



PLAISIR AUDIT

**Étude longitudinale de la clientèle des
centres d'hébergement et de soins de longue durée
(CHSLD) du Québec : 2003 versus 1998**

Décembre 2003



Équipe de Recherche
Opérationnelle en Santé

Table des matières

Introduction	5
Résumé	7
Résultats	9
Sexe, âge et durée de séjour.....	11
Prévalence des maladies	13
Handicaps (classification de l’OMS).....	15
Déficiences psychiques et sensorielles	19
Déficits cognitifs et problèmes psychiatriques.....	21
Problèmes spécifiques de comportement et d’humeur	23
Moyens physiques et chimiques de protection.....	25
Compensations de la perte de mobilité.....	27
Services de réadaptation et autres services reçus	29
Profil des soins de base requis par intervention	31
Profil des ressources requises pour les soins de base par intervention.....	33
Profil des ressources requises par types et catégories de soins	35
Distribution des bénéficiaires selon les minutes-soins nettes requises par jour (Case-mix en fonction des niveaux de ressources requises)	37
Nombre de postes et présences du personnel infirmier requis	37

Introduction

Cette étude porte sur l'alourdissement des clientèles des CHSLD du Québec sur une période de 5 ans. Ont été inclus dans l'étude, seulement les établissements qui ont évalué leur clientèle avec PLAISIR au moins une fois entre janvier 1996 et juillet 1998 et au moins une fois entre janvier 2001 et juin 2003. Il s'agit de 203 programmes accueillant 20 430 bénéficiaires pour la période 1996-1998, et de 190 programmes accueillant 19 096 bénéficiaires pour la période 2001-2003.

La différence entre les nombres de programme (203 versus 190) s'explique essentiellement par des restructurations : fusion des programmes « hébergement » et « soins de longue durée » d'un même établissement, fermeture d'un programme avec transfert de ses bénéficiaires dans un ou plusieurs autres programmes, fermeture de un ou plusieurs établissements désuets remplacés par un établissement neuf, etc. Ce sont donc les mêmes établissements ou programmes qui sont observés dans les deux périodes si ce n'est que certains ont été réorganisés.

La différence entre les nombres de bénéficiaires (20 430 versus 19 096) s'explique principalement par le fait qu'en 2002, 19 programmes de Montréal ont réévalué un échantillon aléatoire de 30 % de leurs bénéficiaires. Nous avons utilisé dans cette étude cet échantillon parce qu'il fournit l'image la plus récente de la clientèle de ces programmes et qu'il est représentatif de leur clientèle globale. Ce faisant, 70 % des bénéficiaires de ces 19 programmes n'apparaissent pas dans la cohorte 2001-2003.

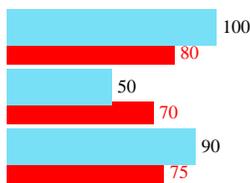
Nous ne croyons cependant pas que cet échantillonnage affecte significativement la représentativité des 19 096 bénéficiaires de la cohorte 2001-2003 puisque le phénomène ne concerne qu'un petit nombre de programmes.

Résumé

La lourdeur de la clientèle des CHSLD du Québec a peu changé dans les cinq dernières années. On observe cependant un léger alourdissement qui se manifeste – aussi bien au niveau des variables rendant compte des handicaps et des déficiences qu’au niveau des temps de soins – par un déplacement de quelques pourcents des distributions des bénéficiaires des catégories « lourdes » vers les catégories « très lourdes ». Paradoxalement, on observe simultanément un déplacement inverse mais de moindre ampleur (puisque de l’ordre de 1 % des bénéficiaires) des catégories « très très lourdes » vers les catégories « très lourdes ». Le résultat de la combinaison de ces deux mouvements opposés d’alourdissement et de déalourdissement est un alourdissement net mais peu prononcé, et une concentration des bénéficiaires dans les catégories « très lourdes » au dépend des catégories lourdes, et dans une moindre mesure, des catégories « très très lourdes ». On notera aussi qu’il y a de moins en moins de bénéficiaires dans les catégories « légères ». En fait, la population des bénéficiaires légers est de toute évidence en voie d’extinction.

En terme de temps de **soins directs et indirects**, il semble qu’on tende vers un plafond de 3 heures de soins par bénéficiaire par jour. Cette observation ne s’applique qu’au niveau global du Québec et non à celui des établissements où on continue à observer un continuum allant de l’établissement dont le bénéficiaire moyen requiert 1.5 heures-soins par jour à l’établissement dont le bénéficiaire moyen requiert 4.5 heures-soins par jour.

RÉSULTATS DE L'AUDIT



Dans les diagrammes qui suivent, les barres bleues correspondent à un ensemble de CHSLD du Québec observés entre janvier 2001 et juin 2003 (19096 bénéficiaires) et les barres rouges, au même ensemble de CHSLD observés entre janvier 1996 et juillet 1998 (20430 bénéficiaires).

Distribution des bénéficiaires selon le sexe et l'âge à l'admission et au moment de l'observation

Bénéficiaires âgés de	Âge à l'admission		Âge au moment de l'observation		Femmes		Hommes	
	Nb	%	Nb					
< 30 ans	132	0.7	47					
30 à 44 ans	502	2.6	252					
45 à 54 ans	773	4.0	478					
55 à 64 ans	1417	7.4	1031					
65 à 69 ans	1353	7.1	994					
70 à 74 ans	2213	11.6	1789					
75 à 79 ans	3350	17.5	2740					
80 à 84 ans	3886	20.3	3803					
85 à 89 ans	3390	17.8	3910					
90 à 95 ans	1658	8.7	2797					
95 ans et plus	422	2.2	1255					
Total	19096	100	19096					
Âge moyen	77.0		80.8		71.72 %	72.64 %	28.28 %	27.36 %
Âge moyen: femmes	78.6		82.6					
Âge moyen: hommes	72.9		76.5					
	Femmes	Hommes	Tous					
Durée moyenne de séjour	4.0	3.6	3.9					

Sexe, âge et durée de séjour

En 2001-2003, la population est composée de 71.7 % de femmes et 28.3 % d'hommes, contre respectivement 72.6 % et 27.4 % en 1996-1998. On assiste donc à une légère diminution du pourcentage de femmes.

En 2001-2003, « l'âge moyenne à l'admission » est 77 ans (76.3 ans en 1996-1998), et « l'âge moyen au moment de l'observation » est inchangé à 80.8 ans. L'âge moyen à l'admission des femmes (78.6 ans en 2001-2003 et 77.9 ans en 1996-1998) est significativement plus élevé que l'âge moyen à l'admission des hommes (72.9 ans en 2001-2003 et 72.1 en 1998-1999). Il en va de même de l'âge moyen au moment de l'observation.

La durée moyenne de séjour est donc de 3.9 ans en 2001-2003 (elle était de 4.5 ans en 1996-1998). Ainsi, alors que l'âge à l'admission augmente légèrement, la durée de séjour, quant à elle diminue de 15 % et corollairement, l'âge au moment de l'observation est stable. La durée moyenne de séjour des femmes (4.0 ans en 2001-2003 et 4.7 ans en 1996-1998) est plus élevée que celle des hommes (3.6 ans en 2001-2003 et 4.2 ans en 1996-1998).

Le pourcentage des « 85 ans et plus au moment de l'observation » est de 41.7 en 2001-2003. Il était de 41.8 en 1996-1998. Le pourcentage des « moins de 65 ans au moment de l'observation » est de 9.5 en 2001-2003 (9.2 % en 1996-1998). Les deux distributions sont très similaires et leur mode correspond à la catégorie des 85-89 ans (20.5 % en 2001-2003; 20.9 % en 1996-1998).

