

L'OFFRE ET LA DEMANDE DES SOINS DANS
LES ETABLISSEMENTS DE LONG SEJOUR:
VARIETE ET ADEQUATION

Charles TILQUIN (1)

Godelieve VANDERSTRAETEN (2)

Bibiane ROUSSEL (1)

Gisèle LEONARD (1)

Martine LAFRANCE (1)

- (1) EROS
Equipe de Recherche Opérationnelle en Santé
Département d'Administration de la Santé
Université de Montréal
Montréal, QUEBEC
- (2) Département de Mathématiques Appliquées
Ecole Polytechnique
Montréal, QUEBEC

CORRESPONDENCIA: Charles TILQUIN
Département d'Administration de la Santé
Université de Montréal
C.P. 6128 succursale "A"
Montréal, QUEBEC H3C 3J7
CANADA

INTRODUCTION

Nous nous intéressons à l'offre et à la demande de soins infirmiers et d'assistance pour les activités de la vie de tous les jours, dans les établissements de long séjour pour personnes en perte d'autonomie, de la Province de Québec au Canada. Nous mesurons l'offre et la demande en terme d'heures-soins requises (demande) ou données (offre) par journée-client. La première question posée est celle de savoir si les établissements d'une catégorie et d'un type donnés, sont semblables en termes d'offre et de demande ou si au contraire les groupes d'établissements sont hétérogènes en termes d'offre et de demande. La deuxième question concerne les écarts entre l'offre et la demande: ces écarts sont-ils les mêmes d'une catégorie d'établissement à l'autre, d'un type d'établissement à l'autre, d'une région du Québec à l'autre? Nous terminons en analysant brièvement les implications de nos observations pour la budgétisation des établissements de long séjour.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

La population considérée ici est celle des établissements de long séjour du Québec. Ces établissements sont de deux types: publics (PU) et privés (PR), et appartiennent à deux catégories: centres d'accueil (CA), et centres hospitaliers de soins de longue durée (CH). Ces centres accueillent des personnes qui pour la plupart sont très âgées (moyenne d'âge: 78 ans). Ont été exclus de l'étude, les centres à vocation spécifiquement psychiatrique et les établissements totalement privés, c'est-à-dire ceux où même les soins infirmiers et d'assistance ne sont pas pris en charge par l'état. La vocation originale des CH était d'accueillir des personnes en perte d'autonomie ayant besoin de soins de base et de traitements médicaux et autres. A l'opposé, la vocation des centres d'accueil était davantage "sociale": ils étaient appelés à accueillir des personnes isolées, fragiles, anxieuses, supportant mal la solitude mais par ailleurs à peu près autonomes en ce qui concerne les activités de la vie quotidienne. Donc en 1970, quand le système de santé et de services sociaux du Québec a été structuré, ces deux catégories d'établissements étaient dotées de ressources très différentes en qualité et en quantité et cela se reflétait significativement dans leur budget de soins et d'assistance. Avec le temps cependant, la clientèle des CA a vieilli et face aux pressions de la demande ceux-ci se sont vus dans l'obligation d'admettre des personnes âgées en perte d'autonomie, qui constituent à l'heure actuelle la grande majorité de leur clientèle.

Les données sur la demande ont été obtenues à l'aide du système PLAISIR (1) (2) qui permet de calculer le niveau de soins de chaque client, c'est-à-dire les heures de soins infirmiers et d'assistance qu'il requiert en moyenne par jour. Il aurait été possible, techniquement, de mesurer aussi les heures-soins de réadaptation et les heures de services sociaux requises. On ne l'a pas fait pour minimiser les coûts du recueil des données et compte tenu que les soins infirmiers et d'assistance représentent la part du lion (+90%) des soins et services requis par la personne âgée (3). Les heures-soins mesurées avec PLAISIR excluent le temps des communications verbales et écrites au sujet du client (transmissions) des membres de l'équipe de soins (a) entre eux (b) avec les autres intervenants: réadaptation, service social, animation, etc (c) avec les autres services: pharmacie, diététique, etc (d) avec la famille, les amis, les bénévoles, (e) avec les médecins. Un comité d'experts appelé à évaluer le temps des "transmissions" a établi la norme de 11.5 minutes par client par jour. De la même manière, une norme de 12.5 minutes par client par jour a été fixée pour rendre compte (a) du temps des déplacements avec ou sans le bénéficiaire dans ou à l'extérieur des unités de soins (b) du temps de l'entretien du matériel et des lieux - à l'exclusion du "gros" entretien ménager (c) du temps d'administration du service des soins infirmiers et d'assistance. Enfin, pour mesurer la demande dans des termes comparables à ceux dans lesquels l'offre est mesurée par le Ministère (les heures-soins travaillées), on a tenu compte du fait que le personnel ne produit que 405 minutes de soins sur sa période de travail de 435 minutes puisqu'il a droit à 30 minutes de temps personnel. Ainsi donc:

