requises et fournies pour les soins infirmiers, d'assistance, de soutien et de surveillance;

- 3) Comparer le budget théorique estimé à partir des profils ISO-SMAF au budget alloué pour les soins infirmiers, d'assistance, de soutien et de surveillance;
- 4) Pour les autres services, identifier les services fournis offerts par le CLSC.

Pour les personnes présentant une déficience physique (DP) ou intellectuelle (DI) :

- 5) Déterminer le profil d'accueil du programme SAD-long terme des établissements de la Montérégie.

3. MÉTHODOLOGIE

3.1 Population à l'étude

Cette recherche étudie la clientèle long terme PAPA, DP et DI qui reçoit des services du programme SAD dans les 19 CLSC du territoire de la Montérégie.

3.2 Estimation du temps direct des soins requis (infirmiers, d'assistance, de soutien et de surveillance)

L'estimation du temps de soins directs est issue d'une étude antérieure [2]. Cette étude a permis de développer un système de classification à partir des données d'une étude réalisée auprès de 1 977 sujets en perte d'autonomie vivant tant à domicile que dans différents types d'établissements d'hébergement. Cette classification comprend quatorze groupes, nommés profils ISO-SMAF [3], qui permettent l'orientation des personnes âgées en fonction de leur autonomie fonctionnelle. Les profils ISO-SMAF sont associés aux services requis en soins infirmiers et d'assistance, ainsi qu'aux services de soutien. Ils permettent également de connaître les coûts de ces ressources selon le type d'établissement qui dispense le service.

Basé sur les résultats de cette étude, un nombre d'heures journalier de soins infirmiers, d'assistance, de soutien et de surveillance a été déterminé par profil ISO-SMAF pour la prise en charge de l'utilisateur selon ses caractéristiques d'autonomie fonctionnelle.

3.3 Estimation du temps direct des soins fournis (infirmiers, d'assistance, de soutien et de surveillance)

Le temps de soins fournis est la durée des interventions dispensées par les intervenants des CLSC afin de répondre aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie dans le cadre du programme Soutien à domicile.

Ce temps direct de soins fournis est documenté à l'aide de la base de données SIC. Pour les fins de cette recherche, des efforts marqués visant à augmenter la validité des informations collectées par les intervenants ont été préalablement déployés par la RRSSS-Montérégie et les établissements. Les données extraites de la base de données SIC ont par la suite été transférées dans un fichier SPSS à des fins de traitement statistique des données.

Parmi les nombreuses informations colligées dans la base de données SIC, se trouvent la fréquence des visites à domicile et leurs durées respectives. Par la sommation des durées de visites pour un usager, il est donc possible d'établir le temps direct fourni pour les soins infirmiers, d'assistance et de soutien par les intervenants du CLSC.

Le temps direct de soins fournis pour un CLSC est donc la sommation des temps individuels fournis de l'ensemble de ses usagers.

3.4 Coûts des services requis et fournis

Les temps directs de soins fournis et requis se doivent d'être majorés dans le but de déterminer quel est le budget nécessaire pour les dispenser. Ainsi, ces temps directs ont été majorés pour les temps de déplacements et les temps indirects (administratif, organisation du soin à domicile et non-thérapeutique).

Les tarifs horaires moyens de la région montérégienne des intervenants ont été utilisés dans le calcul des coûts des services (ces résultats ne sont pas présentés dans ce rapport sommaire).

4. RÉSULTATS

Les résultats concernant le recensement et les profils ISO-SMAF des usagers long terme du Programme SAD sont décrits en premier. Par la suite, les taux de réponse aux besoins pour les personnes âgées en perte d'autonomie seront présentés.

4.1 Profils d'autonomie fonctionnelle

Le nombre d'usagers long terme du programme SAD (n = 11 845) de la RRSSS de la Montérégie se répartit de cette façon :

- | | |
|---|-----------------|
| 1) Personnes âgées en perte d'autonomie | = 8 443 usagers |
| 2) Personnes présentant une déficience intellectuelle | = 444 usagers |
| 3) Personnes présentant une déficience physique | = 1 318 usagers |
| 4) Personnes recevant uniquement une allocation directe | = 1 640 usagers |

Afin de présenter les résultats du recensement et des profils ISO-SMAF des usagers desservis par les CLSC de la RRSSS-Montérégie¹, les usagers ont été regroupés selon leur caractéristique principale, soit une atteinte dans les activités de la vie domestique (profils 1, 2 et 3), une atteinte prédominante des fonctions motrices (profils 4, 6 et 9), une atteinte prédominante des fonctions mentales (profils 5, 7, 8 et 10) ou des incapacités mixtes et lourdes (profils 11, 12, 13 et 14).

La Figure 1 présente la distribution des profils ISO-SMAF des usagers du territoire de la RRSSS-Montérégie.