Prévalence (nombre et % des bénéficiaires) des maladies codées à trois chiffres (CIM-9)

Maladies	Nb	%
Tumeurs malignes	1284 1069	6.7 5.2
Hypothyroïdie acquise	3035 1814	15.9 8.9
Diabète sucré	3835 3231	20.1 15.8
Obésité	967 705	5.1 3.5
Anémies par carence	2240 1446	11.7 7.1
Psychoses organiques	5916 4967	31.0 24.3
Psychoses schizophréniques	923 956	4.8 4.7
Autres psychoses	1138 983	6.0 4.8
Troubles névrotiques	975 814	5.1 4.0
Tr. mentaux conséq. à atteinte cérébr. organ.	1463 2227	7.7 10.9
Troubles dépressifs	1961 1863	10.3 9.1
Autres troubles non psychotiques	1436 1139	7.5 5.6
Sénilité sans psychose	50 131	0.3 0.6
Retard mental	653 622	3.4 3.0
Dégénérescence cérébrale - Alzheimer	3797 3795	19.9 18.6
Parkinson et autres affections extrapyramid.	1516 1339	7.9 6.6
Sclérose en plaque et maladies démyélinis.	442 484	2.3 2.4
Hémiplégie	1476 1473	7.7 7.2
Épilepsie	1025 1020	5.4 5.0
Autres maladies du système nerveux central	901 849	4.7 4.2
Glaucome	1124 916	5.9 4.5
Cataracte	1619 2083	8.5 10.2
Cécité des deux yeux	420 489	2.2 2.4
Surdité	1481 1266	7.8 6.2
Maladies hypertensives	7009 5379	36.7 26.3
Cardiopathies ischémiques	4856 4635	25.4 22.7
Insuffisance cardiaque	1678 2106	8.8 10.3
Autres cardiopathies	2106 1090	11.0 5.3
Maladies vasculaires cérébrales	1333 958	7.0 4.7
Séquelles des maladies vasculaires cérébrales	3807 3801	19.9 18.6
Maladies des artères	824 784	4.3 3.8
Maladies pulmonaires obstructives chroniques	3602 3516	18.9 17.2
Hernies abdominales	862 762	4.5 3.7
Insuffisance rénale	1473 945	7.7 4.6
Arthrite rhumatoïde	320 321	1.7 1.6
Arthrose	3504 3828	18.3 18.7
Autres arthropathies	795 583	4.2 2.9
Affections dorsales	847 551	4.4 2.7
Ostéopathies	3168 2411	16.6 11.8
Aphasie	677 687	3.5 3.4
Séq. des lésions traum. des muscles et des os	2420 2177	12.7 10.7

Prévalence des maladies

À de très rares exceptions près, les maladies sont plus prévalentes en 2001-2003 qu'en 1996-1998. Les cas les plus notables sont les suivants :

	96-98	01-03
Hypothyroïdie	8.9 %	15.9 %
Diabète sucré	15.8 %	20.1 %
Anémie	7.1 %	11.7 %
Psychoses organiques	24.3 %	31.0 %
Maladies hypertensives	26.3 %	36.7 %
Cardiopathies ischémiques	22.7 %	25.4 %
Autres cardiopathies	5.3 %	11.0 %
Maladies vasculaires cérébrales	4.7 %	7.0 %
Insuffisance rénale	4.6 %	7.7 %
Ostéopathies	11.8 %	16.6 %

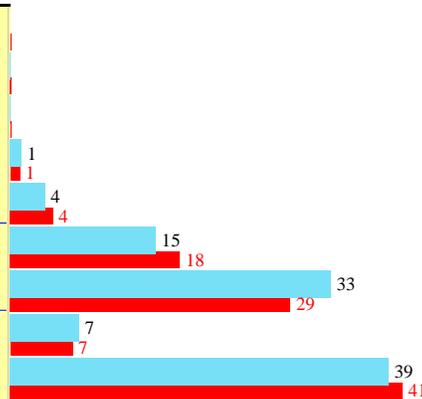
Il est probable qu'une partie significative de ces augmentations s'explique par une amélioration de la collecte des données sur les diagnostics.

Quoiqu'il en soit, les maladies les plus fréquentes en 1996-1998 demeurent les maladies les plus fréquentes en 2001-2003; par ordre de prévalences décroissantes en 2001-2003 : 1. les maladies hypertensives (37 %); 2. les psychoses organiques (31 %); 3. les cardiopathies ischémiques (25 %); 4. le diabète sucré (20 %); 5. les séquelles de maladies vasculaires cérébrales (20 %); 6. la dégénérescence cérébrale-Alzheimer (20 %); 7. les maladies pulmonaires obstructives chroniques (19 %) et l'arthrose (18 %). À noter que le classement est le même pour les deux périodes sauf pour le diabète et l'arthrose qui s'échangent les 4^e et 8^e positions.

Distribution des bénéficiaires par niveau de handicap

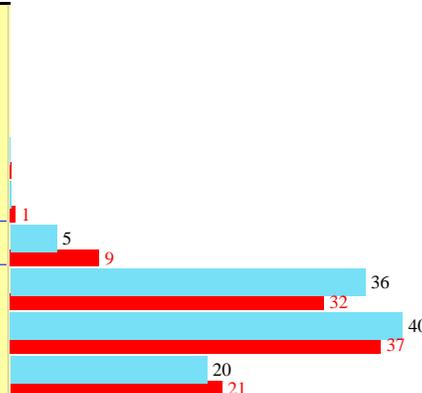
Mobilité

	Nb		%	
1. Pleine	2	19	0	0
2. Restreinte occasionnellement	7	38	0	0
3. Déficente (lenteur)	6	16	0	0
4. Réduite	227	210	1	1
5. Restreinte au voisinage	695	916	4	4
6. Restreinte à l'établissement	2898	3609	15	18
7. Restreinte à l'étage	6370	5954	33	29
8. Restreinte à la chambre	1372	1333	7	7
9. Nulle	7519	8335	39	41



Indépendance (AVQ)

	Nb		%	
1. Indépendance	1	3	0	0
2. Ind. avec aide mécanique	-	1	-	0
3. Ind. avec adaptation de l'environnement	1	3	0	0
4. Dépendance situationnelle	8	27	0	0
5. Dép. à intervalles longs (<= 1 x /24h)	28	112	0	1
6. Dépendance prévisible > 1 x /24h	897	1834	5	9
7. Dép. à intervalles courts imprév.	6826	6457	36	32
8. Dép pour la plupart des besoins	7547	7630	40	37
9. Dép. pour tous les besoins	3788	4363	20	21



Croisement de «Mobilité» et «Indépendance (AVQ)»

Mobilité	AVQ									Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1	1 3	- -	- -	- 2	- 8	1 6	- -	- -	- -	2 19
2	- -	- -	- -	- 8	1 10	3 15	3 5	- -	- -	7 38
3	- -	- -	- -	1 2	2 4	3 10	- -	- -	- -	6 16
4	- -	- -	1 -	2 5	10 17	103 108	101 80	10 -	- -	227 210
5	- -	- 1	- 2	1 4	9 34	206 379	417 441	62 54	- 1	695 916
6	- -	- -	- 1	3 4	6 35	427 882	2085 2172	377 515	- -	2898 3609
7	- -	- -	- -	1 2	- 4	140 367	3282 2850	2851 2630	96 101	6370 5954
8	- -	- -	- -	- -	- -	14 67	648 568	681 670	29 28	1372 1333
9	- -	- -	- -	- -	- -	- -	290 341	3566 3761	3663 4233	7519 8335
Total	1 3	- 1	1 3	8 27	28 112	897 1834	6826 6457	7547 7630	3788 4363	19096 20430

Handicaps (classification de l’OMS)

1. Mobilité (aire de déplacement indépendant)

Une population très handicapée en terme d’aire de déplacement indépendant. En 2001-2003 comme en 1996-1998, seulement 5 % des bénéficiaires peuvent sortir de l’établissement sans bénéficier de l’aide physique de quelqu’un. On note un léger « alourdissement » de la clientèle mobile dans l’établissement entre 1996-1998 et 2001-2003. Le glissement est de l’ordre de 3 % : il n’y a plus que 15 % des bénéficiaires qui peuvent se déplacer partout dans l’établissement sans l’aide physique d’autrui en 2001-2003, alors qu’il y en avait 18 % en 1996-1998. Le mode de la distribution est constitué par les bénéficiaires dont la mobilité est nulle : 39 % en 2001-2003 contre 41 % en 1996-1998, donc une faible diminution de cette clientèle non mobile.

2. Indépendance pour les AVQ

Presqu’aucun bénéficiaire n’est indépendant. En 2001-2003, il n’y a plus que 38 bénéficiaires sur 19 096 qui sont dépendants au plus une fois par 24 heures. Il y en avait 146 sur 20 430 en 1996-1998. En 2001-2003, il y a 897 bénéficiaires (5 %) pour lesquels sont prévisibles, les moments où ils ont besoin d’aide. Il y en avait 1 834 (c’est-à-dire 9 %) en 1996-1998. Ce sont des bénéficiaires qui « théoriquement » devraient être à domicile. On constate donc que leur prévalence a diminué de moitié en 5 ans.

Bref, cette population est de plus en plus dépendante. Si la prévalence des bénéficiaires dépendants pour tous leurs besoins est en légère diminution (de 21 à 20 %), celle des bénéficiaires, dépendants à intervalles courts et imprévisibles ou dépendants pour la plupart de leurs besoins grimpe de 69 à 75 % entre 1996-1998 et 2001-2003.