$$\text{Les heures-soins travaillées requises par jour-client} = \left[\begin{array}{l} \text{les heures-soins nettes/} \\ \text{jour-client mesurées} \\ \text{avec PLAISIR} \end{array} + 11.5 \text{ minutes} + 12.5 \text{ minutes} \right] \times \frac{435}{405}$$

Ces heures-soins sont comparables aux heures-soins travaillées offertes par jour-client sur lesquelles chaque établissement doit faire rapport chaque année au Ministère de la santé et des services sociaux.

Les 346 établissements considérés dans cette étude sont tous ceux pour lesquels nous disposons à la fois des données sur la demande (PLAISIR) et des données sur l'offre (Ministère). Ils proviennent de toutes les régions du Québec sauf une (sur onze) qui n'a pas fait partie de l'étude; ils représentent 90.6% des établissements de ces dix régions et accueillent 96.1% de la clientèle de celles-ci (30 878 clients). C'est pour cela que nous parlons de population plutôt que d'échantillon. La distribution de cette population entre les régions et les types/catégories d'établissement est donnée au tableau I. Par ailleurs, à quelques exceptions près, toutes les observations ont été faites dans les trois derniers mois de 1984 et les trois premiers mois de 1985.

Tableau I: Distribution de la population à l'étude

Régions	01	02	04	05	6A	6B	6C	07	08	09	Total
#établissements	20	26	44	22	101	32	60	20	14	7	346
#clients	1536	1530	3010	1646	13383	2419	4910	1377	806	261	30878
Établissements	CH-PR		CH-PU		CA-PR		CA-PU		CH	CA	Total
#établissements	27		73		46		200		100	246	346
#clients	1848		7244		2945		18841		9092	21786	30878

Enfin au chapitre de l'interprétation des données, il est fondamental de rappeler que la mesure du niveau des soins produite par PLAISIR ne constitue pas un absolu. Le processus de construction et d'utilisation du système PLAISIR garantit la validité de ces normes en termes relatifs, c'est-à-dire les unes par rapport aux autres et en référence à une certaine philosophie de soins, une certaine conception du nursing et à certaines exigences de réalisme imposées par le niveau actuel de dotation des établissements. Il convient aussi de rappeler que nous ne nous intéressons qu'à une partie de l'offre et que nos conclusions ne sont donc valables que pour celle-ci. Enfin le standard de 24 minutes (11.5+12.5) gagnerait à être raffiné. Il serait probablement plus valide d'utiliser une norme qui varie avec la quantité de soins infirmiers et d'assistance requise par le client.

RÉSULTATS

A. VARIATIONS DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE

Du point de vue des heures-soins (HS) qu'ils offrent à leur client moyen par jour et que celui-ci demande en moyenne par jour, les différents types - catégories d'établissements constituent-ils des groupes homogènes et distincts ? Ou bien, observe-t-on plutôt hétérogénéité et chevauchement ? Pour faciliter l'analyse, nous avons regroupé les établissements selon les heures-soins requises ou offertes à leur client moyen par intervalle de 0.166 heures (= 10 minutes). Ainsi, tous les CH offrant entre 3 heures et 3 heures 10 minutes de soins par jour à leur client moyen appartiennent ici à la même cellule du point de vue de l'offre (idem pour la demande).

Au niveau de l'offre, on constate que les CA et les CH constituent des catégories nettement distinctes mais hétérogènes. En effet, la distribution des CA va de (0³⁰ - 0⁴⁰) HS à (3⁰⁰ - 3¹⁰) HS alors que les CH se distribuent sur l'intervalle allant de (2²⁰ - 2³⁰) HS à (5⁰⁰ - 5¹⁰) HS. En dépit de cette grande dispersion, le chevauchement des deux distributions est faible. Il se manifeste dans l'intervalle (2²⁰ - 2³⁰) à (3⁰⁰ - 3¹⁰) HS - (Figure 1). Par ailleurs, l'observation des

distributions respectives des programmes publics et privés (non représentées ici) montre une moins grande dispersion des établissements privés que celle des établissements publics.