4.2 Taux de réponse aux besoins

Ce rapport sommaire présente les taux de réponse aux besoins des usagers long terme du profil d'intervention 710 - Personne âgée en perte d'autonomie dans le cadre du programme Soutien à domicile.

La comparaison entre les services requis et fournis est présentée sous la forme d'un taux de réponse aux besoins. Ce taux se définit comme une proportion où le numérateur correspond au nombre d'heures de services fournis et le dénominateur au nombre d'heures de services requis selon les caractéristiques d'autonomie fonctionnelle des usagers.

$$\text{Taux de réponse aux besoins} = \frac{\text{Nombre d'heures de services fournis}}{\text{Nombre d'heures de services requis}}$$

Quatre composantes du temps total de soins (requis et fournis) sont identifiées :

- 1) Le temps de soins infirmiers;
- 2) Le temps de soins d'assistance et de soutien;
- 3) Le temps de soins infirmiers, d'assistance et de soutien;
- 4) Le temps de soins infirmiers, d'assistance et de soutien et de surveillance.

Les figures 2 présente les taux de réponse aux besoins pour le Programme SAD de la RRSSS-Montérégie. Les résultats montre que le taux de réponse varie de 2,9% à 12,7% à selon les composantes de temps considérées.

¹ Des analyses supplémentaires sont nécessaires pour la clientèle DP et DI.

5. DISCUSSION ET CONCLUSION

Cette recherche est la première permettant d’avoir un portrait des usagers de la clientèle long terme du programme de soutien à domicile de l’ensemble d’un territoire d’une région régionale. Cette description s’opérationnalise par une classification, des profils ISO-SMAF, dont la validité a été vérifiée chez des personnes âgées en perte d’autonomie [2-4] qui est intégrée dans l’outil d’évaluation multiclientèle. Ainsi, pour la première fois au Québec, il est possible d’acquérir des informations cliniques utilisables à des fins de gestions qui permettent de comparer les usagers des CLSC.

Un constat s’impose quant à l’atteinte fonctionnelle prédominante des usagers : il y a une hétérogénéité de la clientèle long terme du Programme SAD dans les CLSC de la Montérégie. Cette situation ne fait que corroborer les résultats d’études antérieures concernant les personnes âgées en perte d’autonomie [2, 4].

Point à retenir :

En se dotant d’un outil unique d’évaluation clinique qui se couple à un système de gestion, le Québec est à l’avant-garde au Canada et dans le monde pour l’organisation des services de longue durées.

Un deuxième volet important de cette recherche a été de mesurer l'écart entre les services requis et fournis à la clientèle PAPA. Cette mesure nous a permis de cerner la contribution du système de santé publique à la prise en charge de cette population en perte d'autonomie vivant à domicile.

Quelle est la norme que devrait cibler le système de santé public ?

Le Programme SAD comble 8% des besoins de soins infirmiers, d'assistance et de soutien. Est-ce suffisant ?

La norme n'est sûrement pas 100%. En exemple, les CHSLD de la région de l'Estrie présente un taux de réponse aux besoins de 76% des besoins de leurs résidents.

Est-ce que 15%, 25%, 35% ou 60% serait un bon choix ?

C'est une question de choix de société : comment sommes-nous prêt, en tant que société, à investir dans le programme de soutien à domicile afin de conserver nos personnes âgées à la maison, compte tenu des coûts onéreux liés à l'hébergement public, et des contraintes économiques actuelles du système de santé Québécois.

Un dernier point mérite d'être mis de l'avant concernant les soins infirmiers, d'assistance et de soutien : l'offre de service des CLSC n'est pas articulée autour des besoins des usagers, tel que démontré par l'absence de relation entre le score SMAF et les heures de soins/services fournis. Ce résultat ne diffère pas de ceux des études antérieures [2, 4].

Point à retenir :

Cette recherche fait un pas dans la bonne direction. Ne connaissant pas sa clientèle et encore moins ses besoins, il était difficile à ce jour d'établir une offre de service cohérente aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie.

Ainsi, sur la base des besoins identifiés à partir des profils ISO-SMAF, l'offre de services pourrait davantage se moduler selon les besoins de l'utilisateur du Programme de soutien à domicile.

Deux impacts se dégagent de cette recherche. Premièrement, des données sont dorénavant disponibles comme outil de prise de décision en ce qui a trait aux allocations des ressources financières pour le programme « Personnes âgées en perte d'autonomie ». Deuxièmement, l'utilisation des profils ISO-SMAF permet la comparaison des clientèles du Programme SAD à l'intérieur d'un même territoire, entre des régions administratives d'une même province et entre des provinces.

Point à retenir :

Le SMAF, composante intrinsèque de l’outil multiclientèle implanté au Québec, permet d’obtenir une classification des personnes âgées basée sur la perte d’autonomie. Ces données, utiles à prime abord aux cliniciens, deviennent un outil précieux pour le gestionnaire des programmes de santé aux personnes âgées.