Croisement de la « mobilité » et de l’« indépendance » pour les AVQ

Le tableau croisé montre qu’en 2001-2003, 15 106 bénéficiaires sur 19 096, c’est-à-dire plus de 79 % des bénéficiaires (contre 74 % en 1996-1998) ont un niveau de handicap supérieur ou égal à 7 sur les deux échelles (donc ne sortent pas sans aide de l’étage de leur chambre et sont au moins dépendants à intervalles courts et imprévisibles pour les AVQ), qu’en 2001-2003, 7 939 bénéficiaires (c’est-à-dire plus de 41 % des bénéficiaires contre plus de 42 % des bénéficiaires en 1996-1998) ont un niveau de handicap

Distribution des bénéficiaires par niveau de handicap

Vécu occupationnel

	Nb		%	
1. Occupation appropriée	7	67	0	0
2. Occupation intermittente	7	30	0	0
3. Occupation limitée (ampleur)	60	259	0	1
4. Occupation ajustée	721	1161	4	6
5. Occupation réduite (temps)	326	454	2	2
6. Occupation restreinte (type)	4136	3311	22	16
7. Occup. très restreinte (temps et type)	7377	7450	39	36
8. Aucune occupation	5251	6196	27	30
9. S'occupe de manière inappropriée	1211	1502	6	7

Intégration sociale

	Nb		%	
1. Socialement intégré	24	138	0	1
2. Participation inhibée (gêne)	5	64	0	0
3. Participation limitée (type)	243	999	1	5
4. Contacts primaires et secondaires slt	1318	2023	7	10
5. Contacts secondaires difficiles	4163	3717	22	18
6. Contacts primaires seulement	4981	3852	26	19
7. Contacts primaires difficiles	4157	6049	22	30
8. Aucun contact : incapable	4143	3477	22	17
9. Aucun contact : coupé de l'extérieur	62	111	0	1

Orientation

	Nb		%	
1. Pleinement orienté	10	78	0	0
2. Problème(s) pleinement compensé(s)	52	178	0	1
3. Perturbations intermittentes	165	667	1	3
4. Perturbations compensées en partie	2671	3960	14	19
5. Perturbations modérées	5195	4356	27	21
6. Perturbations sévères	3789	2941	20	14
7. Perte de l'orientation	2352	3148	12	15
8. Désorientation	4847	5054	25	25
9. Coma, état végétatif	15	48	0	0

supérieur ou égal à 8 sur les deux échelles (donc ne peuvent sortir sans aide de leur chambre et sont dépendants pour la plupart ou tous leurs besoins), et finalement que 3 663 bénéficiaires en 2001-2003 (c'est-à-dire plus de 19 % des bénéficiaires) contre 4 233 bénéficiaires en 1996-1998 (c'est-à-dire plus de 20 % des bénéficiaires) ne sont plus capables de faire leurs transferts et sont dépendants pour tous leurs besoins (niveau maximum = 9 pour les deux handicaps).

3. **Vécu occupationnel**

Les personnes qui s'occupent encore « raisonnablement » compte tenu de leur état (quatre premiers niveaux de la variable) sont en diminution : elles représentaient 7 % de la population en 1996-1998 et ne représentent plus que 4 % de cette même population en 2001-2003. Paradoxalement, le pourcentage des personnes qui n'ont aucune occupation ou bien sont incapables de s'occuper de manière appropriée diminue lui aussi de 4 % (de 38 % à 34 %) entre 1996-1998 et 2001-2003. C'est donc dans la catégorie intermédiaire des personnes qui s'occupent, mais de façon limitée en temps ou en type d'activités, que l'on note une augmentation substantielle de la prévalence entre 1996-1998 (55 %) et 2001-2003 (62 %).

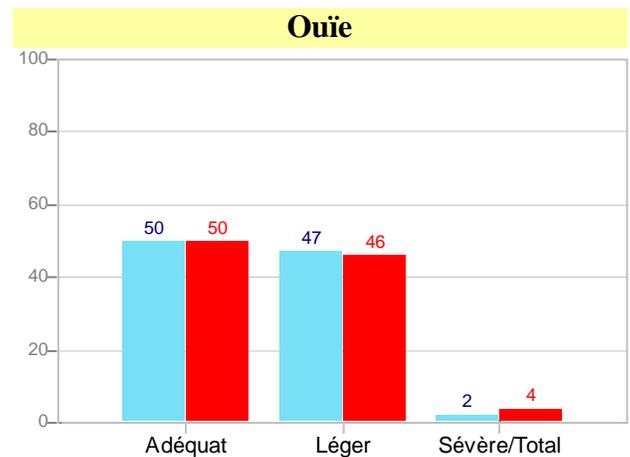
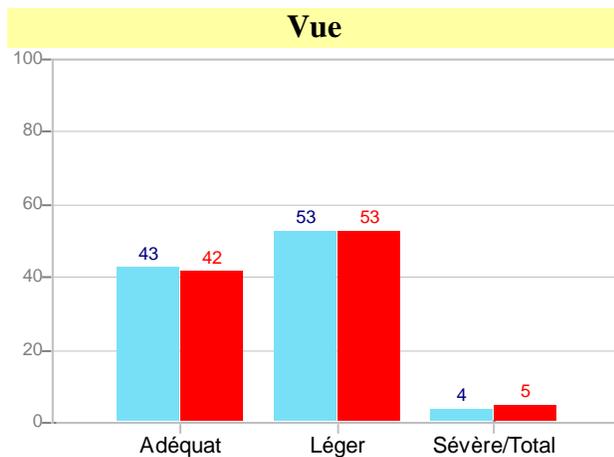
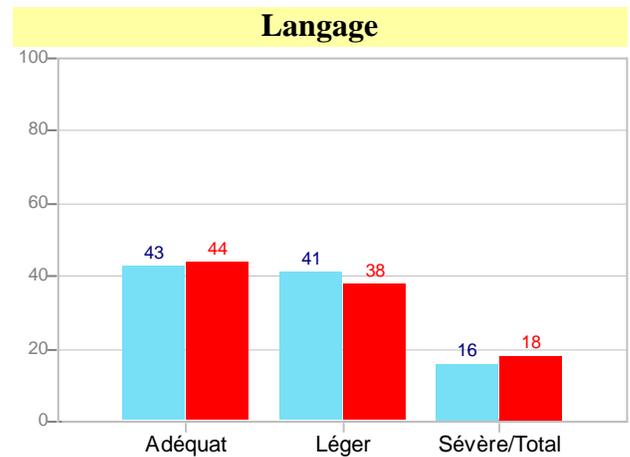
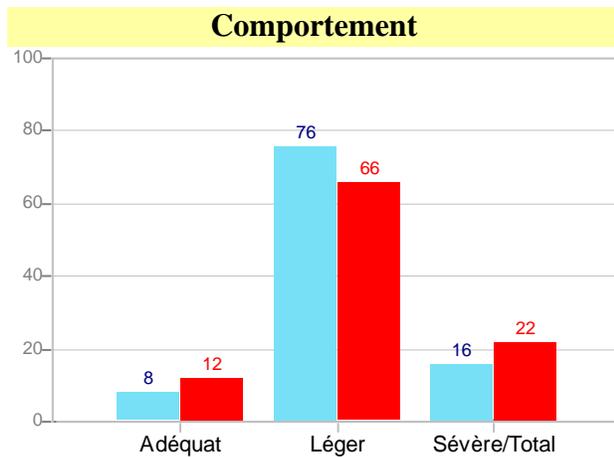
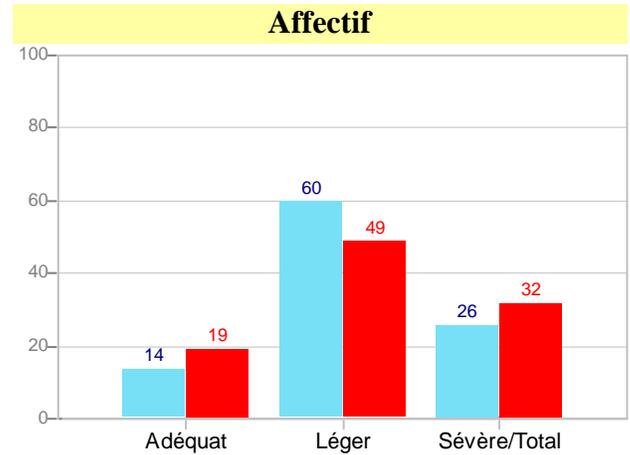
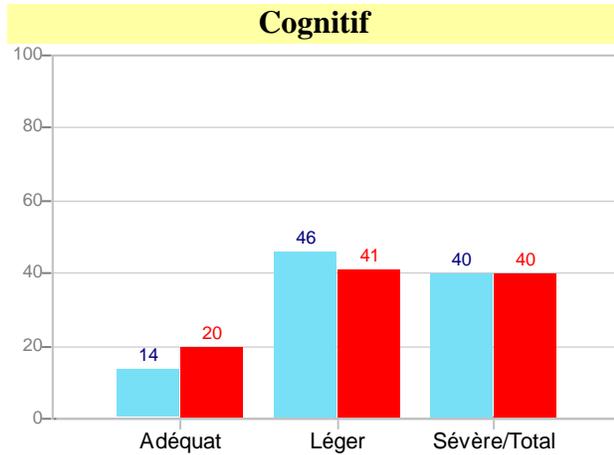
4. **Intégration sociale**

L'intégration sociale se détériore entre 1996-1998 et 2001-2003. Ceci est probablement lié à la diminution de la mobilité et à la plus grande dépendance (voir ci-dessus) et à la plus grande désorientation et à la plus grande prévalence des déficits cognitifs (voir ci-après). À noter que tous ces facteurs sont inter-reliés et qu'il n'est pas possible d'établir des relations de causalité simples. Quoiqu'il en soit, il n'y a plus que 8 % de bénéficiaires capables au moins de contacts primaires et secondaires « normaux » en 2001-2003, alors qu'il y en avait 16 % en 1996-1998 (donc une diminution proche de 50 %). À l'opposé, il y a en 2001-2003, 22 % des bénéficiaires qui n'ont plus aucun contact contre 18 % en 1996-1998. En gros, on observe donc un déplacement net de la clientèle vers les niveaux de plus haut handicap en terme d'intégration sociale.