Au niveau de la demande, on constate sensiblement la même hétérogénéité qu'au niveau de l'offre, mais les deux catégories d'établissements se chevauchent davantage (Figure 2). On n'observe plus la différence public - privé qu'on avait notée dans le cas de l'offre.

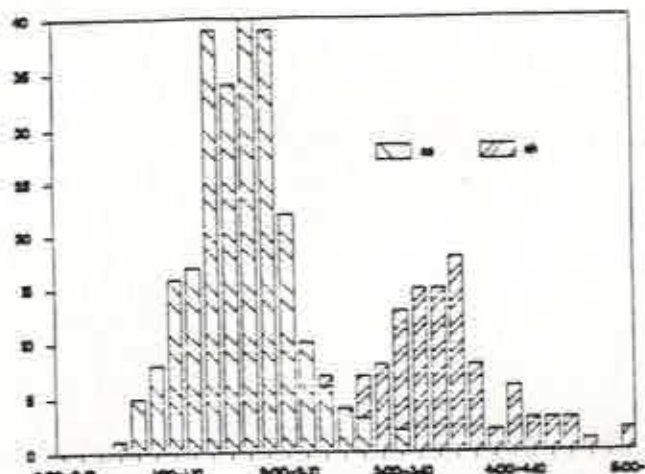


Figure 1: Distribution de fréquence des CA et CH selon l'intervalle d'heures-sous (HS) offertes en moyenne par journée-client

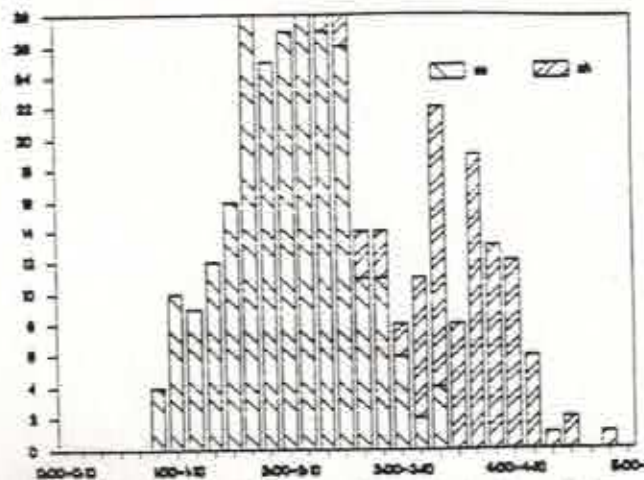


Figure 2: Distribution de fréquence des CA et CH selon l'intervalle d'heures-sous (HS) requises en moyenne par journée-client

B. ÉCARTS ENTRE L'OFFRE ET LA DEMANDE

Le tableau II donne les ratios moyens offre-demande par type-catégorie d'établissements et par région. Ainsi le taux global de satisfaction de la demande est de 86% (résultat à interpréter prudemment en tenant compte du caractère relatif plutôt qu'absolu des mesures PLAISIR). Les CA, aussi bien dans le public que dans le privé, sont défavorisés par rapport aux CH. Le public est favorisé par rapport au privé, mais la différence dans les taux de satisfaction de la demande est plus grande entre CH et CA (16%) qu'entre public et privé (6%). Le taux global de satisfaction de la demande est plus élevé dans les régions nordiques (# 08, 02, 01 et 09) qu'ailleurs.

Les inégalités observées entre catégories-types d'établissements et entre régions peuvent aussi être observées entre les établissements eux-mêmes. La distribution de l'ensemble des établissements selon le ratio offre-demande les caractérisant est présentée au tableau III (par intervalle de 10% du ratio offre-demande). Son mode se situe dans l'intervalle 80-89%. Mais elle est quand même très dispersée au point qu'on rencontre des établissements en pénurie grave (ratio $\leq 49\%$) et des établissements en surplus de ressources importants (ratio $\geq 120\%$). De plus, la distribution de l'ensemble des CA est systématiquement décalée vers la gauche par rapport à celle de l'ensemble des CH (Tableau III). Ce phénomène est aussi illustré de façon frappante par la figure 3 qui donne les proportions respectives de CA et de CH dans chaque intervalle de ratio O/D. La situation apparaît beaucoup plus équilibrée entre les CA publics et les CA privés (non représenté ici). Mais on retrouve des distributions très différentes chez les CH publics et les CH privés (Figure 4).