De plus, l’utilisation des profils ISO-SMAF permet la comparaison des clientèles selon le continuum de leur milieu de vie, soit du domicile, en hébergement temporaire ou permanent.

6. RÉFÉRENCES

1. Tousignant, M., et al., *Application of a case-mix classification based on the functional autonomy of the residents for funding long-term care facilities*. *Age and Ageing*, 2003. 32: p. 60-66.
2. Hébert, R., et al., *Services requis par les personnes âgées en perte d'autonomie. Évaluation clinique et estimation des coûts selon le milieu de vie*, dans *Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux*. 1997: Québec.
3. Dubuc, N., et al., *Système de classification basé sur le profil d'autonomie fonctionnelle*, in *Autonomie et vieillissement*, R. Hébert et K. Kouri, Editors. 1999, EDISEM: St-Hyacinthe. p. 255-272.
4. Dubuc, N., et al., *Services requis par les personnes âgées en perte d'autonomie du territoire de la RRSSS de Laval. Rapport numéro 3 : Les services de soins infirmiers, d'assistance, de surveillance et de soutien requis et fournis et estimations des coûts de ces services*. 2002, Centre de recherche sur le vieillissement de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke: Sherbrooke. p. 93.

Sommaire des profils ISO-SMAF (SAD-long terme)

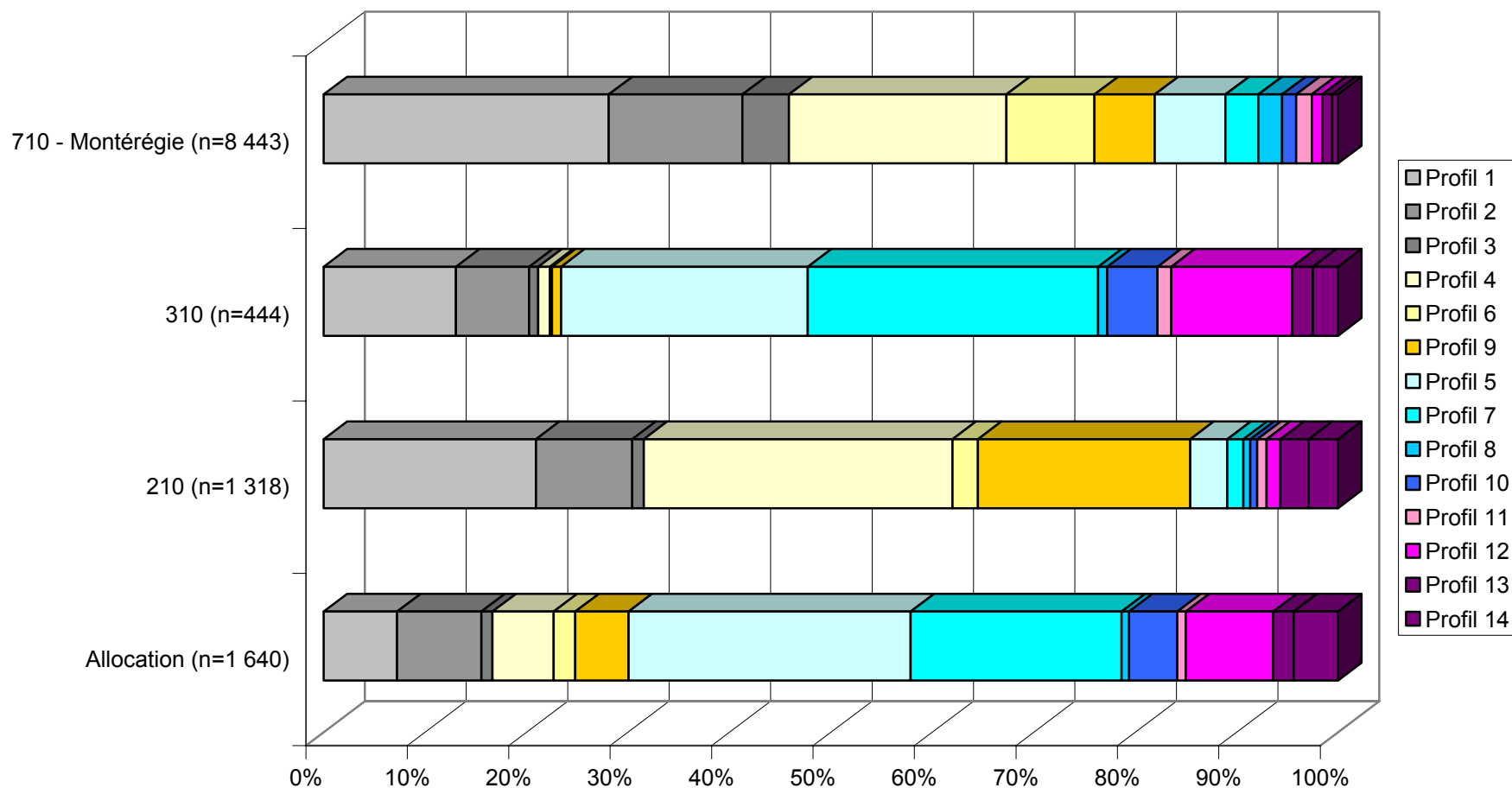


Figure 1 : Sommaire des profils ISO-SMAF pour les usagers long terme du Programme SAD - Montréal