5. **Orientation**

On observe le même phénomène au niveau de l'orientation, encore que moins marqué que dans le cas de l'intégration sociale. Le phénomène se manifeste surtout dans les catégories de moindre handicap (4 premiers niveaux de la variable) où on passe de 24 % des bénéficiaires en 1996-1998 à 15 % des bénéficiaires en 2001-2003.

Distribution des bénéficiaires par niveau de déficience



Déficiences psychiques et sensorielles

Déficiences cognitives

En 1996-1998, 40 % des bénéficiaires étaient cognitivement sévèrement ou totalement déficients. Ils sont toujours 40 % en 2001-2003. Le pourcentage des bénéficiaires légèrement déficients s'accroît lui de 5 %, de 41 à 46 %. Il s'ensuit que le pourcentage des bénéficiaires non déficients diminue de 6 % et passe de 20 à 14 %. L'ampleur de la détérioration n'est pas énorme mais elle est significative.

Déficiences affectives

On observe un changement de la distribution des bénéficiaires mais comme l'échelle est ordinale, on ne peut pas dire si ce changement est indicatif d'un alourdissement ou d'un allègement. En effet, la prévalence dans les deux catégories extrêmes diminue au profit de celle dans la catégorie centrale. On notera que le nombre de bénéficiaires qui n'ont pas de problèmes est faible (14 % en 2001-2003, 19 % en 1996-1998).

Déficiences comportementales

On observe ici un phénomène similaire à celui décrit dans le cas des déficiences affectives. La grande majorité des bénéficiaires (76 % en 2001-2003) se regroupe dans la catégorie centrale (déficients légers) et donc, les personnes qui n'ont pas de problèmes de comportement ou qui sont sévèrement ou totalement déficientes sont relativement peu nombreuses.

Déficiences du langage

Ici aussi, légère diminution dans les catégories extrêmes et légère augmentation dans la catégorie intermédiaire.

Déficiences de la vue et de l'ouïe

Les deux variables se comportent de la même manière : stabilité entre 1996-1998 et 2001-2003 et prévalence très faible des déficiences sévères ou totales.

Distribution des bénéficiaires selon le niveau de déficits cognitifs (Échelle de Reisberg) ou de problèmes psychiatriques

	Nb		%		MSN/JB		
Aucun problème	2195	3320	11	16	125	113	
Déficits cognitifs légers	3777	3286	20	16	142	135	
Déficits cognitifs modérés légers	6049	6117	32	30	188	178	
Déficits cognitifs modérés sévères	115	138	1	1	211	211	
Déficits cognitifs sévères : bén. actifs	2294	2541	12	12	212	219	
Déficits cognitifs sévères : bén. passifs	2632	3094	14	15	251	250	
Total des déficits cognitifs	14867	15176	78	74	191	191	
Problèmes psychiatriques légers	1541	1474	8	7	117	106	
Problèmes psychiatriques modérés	492	456	3	2	151	152	
Problèmes psychiatriques sévères	1	4	0	0	101	344	
Total des problèmes psychiatriques	2034	1934	11	9	125	117	

Déficits cognitifs et problèmes psychiatriques

En 2001-2003 seulement, 11 % des bénéficiaires n'ont pas de déficits cognitifs ou de problèmes psychiatriques. Ils étaient 16 % en 1996-1998. On observe donc une diminution de cette clientèle « sans problèmes ».

L'augmentation de la prévalence des bénéficiaires « avec problèmes », se manifeste dans les classes de problèmes les plus « légers », à savoir celles des bénéficiaires avec déficits cognitifs légers (+ 4 %) ou modérés légers (+ 2 %), et celles des bénéficiaires avec problèmes psychiatriques légers (+ 1 %) ou modérés (+ 1 %). On note même une légère diminution (- 1 %) de la prévalence des déficients cognitifs sévères passifs.

La classe la plus prévalente reste celle des bénéficiaires avec déficits cognitifs modérés légers. Si l'on combine les deux classes de déficits cognitifs sévères, on obtient pour celles-ci, une prévalence des bénéficiaires « très lourds » supérieure à 26 %.

On notera aussi que les bénéficiaires qui n'ont pas de problèmes demandent en moyenne 125 minutes de soins directs et indirects par 24 heures (MSN/JB = minutes-soins nettes par journée-bénéficiaire), ceux qui ont des déficits cognitifs requièrent en moyenne 191 minutes par 24 heures. Le chiffre est de 125 minutes pour ceux qui souffrent de problèmes psychiatriques; leur lourdeur est donc équivalente à celle de ceux qui n'ont pas de problèmes.

À remarquer encore, qu'un bénéficiaire avec déficits cognitifs sévères passifs demande plus du double de temps de soins (251 minutes) qu'un bénéficiaire qui n'a pas de problèmes (125 minutes).

Prévalence de certains problèmes de comportement et d'humeur

Problèmes	Non corrigés				Corrigés			
	Nb		%		Nb		%	
Aucun problème	5673	6164	30	30	-	-	-	-
Agressivité physique	2654	2488	14	12	204	510	1	2
Agressivité verbale	3487	3870	18	19	197	542	1	3
Dérange les autres	3006	2945	16	14	99	267	1	1
Agitation	3444	3162	18	15	183	504	1	2
Errance	2121	2028	11	10	114	235	1	1
Problèmes de comportement	8012	7918	42	39	344	946	2	5
Anxiété persistante	5322	4792	28	23	162	484	1	2
Tristesse	2927	3056	15	15	125	282	1	1
Manifestation de chagrin	850	1498	4	7	75	215	0	1
Retrait	2108	2577	11	13	77	189	0	1
Hypersomnie	345	481	2	2	12	30	0	0
Problèmes d'humeur	8420	8548	44	42	249	693	1	3
Prob. de comportement et d'humeur	3390	3315	18	16	32	119	0	1

Problèmes		Humeur						Total	
		Aucun		C		NC			
%									
Comportement	Aucun	30	30	1	2	26	24	56	57
	C	1	3	0	1	1	1	2	5
	NC	24	22	0	1	18	16	42	39
	Total	55	55	1	3	44	42	100	100

NC = Non corrigés

C = Corrigés

Problèmes spécifiques de comportement et d'humeur

Aucun problème

En 2001-2003 comme en 1996-1998, 30 % des bénéficiaires n'ont ni problème de comportement, ni problème d'humeur.

Problèmes de comportement

Le portrait est assez similaire en 2001-2003 et 1996-1998. On note une légère diminution de la prévalence des problèmes corrigés et une légère augmentation de la prévalence des problèmes non corrigés, sauf dans le cas de l'agressivité verbale.

Problèmes d'humeur

L'anxiété persistante reste de loin le problème le plus prévalent au niveau de 28 %; par contre, la prévalence des autres problèmes importants (tristesse, chagrin, retrait) est stable ou régresse .

Tableau croisé

En 2001-2003, 44 % des bénéficiaires ont un ou des problèmes d'humeur non corrigés et 42 % des bénéficiaires ont un ou des problèmes de comportement non corrigés. Et 18 % des bénéficiaires ont un ou des problèmes de comportement ET un ou des problèmes d'humeur non corrigés. On note une légère détérioration (de l'ordre de 2 %) entre 1996-1998 et 2001-2003.