Tableau II: Ratios des heures-soins données et requises en moyenne par journée-client dans les différents types d'établissement et les différentes régions

Régions	01	02	04	05	6A	6B	6C	07	08	09	Total
offre (HS)	2.15	1.83	2.09	2.18	2.05	2.27	2.22	2.37	3.04	1.20	2.14
demande (HS)	2.29	1.86	2.56	2.76	2.38	2.69	2.83	2.71	2.46	1.32	2.50
ratio O/D	0.94	0.98	0.82	0.79	0.86	0.85	0.79	0.88	1.24	0.91	0.80
Établissements	CH-PR	CH-PU	CA-PR	CA-PU	CH	CA	PU	PR	Total		
offre (HS)	3.14	3.54	1.68	1.72	3.44	1.71	2.12	2.24	2.14		
demande (HS)	3.64	3.55	2.20	2.14	3.57	2.14	2.45	2.76	2.50		
ratio O/D	0.86	1.00	0.77	0.80	0.96	0.80	0.87	0.81	0.86		

Tableau III: Distribution de densité de probabilité des établissements selon l'intervalle de ratios "offre-demande" auxquels ils appartiennent

Ratios (%)	0-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-99	100-109	110-119	120 et +
Tous (%)	1.3	3.5	10.6	16.6	29.9	20.7	8.3	5.8	3.3
CA	1.8	5.0	14.5	20.7	31.2	16.7	6.1	2.6	1.4
CH	0.0	0.0	1.1	6.6	26.8	30.4	13.4	13.6	8.1

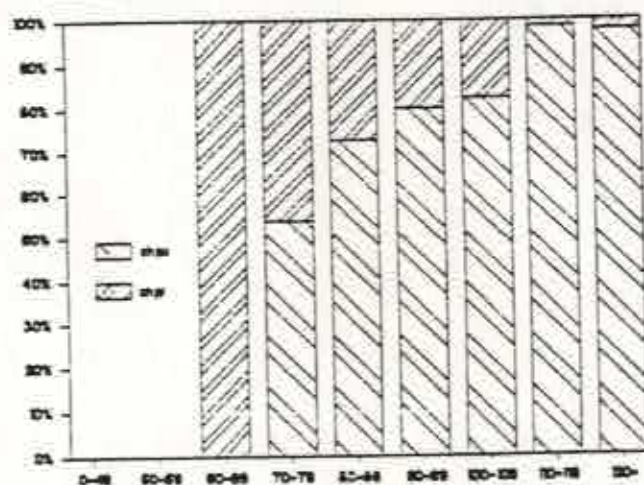


Figure 4: Distribution des CH par type (PU ou PR) dans chaque intervalle de ratio O/D

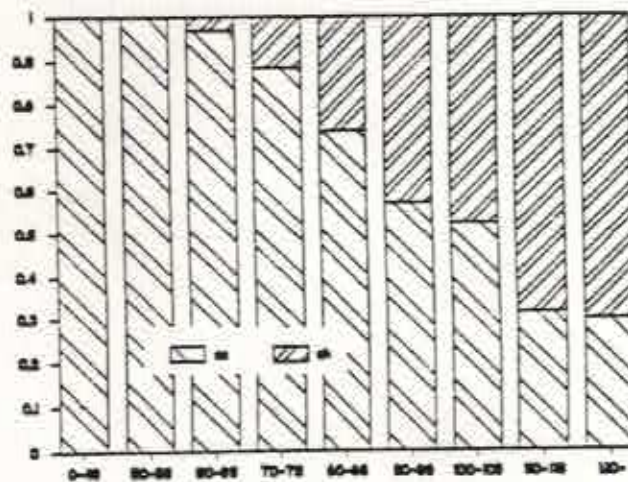


Figure 3: Distribution des établissements par catégorie (CA ou CH) dans chaque intervalle de ratio O/D

CONCLUSION

Au niveau de l'offre de soins, les deux catégories d'établissement restent assez bien séparées ce qui n'a rien d'étonnant compte tenu que les budgets de ces établissements ont des bases historiques différentes. L'hétérogénéité de chacune de ces deux populations laisse cependant penser que le chevauchement qu'on commence à observer ira en s'amplifiant et qu'à l'avenir, il sera de moins en moins pertinent de parler en terme de deux catégories d'établissement puisqu'on s'en va vers un continuum d'établissements offrant de 40 minutes à 500 heures de soins/client-jour (Figure 5). Ce phénomène est encore plus frappant lorsqu'on observe les mêmes établissements du point de vue de la demande. L'hétérogénéité est à peu près semblable à celle observée du côté de l'offre mais le chevauchement est plus important de telle sorte qu'un nombre significatif de CA requièrent plus de ressources qu'un nombre significatif de CH (Figure 5).