Taux de réponse aux besoins (en heures) Montérégie (710)

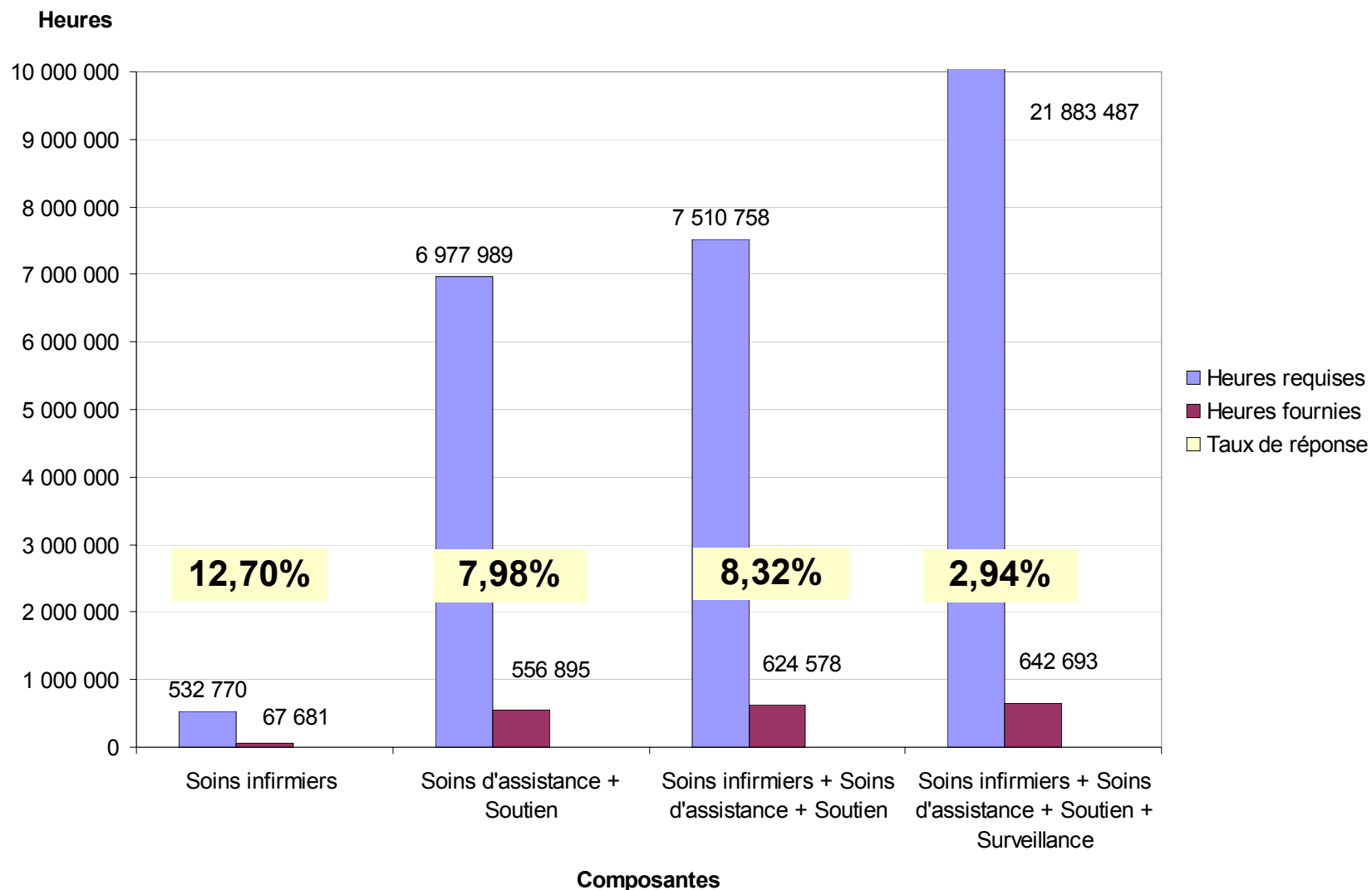


Figure 2 : Taux de réponse aux besoins du Programme SAD –Montérégie (personne âgée en perte d'autonomie)