Utilisation des moyens physiques et chimiques de protection

	Rarement		Parfois		Souvent		Souvent	
	Nb	Nb	Nb	Nb	Nb	Nb	%	%
Aucune protection	-	-	-	-	1028	1671	5	8
Côtés de lit	40	41	98	91	14408	14461	75	71
Tablette de fauteuil gériatrique	52	75	242	467	2005	2519	10	12
Tablette de fauteuil roulant	14	20	81	165	1154	1211	6	6
Prot. adjacentes au mobilier	105	136	419	719	14452	14517	76	71
Gilet de sécurité	18	43	9	69	241	886	1	4
Bracelet de poignet	5	20	6	20	161	134	1	1
Bracelet de cheville	1	2	-	2	15	13		
Ceinture abdominale	108	158	158	445	6190	5782	32	28
Culotte de contention	10	10	12	24	323	283	2	1
Protections limitant la mobilité	141	229	184	548	6542	6463	34	32
Tablier ignifuge	12	17	12	21	649	722	3	4
Demi-porte	4	5	8	24	130	96	1	
Chambre d'isolement	-	5	-	2	5	5		
Unité verrouillée	-	2	1	7	1174	930	6	5
Protections limitant la liberté	4	12	9	33	1259	1010	7	5
Psychotropes	222	249	110	169	13308	13087	70	64

Moyens physiques et chimiques de protection

La prévalence des moyens de protection, déjà très élevée en 1996-1998, s'accroît encore légèrement en 2001-2003. En 2001-2003, il n'y a plus que 5 % (contre 8 % en 1996-1998) de personnes qui ne « bénéficient » pas de moyens de protection.

Deux protections physiques sont très utilisées « souvent » et deux peu utilisées. Les autres ne sont pas ou presque pas utilisées. La protection chimique est, quant à elle, très utilisée « souvent ». Le tableau suivant résume la situation.

	96-98	01-03
Aucune protection	8 %	5 %
Côtés de lit	71 %	75 %
Tablette de fauteuil gériatrique	12 %	10 %
Tablette de fauteuil roulant	6 %	6 %
Protections adjacentes au mobilier	71 %	76 %
Ceinture abdominale	28 %	32 %
Protections limitant la mobilité	32 %	34 %
Protections limitant la liberté	5 %	7 %
Psychotropes	64 %	70 %

Seule l'utilisation de la tablette de fauteuil gériatrique est en légère diminution.

Prévalence des compensations

	Nb		%		
Compensation non requise	1862	2494	10	12	
Dimin. sans compensation	1501	1633	8	8	
Canne	848	1260	4	6	
Marchette	5164	4333	27	21	
Quadripode ou tripode	233	298	1	1	
Rampes ou meubles	1051	1537	6	8	
Compensations pour la marche	6808	6742	36	33	
Orthèse	865	568	5	3	
Prothèse	33	40	0	0	
Fauteuil roulant indépendant	4127	3899	22	19	
Fauteuil roulant avec aide	7386	7209	39	35	
Fauteuil roulant motorisé	698	655	4	3	
Fauteuil gériatrique	3279	3728	17	18	
Fauteuil roulant ou gériatrique	12984	13494	68	66	
Levier	5191	4478	27	22	

Compensations de la perte de mobilité

10 % des bénéficiaires ne souffrent d'aucune diminution de la mobilité en 2001-2003 (ils étaient 12 % en 1996-1998).

La canne, la marchette, le tripode, le quadripode et les rampes sont utilisés par 36 % des bénéficiaires en 2001-2003. Ce pourcentage était de 33 % en 1996-1998.

Un nombre infime de bénéficiaires ont une prothèse. En 2001-2003, 5 % des bénéficiaires ont une orthèse (contre 3 % en 1996-1998).

Le fauteuil roulant ou le fauteuil géatrique sont utilisés par 68 % des bénéficiaires en 2001-2003 (contre 66 % en 1996-1998).

Enfin, l'utilisation du levier est en forte augmentation : de 22 % des bénéficiaires en 1996-1998 à 27 % des bénéficiaires en 2001-2003.

En bref, l'examen de l'utilisation des compensations indique un léger alourdissement de la clientèle en terme de compensation pour la perte de mobilité, ce qui est congruent avec ce que montrait l'indicateur d'handicap de mobilité.

Services de réadaptation et autres services reçus

Réadaptation

On note une stabilité relative des services donnés en physiothérapie et en ergothérapie entre 1996-1998 et 2001-2003, et ceci aussi bien en terme de pourcentage des personnes bénéficiant des services, que de fréquence et de durée de ces services.

Le pourcentage de personnes bénéficiant de services de physiothérapie est de 22 %. Le nombre de séances par semaine est de 2 pour un total de 60 minutes (30 minutes/séance). Le pourcentage de personnes bénéficiant d'ergothérapie est de 13 %. Le nombre de séances par semaine est de 1.5 en moyenne pour un total de 50 minutes. Globalement, le pourcentage de bénéficiaires bénéficiant de physiothérapie ou d'ergothérapie est de 29 %. Le nombre de personnes bénéficiant de services d'orthophonie est négligeable.

Le pourcentage de personnes bénéficiant de soins infirmiers de réadaptation est relativement stable et demeure faible (de l'ordre de 1 à 2 %) dans le cas de l'entraînement à l'alimentation, aux déplacements, à la mobilisation au lit et aux transferts. Au chapitre de l'élimination et de l'hygiène/habillage, un pourcentage substantiel de personnes (9 %) bénéficient d'entraînement visant le maintien ou le recouvrement des habiletés. Globalement, le pourcentage de personnes bénéficiant de soins infirmiers de réadaptation est de 19 %.

Services médicaux

Tous les bénéficiaires sont suivis par un médecin qui les voit en moyenne 1.63 fois par mois. Le nombre de visites médicales est en baisse légère par rapport à 1996-1998, période à laquelle il se situait à 1.75 fois par mois.

Autres services

La prévalence des services de chimiothérapie, radiothérapie, inhalothérapie, dialyse, transfusion et des thérapies intraveineuses est très faible (inférieure ou égale à 1 %) en 2001-2003 comme en 1996-1998. Il en va de même de celle des stomies et des trachéotomies. L'utilisation de la sonde est faible et stable à 3 %.

La prévalence des ulcères de stase et celle des ulcères de pression sont faibles et stables : 1 % pour les ulcères de stase et pour les ulcères de pression de degrés 3 et 4, et de l'ordre de 4 % pour les ulcères de pression de degrés 1 et 2.

Profil des soins de base requis par intervention

	% des bénéficiaires		Fréquence par jour		Guider et motiver		Aide partielle		Aide partielle Pr.Cte		Aide complète	
Alimentation												
1041 repas	96	95	2.9	2.9	28	29	52	50	-	1	23	24
1070 collation	98	97	2.0	2.0	49	46	30	31	-	1	21	23
1080 hydratation	86	71	2.5	3.0	72	62	-	-	-	-	29	39
1090 choisir le menu	24	23	1.0	0.9	23	30	-	-	-	-	77	70
1100 alim. entérale continue	1	-	1.1	1.7	-	-	-	-	-	-	100	100
1110 alim. entérale intermittente	-	-	3.7	4.2	-	-	-	-	-	-	100	100
Élimination												
2030 urinal	5	5	3.2	3.6	62	61	25	26	-	-	13	15
2040 bassin de lit	4	5	2.5	2.8	4	6	14	21	-	-	82	74
2050 toilette (W.C.)	45	45	3.5	4.0	11	12	24	22	8	11	57	55
2060 incontinence urinaire	74	68	5.1	5.1	4	4	5	4	-	-	92	92
2070 incontinence fécale	50	46	0.8	0.8	-	-	-	-	-	-	100	100
2100 instal. de sonde/cath.vési.	/S 2	2	1.9	2.7	2	3	1	1	-	-	98	97
2110 soins ext. sonde	2	2	1.9	1.9	1	1	-	-	-	-	99	99
2120 drainage sac collecteur	3	3	3.0	2.9	1	2	-	-	-	-	99	99
2130 irrigation vésicale	/S 1	1	6.0	6.1	-	1	-	-	-	-	100	99
2180 irrigation rectale	/S 5	5	1.3	1.3	-	-	-	-	-	-	100	100
2190 toucher rectal	/S 5	5	1.3	1.5	-	-	-	-	-	-	100	100
Hygiène												
3030 toilette partielle	/S 87	85	5.0	5.0	5	6	19	19	14	12	62	63
3040 toilette complète	/S 100	100	2.5	2.5	1	2	1	4	23	19	75	75
3050 toilette génitale	/S 3	3	6.9	6.9	1	5	8	8	19	13	73	74
3090 shampoing	/S 96	96	1.0	1.0	-	1	-	1	2	2	97	96
3100 sham/coupe/mise en pli	/S -	-	1.4	1.0	-	-	-	-	-	-	100	100
3130 manucure/pédicure	/S 99	99	1.0	1.0	-	-	3	3	-	-	97	97
3140 rasage	/S 30	31	6.0	5.7	11	11	13	10	8	6	69	73
3151 bijoux/maquillage	10	13	1.8	1.9	13	17	37	39	-	-	51	46
3160 tiges montées	14	14	3.1	3.2	4	3	7	7	-	-	88	90
3170 brossage des dents	76	72	3.0	3.0	13	14	12	10	10	9	65	66
3181 habillage/déshabillage	83	81	2.0	2.0	9	11	16	15	16	14	61	61
Mobilisation												
4011 lever/coucher	58	57	4.7	5.1	32	26	53	52	-	-	19	24
4021 lever/coucher avec levier	28	23	3.3	3.2	-	-	-	-	-	-	100	100
4030 marcher	35	32	3.3	3.0	62	54	39	47	-	-	-	-
4040 pousser fauteuil	48	46	2.1	2.0	-	-	-	-	-	-	100	100
4050 frictions/installations	74	65	4.4	4.5	-	2	42	33	-	-	58	66
4060 exercices	42	41	1.8	1.8	1	1	3	3	18	18	79	78
4080 moyens de protec. phys.	17	21	2.4	3.6	3	2	-	-	-	-	97	98

