

# **QUÉBEC**

## **CLIENTÈLE EN PERTE D'AUTONOMIE EN INSTITUTION**

C. TILQUIN\*, G. VANDERSTRAETEN\*\*, B. ROUSSEL\*\*\*,  
M. LAFRANCE\*\*\*\*, G. LEONARD\*\*\*\*, A. LUSSIER\*\*\*\*\*

### **MÉTHODE D'ÉVALUATION CONTINUE ET PORTRAIT EN TERMES DE MALADIES, DÉFICIENCES, INCAPACITÉS ET HANDICAPS**

Nous décrivons le système **PLAISIR** d'évaluation des besoins, conçu, développé et utilisé au Québec pour l'évaluation périodique des besoins individuels des personnes en perte d'autonomie dans une perspective de certification du caractère approprié de leur séjour dans les institutions d'hébergement et de soins de longue durée.

Ces évaluations de besoins nourrissent, par ailleurs, une base de donnée qui décrit à tout moment les besoins de tous les clients de ces institutions. Cette base de donnée est utilisée, d'une part, pour calculer le budget des soins et assistance de chaque institution en fonction des besoins individuels de ses clients et, d'autre part, pour planifier et programmer le réseau des institutions d'hébergement et de soins prolongés pour les personnes en perte d'autonomie. A titre d'illustration de la méthode, nous décrivons ici cette clientèle selon les principales données recueillies par **PLAISIR**.

### **LE SYSTÈME PLAISIR**

L'outil de base dans le système **PLAISIR**<sup>4</sup> est un formulaire qui permet de recueillir les données suivantes :

- âge, sexe, durée de séjour,
- trois principaux diagnostics (CIM),

---

\* Ingénieur, Ph. D. Département d'Administration de la Santé, Université de Montréal.

\*\* Ph. D., Département de Mathématiques Appliquées, École Polytechnique.

\*\*\* B. Sc. Infirmières, Science des Systèmes, Montréal 1980 Inc.

\*\*\*\* M. Sc. Informatique, Science des Systèmes.

\*\*\*\*\* B.A.A., Science des Systèmes.

- EROS, Équipe de Recherche Opérationnelle en Santé, Montréal.

- niveau de handicap (échelle à neuf paliers) pour cinq des six dimensions du code des handicaps de la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps. (La dimension économique a été éliminée)<sup>6,1</sup>,
- niveau de déficience (échelle à trois paliers) dans les sphères suivantes : intelligence, mémoire, pensée, perception et attention, conscience et éveil, pulsions et motivation, émotions et sentiments, volonté, fonctions psychomotrices, comportement, langage, vue et ouïe. Des indicateurs synthétiques de déficience psychologique (cognitive, affective et comportementale) ont été construits à partir de certaines de ces variables de base.

La dernière partie du formulaire est destinée à l'identification des actions de soins infirmiers et d'assistance requises par le client. **Une nomenclature exhaustive des actions de soins et d'assistance a été développée.** Cette nomenclature est **structurée par catégorie de besoins** : respiration, alimentation, élimination, hygiène, mobilisation, communications, médication, traitements et procédures diagnostiques. Pour chaque action requise, on spécifie le mode de compensation (aide pour guider, aide partielle, aide complète, avec présence constante ou non), la catégorie de personnel, l'horaire (journée(s) de la semaine, heure(s) de la journée). À partir de ces données et de normes de temps en mémoire dans l'ordinateur, on peut **calculer les heures-soins nettes requises en moyenne par jour pour chaque client.**<sup>2,3</sup>

L'information est recueillie à l'aide du formulaire par une infirmière évaluatrice. Ses sources d'information sont le client lui-même, éventuellement sa famille, le personnel soignant, le dossier et le plan de soins. Une infirmière entraînée fait, en moyenne, dix évaluations par journée de travail.

La détermination des soins infirmiers et d'assistance requis est réalisée de façon rétrospective et porte sur les sept jours précédant la date de l'évaluation. On notera qu'on fait le relevé des soins requis tels que planifiés pour le client en fonction de ses besoins individuels et non le recueil des soins donnés au client. Dans un monde idéal, soins requis et donnés devraient coïncider. Il n'en est, malheureusement, pas toujours ainsi dans un contexte de pénuries de ressources, de démotivation et de sous-qualification du personnel, etc.

Au moment de « l'installation » du système dans un établissement, tous ses clients sont évalués une première fois. On met ensuite à jour ces évaluations à interval de trois ou quatre mois : on réévalue les clients dont l'état a changé et on évalue pour la première fois les clients admis depuis la dernière mise à jour.

**Les évaluatrices reçoivent une formation poussée.** On leur donne d'abord trois jours de théorie, en groupe d'au plus douze personnes. Ensuite, chaque évaluatrice effectue vingt-cinq évaluations sous la supervision d'un formateur, donc en fait, reçoit trois jours de formation individualisée sous un format d'expérience de fiabilité interjuge. De plus, pour assurer aux évaluations une haute fiabilité, on ne forme qu'un nombre limité d'évaluatrices. La norme actuelle est de former au plus une évaluatrice par cent lits. Les établissements plus petits recourent aux services des évaluatrices des gros centres ou à ceux de l'équipe rattachée au centre de traitement des données.