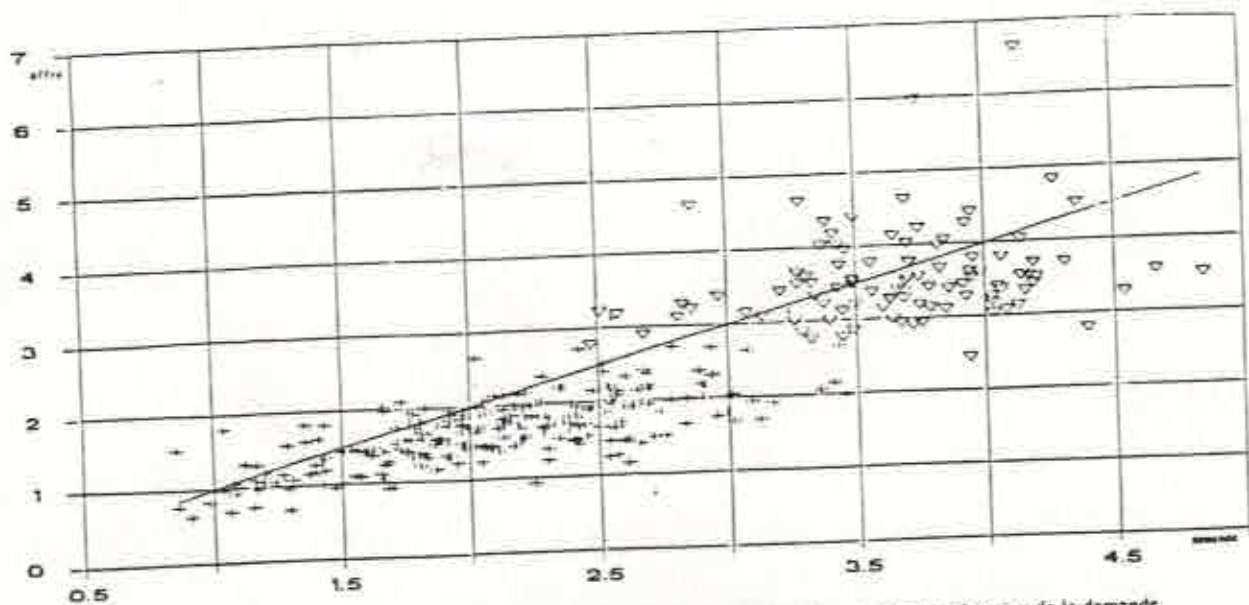


Figure 5: Diagramme offre-demande: représentation de l'offre (mesurée en heures-soins) en fonction de la demande (mesurée en heures-soins) dans chaque CA (+) et chaque CH (▽)

Il paraît donc souhaitable d'abandonner la distinction entre les deux catégories d'établissements, distinction qui a des effets pervers, entre autres celui de freiner le processus d'allocation des ressources aux établissements en fonction de la demande de leurs clients. C'est d'ailleurs ce qu'on constate quand on analyse les ratios O/D: les CH sont en moyenne plus favorisés que les CA. Chose que confirme aussi l'examen des distributions des ratios O/D. Par ailleurs, on constate aussi des inéquités importantes entre le public et le privé en ce qui concerne les CH, entre les régions, et entre les établissements d'une même catégorie, d'un même type et d'une même région. La seule façon de faire disparaître ces inéquités est de mettre en place des mécanismes par lesquels on ajustera progressivement les budgets des établissements individuels aux besoins de leurs clients. Il est probable que cette situation ne soit pas particulière au Québec. (Des données plus détaillées sont disponibles dans le rapport de recherche (4)).

RÉFÉRENCES

1. Tilquin C. et al.: "Cadre méthodologique de l'évaluation continue des clientèles avec le système PLAISIR" - Ministère de la santé du Québec, 1989, 75 pp.
2. Tilquin C. et al.: "Évaluation continue des besoins des personnes en perte d'autonomie en milieu institutionnel" dans *La science des systèmes dans le domaine de la santé*, vol. 3, G. Duru et al. Éditeurs, Masson, Paris, 1988, pp. 409-412.
3. Vanderstraeten G., Tilquin C.: "Planificación, programación, presupuestación y control de la utilización de recursos sanitarios y sociales para ancianos en Québec", dans *Las sistemas de información en la gestión sanitaria*, EADA, Barcelone, 1986, pp. 5-43.
4. Tilquin C. et al.: "L'offre et la demande de soins et d'assistance dans les centres hospitaliers de soins de longue durée et les centres d'accueil d'hébergement" - Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 1989, 86 pp.