/S : fréquence / semaine

Profil des soins de base requis par intervention

La première colonne du tableau « % des bénéficiaires » fournit la prévalence de la dépendance, tous modes confondus, dans la population pour chaque intervention. Les colonnes suivantes donnent la distribution des seuls bénéficiaires dépendants entre les modes de compensation. Pour chaque intervention, la distribution devrait théoriquement sommer à 100 %. Toutefois, la somme des pourcentages dépasse fréquemment 100 % car certains bénéficiaires sont comptés deux fois ou plus étant donné qu'ils requièrent deux modes de compensation ou plus durant la semaine d'observation.

On observe que 96 % des bénéficiaires ont besoin de l'aide d'autrui pour les repas, mais que l'alimentation entérale est très peu prévalente (1 % des bénéficiaires). Le besoin d'aide pour l'urinal et le bassin de lit est faible (4 à 5 % des bénéficiaires), mais 44 % des bénéficiaires ont besoin d'aide pour aller à la toilette ou à la chaise d'aisance, 74 % des bénéficiaires ont besoin de soins d'incontinence urinaire et 50 % de soins d'incontinence fécale. La sonde est peu utilisée (3 % des bénéficiaires). Au chapitre de l'hygiène, 87 % des bénéficiaires ont besoin d'aide pour leur toilette partielle et 100 % pour la toilette complète, 90 % des bénéficiaires requièrent de l'aide pour l'hygiène buccale (14 % pour les tiges montées et 76 % pour le brossage des dents). Enfin, 83 % des bénéficiaires dépendent de l'aide d'autrui pour l'habillage/déshabillage, 28 % des bénéficiaires sont levés/couchés avec levier et 58 % ont besoin de l'aide d'autrui (sans levier) pour se lever/se coucher. L'aide à la marche est requise par 35 % des bénéficiaires, l'aide pour pousser le fauteuil par 48 %. 74% des bénéficiaires requièrent des frictions ou installations et 42 % des exercices passifs ou actifs.

La fréquence de l'aide à la toilette (W.C) est en moyenne de 3.5 fois par jour, celle des soins d'incontinence urinaire de 5.1 fois par jour, celle de l'incontinence fécale de 0.8 fois par jour. La fréquence de la toilette partielle de 5 fois par semaine et celle de la toilette complète de 2.5 fois par semaine. La fréquence des levers et couchers sans levier de 4.7 fois par jour, celle des levers et couchers avec levier de 3.3 fois par jour. L'aide à la marche est requise en moyenne 3.3 fois par jour, l'aide pour pousser le fauteuil 2.1 fois par jour, les frictions/installations 4.4 fois par jour et les exercices musculaires 1.8 fois par jour.

Dans PLAISIR, on distingue 5 modes de compensation de la dépendance :

- 1. guide ou motiver;*
- 2. guider ou motiver avec présence constante (pr. cte) de l'intervenant pendant toute la durée de l'action d'auto-soin;*
- 3. aide partielle;*
- 4. aide partielle avec présence constante de l'intervenant pendant toute la durée de l'action de soins, incluant l'auto-soin;*
- 5. aide complète.*

Profil des ressources requises pour les soins de base par intervention

	% des bénéficiaires	% des minutes-soins nettes (MSN)	MSN/JB
Alimentation			
1041 repas	96	95	12.8 13.4 22.6 23.0
1070 collation	98	97	2.4 2.5 4.2 4.3
1080 hydratation	86	71	0.4 0.6 0.8 0.9
1090 choisir le menu	24	23	0.2 0.1 0.3 0.2
1100 alim. entérale continue	1	0	0.1 0.0 0.1 0.0
1110 alim. entérale intermittente	0	0	0.1 0.1 0.1 0.1
Total	100	99	15.9 16.8 28.0 28.7
Élimination			
2030 urinal	5	5	0.1 0.1 0.2 0.2
2040 bassin de lit	4	5	0.2 0.3 0.3 0.5
2050 toilette (W.C.)	45	45	4.0 4.7 7.0 8.0
2060 incontinence urinaire	74	68	11.5 10.9 20.3 18.6
2070 incontinence fécale	50	46	1.4 1.3 2.5 2.3
2100 instal. de sonde/cath.vési.	2	2	0.0 0.0 0.1 0.1
2110 soins ext. sonde	2	2	0.1 0.1 0.1 0.1
2120 drainage sac collecteur	3	3	0.1 0.1 0.1 0.1
2130 irrigation vésicale	1	1	0.0 0.0 0.1 0.1
2180 irrigation rectale	5	5	0.0 0.0 0.0 0.0
2190 toucher rectal	5	5	0.0 0.0 0.0 0.0
Autres interventions	3	4	0.2 0.2 0.3 0.3
Total	88	84	17.6 17.7 31.1 30.3
Hygiène			
3030 toilette partielle	87	85	3.8 3.8 6.7 6.5
3040 toilette complète	100	100	5.9 5.9 10.5 10.1
3050 toilette génitale	3	3	0.1 0.1 0.1 0.1
3090 shampoing	96	96	1.2 1.2 2.1 2.1
3100 sham/coupe/mise en pli	0	0	- - 0.0 0.0
3130 manucure/pédicure	99	99	0.4 0.4 0.7 0.7
3140 rasage	30	31	1.3 1.3 2.2 2.1
3151 bijoux/maquillage	10	13	0.1 0.1 0.1 0.2
3160 tiges montées	14	14	0.4 0.5 0.8 0.8
3170 brossage des dents	76	72	2.6 2.6 4.6 4.4
3181 habillage/déshabillage	83	81	6.7 6.6 11.8 11.2
Autres interventions	0	0	- - 0.0 0.0
Total	100	100	22.5 22.3 39.7 38.2
Mobilisation			
4011 lever/coucher	58	57	3.3 3.5 5.9 6.0
4021 lever/coucher avec levier	28	23	2.6 2.1 4.6 3.7
4030 marcher	35	32	2.4 2.2 4.2 3.7
4040 pousser fauteuil	48	46	1.7 1.6 3.0 2.8
4050 frictions/installations	74	65	7.4 6.9 13.1 11.8
4060 exercices	42	41	4.3 4.2 7.6 7.2
4080 moyens de protec. phys.	17	21	0.5 1.1 0.9 1.9
Autres interventions	0	0	0.0 0.0 0.1 0.0
Total	92	87	22.2 21.7 39.3 37.1

Le mode 2, très rare, a été fusionné avec le mode 1 dans le profil ci-joint des soins de base requis par intervention.

On note que selon les actions de soins, tel ou tel mode est plus prévalent. Par exemple, le mode 1 est presque inexistant et le mode 5 est requis par la majorité des patients dans le cas de l'élimination et de l'hygiène. Le mode 3 est quant à lui le mode le plus prévalent en ce qui concerne les repas et le lever et le coucher sans levier. En général, il y a peu de différences entre les profils de soins de base requis par intervention entre 1996-1998 et 2001-2003. Quand il y en a en regard du pourcentage de bénéficiaires ayant besoin d'aide pour une intervention, on observe le plus souvent un léger accroissement de ce pourcentage. Par contre, quand il y en a au niveau de la fréquence des interventions, à l'inverse, on observe le plus souvent une légère diminution.

Profil des ressources requises pour les soins de base par intervention

La première colonne de ce tableau, intitulée « % des bénéficiaires » est identique à celle du tableau précédent. La seconde colonne fournit le % des minutes totales de soins directs et indirects consommé par chaque intervention requise. La dernière colonne fournit le temps moyen par jour par bénéficiaire de chaque intervention, ce temps étant calculé sur l'ensemble des bénéficiaires incluant ceux qui ne requièrent pas l'intervention. Il ne faut donc pas interpréter ces temps comme étant les temps unitaires des interventions. En effet :

- 1° le temps d'une quelconque intervention varie avec le mode de compensation;*
- 2° la plupart du temps, l'intervention n'est pas requise par 100 % des bénéficiaires;*
- 3° certaines interventions ne sont pas requises 7 jours sur 7;*
- 4° la fréquence journalière d'une intervention est, en général, différente de un.*

Les temps qui apparaissent dans cette dernière colonne du tableau sont donc des moyennes par jour (quelque soit la fréquence journalière des interventions) sur 7 jours, pour 100 % des bénéficiaires, tous modes de compensation confondus.

Les cinq interventions de soins de base les plus grandes consommatrices de temps représentent près de 50 % du temps des soins directs et indirects (SDI). Ces cinq interventions sont les suivantes :

	% des bénéficiaires	% des SDI	Fréquence par jour
1. Aide pour les trois repas	96 %	12.8 %	2.9
2. Soins d'incontinence urinaire	74 %	11.5 %	5.1
3. Toilettes (partielles et complètes)	87-100 %	9.7 %	1.1
4. Frictions et installations	74 %	7.4 %	4.4
5. Habillage et déshabillage	83 %	6.7 %	2.0
Ensemble		48.1 %	

Profil des ressources requises par type et catégorie de soins

	% des minutes-soins productives (MSP)		MSP/JB		
SDI (Minutes-soins nettes)		88.0	87.7	176.8	171.1
CSB		5.7	5.9	11.5	11.5
AAEDEP		6.2	6.4	12.5	12.5
Minutes-soins productives		100.0	100.0	200.8	195.1
	% des minutes-soins nettes (MSN)		MSN/JB		
Soins de base		78.1	78.5	138.0	134.3
Soins relationnels/éducatifs		12.6	13.0	22.2	22.3
Soins techniques		9.3	8.5	16.5	14.5
Alimentation		15.9	16.8	28.0	28.7
Élimination		17.6	17.7	31.1	30.3
Hygiène/habillage		22.4	22.3	39.7	38.2
Mobilisation		22.2	21.7	39.3	37.1
Communication		12.6	13.0	22.2	22.3
Respiration		0.4	0.4	0.7	0.7
Médicaments		4.4	4.1	7.8	7.1
Thérapie IV		0.0	0.0	0.1	0.0
Traitements		2.1	2.0	3.7	3.4
Méthodes diagnostiques		2.4	1.9	4.2	3.2

	% des bénéficiaires	% des SDI	Fréquence par jour
Viennent ensuite :			
6. Aide pour se lever/coucher (avec/sans levier)	86 %	5.9 %	4.7-3.3
7. Exercices passifs et actifs	42 %	4.3 %	1.8
8. Aide pour aller à la toilette	45 %	4.0 %	3.5
9. Brossage des dents/tiges montées	90 %	3.0 %	3.0
10. Collations	98 %	2.4 %	2.0
11. Aide à la marche	35 %	2.4 %	3.3
Ensemble		22 %	

Ainsi donc, 11 interventions représentent plus de 70 % du temps des soins directs et indirects. On ne note pas de différences très importantes dans la répartition des charges en soins entre 1996-1998 et 2001-2003. On remarquera une légère augmentation de la part des SDI consacrée aux soins d'incontinence urinaire (de 10.9 % à 11.5 %) accompagnée d'une diminution de la portion du temps consacré à l'aide pour aller à la toilette (de 4.7 % à 4.0 %), une augmentation de la part des SDI consacrée aux frictions et installations (de 6.9 % à 7.4 %), et une diminution de la part des SDI consacrée aux repas (de 13.4 à 12.8 %).

Profil des ressources requises par types et catégories de soins

Les bénéficiaires requièrent en moyenne 176.8 minutes de soins directs et indirects par journée en 2001-2003. En 1996-1998, le chiffre correspondant était de 171.1 minutes. L'alourdissement en terme de temps de soins, est donc faible : 5.7 minutes (= 3.33 %) sur 5 ans, donc en moyenne 1.1 minutes ou 0.67 % par an.

La lourdeur moyenne des bénéficiaires en terme de temps semble donc tendre vers un plafond de 3 heures de soins directs et indirects par jour. Cette observation n'est vraie qu'au niveau global et non à celui des établissements où on observe toujours des différences allant du simple au triple.

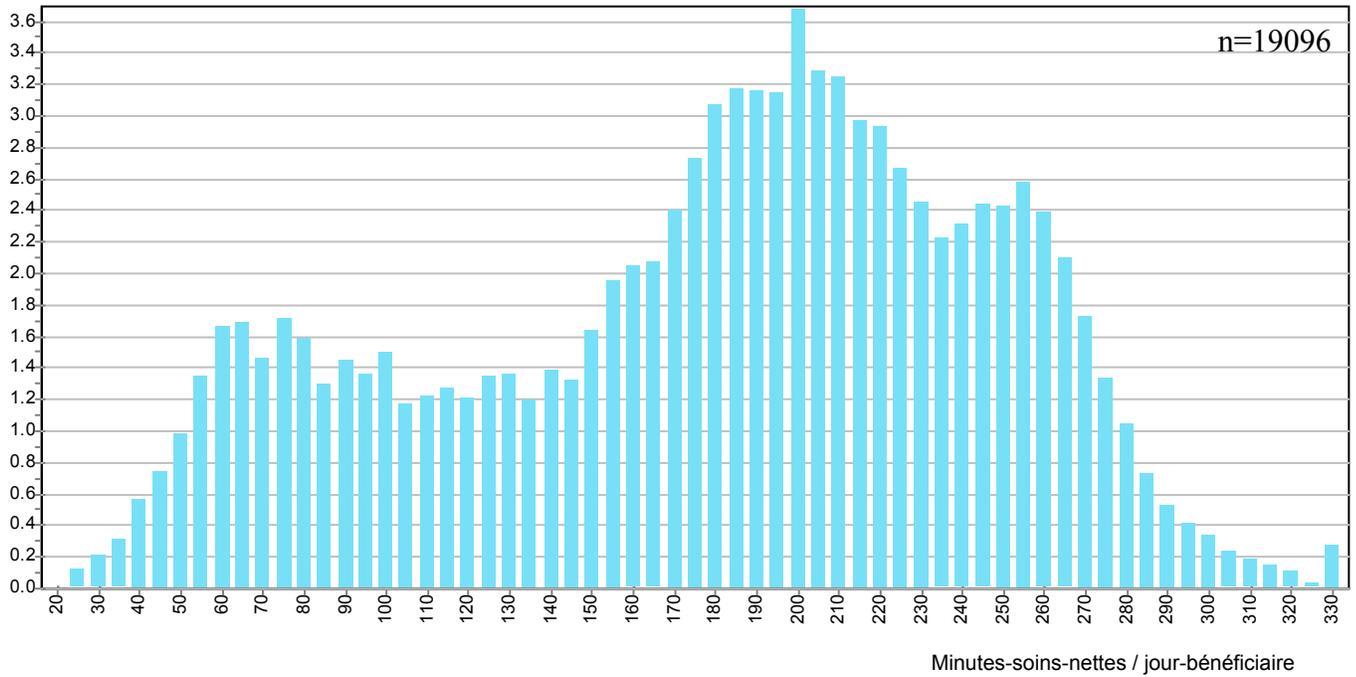
Les soins de base prennent la part du lion du temps de soins total (78 %); les soins relationnels et éducatifs (13 %) et les soins techniques (9 %) se partagent le reste.

Au niveau des soins de base, c'est l'hygiène et l'habillage qui consomment le plus de temps (39.7 minutes ou 22.4 %) suivis de près par les soins de mobilisation (39.3 minutes ou 22.2 %). Viennent ensuite les soins d'élimination (31 minutes ou 17.6 %) et les soins d'alimentation (28.0 minutes ou 15.9 %).

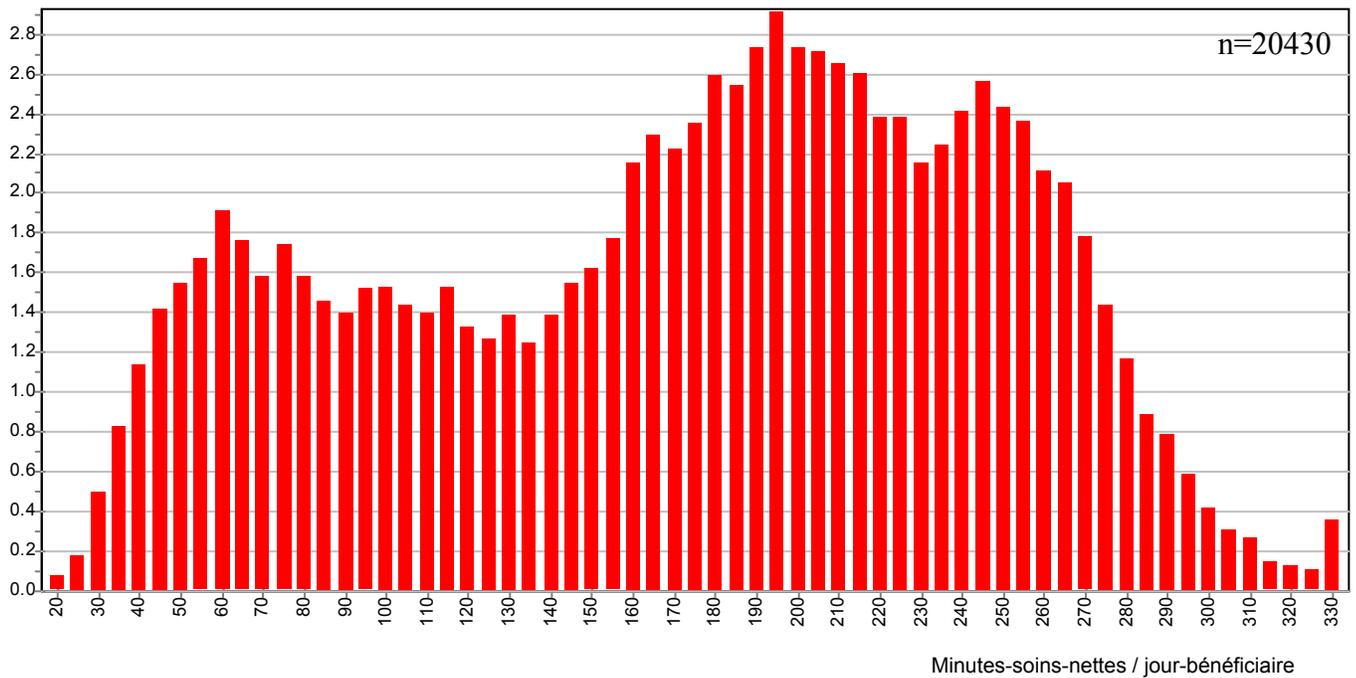
Au niveau des soins techniques, la médication consomme la moitié du temps, les traitements et les méthodes diagnostiques se partageant également l'autre moitié. Le soins de respiration et la thérapie I.V. sont presque inexistantes.

Distribution des bénéficiaires selon les minutes-soins-nettes requises par jour

% de bénéficiaires



% de bénéficiaires



On ne note pas de différences significatives dans la distribution des temps de soins entre les différents types et catégories de soins, entre 1996-1998 et 2001-2003. L'augmentation globale journalière de 5.7 minutes de soins se décompose de la manière suivante :

- soins de base : + 3.7 minutes
- soins relationnels et éducatifs : - 0.1 minute
- soins techniques : + 2.0 minutes

Distribution des bénéficiaires selon les minutes-soins nettes requises par jour (Case-mix en fonction des niveaux de ressources requises)

Les bénéficiaires du Québec requièrent entre 20 et 330 minutes-soins nettes (et plus pour quelques-uns) par jour. La distribution des bénéficiaires en fonction des MSN requises par jour a peu changé entre 1998 et 2003. Tout au plus note t'on un léger affaissement du premier mode de la distribution situé aux alentours de 60 MSN / jour et un léger relèvement du second mode de la distribution situé aux alentours de 200 MSN / jour. On remarquera aussi qu'un troisième mode semble se dessiner autour de 255 MSN / jour.

Au début des évaluations PLAISIR au Québec en 1983, le premier mode était dominant. Au fil des années, avec les restrictions imposées à l'admission de bénéficiaires demandant « peu de soins », ce premier mode a progressivement diminué d'ampleur et on constate que cette tendance se poursuit entre 1998 et 2003. Il est vraisemblable que ce premier mode disparaisse complètement dans quelques années si le contrôle des admissions est efficace. Pour ce faire, il faudrait que les évaluations de la lourdeur des bénéficiaires réalisées en pré-admission soient fiables. On constate cependant que leur qualité est très variable. Il arrive ainsi souvent que lorsqu'on évalue avec PLAISIR un bénéficiaire déjà admis, on obtienne des MSN de loin inférieures à celles de son évaluation pré-admission sur la base desquelles il a été admis. Ce sont ces évaluations pré-admission erronées qui entraînent la persistance d'un groupe de bénéficiaires « légers » dans les CHSLD du Québec.

Nombre de postes et présences du personnel infirmier requis

Le bénéficiaire moyen de 2001-2003 requiert 176.8 minutes de soins directs et indirects par journée. Ces minutes sont appelées minutes-soins nettes (MSN).

Aux minutes-soins nettes, s'ajoutent 24 minutes par bénéficiaire par jour pour le temps des communications du personnel du service des soins infirmiers regardant le bénéficiaire (les transmissions), pour les déplacements de ce personnel, l'entretien fait par ce personnel et les activités administratives quotidiennes accomplies par ce personnel. On obtient ainsi les minutes-soins productives (MSP). Donc en 2001-2003, $176.8 + 24 = 200.8$ MSP par journée-bénéficiaire.

Heures et minutes requises en moyenne par journée-bénéficiaire

	Heures/JB		Minutes/JB	
Nettes	2.95	2.85	176.8	171.1
Productives	3.35	3.25	200.8	195.1
Travaillées	3.59	3.49	215.6	209.5
Rémunérées	4.30	4.17	257.7	250.4

Nombre d'heures-soins travaillées (HST), de présences et de postes du personnel infirmier requis par quart de travail

	Jour	Soir	Nuit	24 H
Nombre d'HST par journée-bénéficiaire :	2.00 1.94	1.16 1.12	0.43 0.44	3.59 3.49
Nombre de présences par journée-bénéficiaire :	0.28 0.27	0.16 0.15	0.06 0.06	0.50 0.48
Nombre de bénéficiaires par présence du personnel :	3.63 3.74	6.23 6.49	16.74 16.52	
Nombre de postes par bénéficiaire :	0.46 0.45	0.27 0.26	0.10 0.10	0.83 0.81
Nombre de bénéficiaires par poste :				1.21 1.24

À noter que la norme de 24 minutes a été fixée en 1980 au Québec par directive ministérielle.

Au Québec, étant donné qu'il faut payer 435 minutes (dont 30 minutes de pause) pour obtenir 405 minutes productives de la part du personnel, on fait une règle de trois, et on multiplie les minutes productives par le facteur $435 / 405$ pour obtenir ce qu'on appelle les minutes-soins travaillées (MST). En 2001-2003, $200.8 \text{ MSP} \times 435 / 405 = 215.6 \text{ MST}$.

Reste à tenir compte des avantages sociaux. On part du fait que le personnel à temps-plein est payé 5 jours par semaine, donc $5 \times 52.18 \text{ semaines} = 260.9 \text{ jours}$ par an, et que sur ces 260.9 jours, un membre du personnel est « absent » en moyenne 42.6 jours (cette norme, établie par directive en 1980, ne correspond pas nécessairement à la réalité d'aujourd'hui) et travaille donc 218.4 jours. Il faut donc payer 260.9 jours pour obtenir 218.4 jours travaillés.

Dès lors, par la règle de trois, pour obtenir 215.6 MST, il faut rémunérer $215.6 \times 260.9 / 218.4 = 257.7$ minutes-soins dites rémunérées (MSR).

En résumé, le bénéficiaire demande en moyenne 2.95 heures de soins directs et indirects par jour; mais si l'on tient compte des autres activités du personnel, des temps de pause et des absences payées, il faudrait en réalité, payer 4.30 heures par journée-bénéficiaire.

Les 3.59 heures travaillées requises par bénéficiaire par jour se décomposent en 2.00 heures de jour (55.7 %), 1.16 heures de soir (32.3 %) et 0.43 heure de nuit (12 %).

Une demi-présence du personnel soignant est requise par bénéficiaire par jour, à raison de 0.28 présence de jour, 0.16 présence de soir et 0.06 présence de nuit. Inversement, de jour un membre du personnel soignant devrait prendre en charge 3.63 bénéficiaires, de soir 6.23 bénéficiaires et de nuit 16.74 bénéficiaires si les ressources considérées comme requises selon PLAISIR étaient allouées.

Approximativement huit dixième de poste (en réalité 0.83) est requis par bénéficiaire, à raison de 0.46 poste de jour, 0.27 poste de soir et 0.10 poste de nuit. Pour 100 bénéficiaires, il faudrait donc 46 postes de jour, 27 postes de soir et 10 postes de nuit. Ce calcul dépend de la norme de 42.6 jours d'absence payés par an.

EROS - Équipe de Recherche Opérationnelle en Santé inc.

5225, rue Berri, bureau 200
Montréal (Québec)
H2J 2S4

Téléphone : (514) 490-0909
Télécopieur : (514) 490-0936
Courriel : info@erosinfo.com