Une fois remplis, les formulaires sont expédiés au centre de validation et traitement. Là, on procède à l'entrée des données et à leur validation « logique » sur ordinateur. Les résultats de cette validation, en même temps qu'une reconstitution (par l'ordinateur), sous forme compacte mais exhaustive, d'un portrait du bénéficiaire tel que saisi à l'aide du formulaire, sont transmis à une **infirmière « validatrice »**. Celle-ci valide, une par une, les évaluations des clients. Si elle perçoit des manques, des incohérences, etc, elle entre en contact par téléphone avec l'évaluatrice pour résoudre le problème. Le fichier informatique est ensuite corrigé en conséquence.

Des « extrants statutaires » sont alors produits pour chaque institution, pour la direction des services d'hébergement et de soins prolongés de chaque région et pour le Ministère de la Santé et des Services sociaux. Ces « extrants » supportent principalement les processus de certification du caractère approprié des séjours en institution et d'allocation des ressources infirmières et d'assistance aux unités de soins, aux établissements, aux catégories d'établissement et aux régions. Par ailleurs, dans une perspective de planification, des études ponctuelles sont conduites à partir de la base de données. Le portrait de la lourdeur de la dépendance de la clientèle, dont un résumé suit, a été réalisé dans le cadre d'une telle étude.

### DESCRIPTION DE LA CLIENTÈLE INSTITUTIONNELLE SELON « PLAISIR »

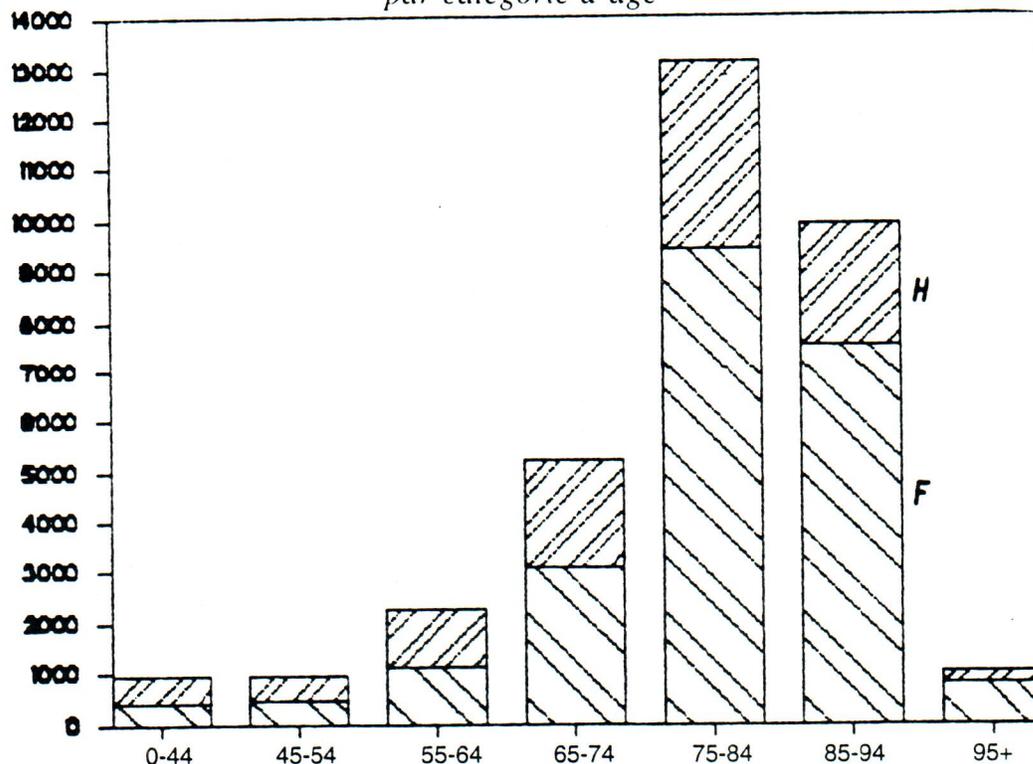
En 1985-86, on a évalué, pour la première fois,<sup>5</sup> les besoins de toute la clientèle (33.324 personnes) en perte d'autonomie, institutionnalisée au Québec (à l'exception d'une région) dans les 43 PAV - *Pavillons d'hébergement* - (1.199 clients), les 257 CAH - *Centres d'accueil et d'hébergement* - (22.404 clients) et les 125 CHSLD - *Centres hospitaliers de soins de longue durée* - (9.721 clients). Tous les pavillons étaient petits (en moyenne 28 lits) et privés. Pour le reste, 79 % des CAH et des CHSLD comptant 84 % des lits étaient publics. Leur taille moyenne était de 89 lits, alors que celle des centres privés était de 63 lits. En terme géographique, 41,5 % de la clientèle évaluée était institutionnalisée dans le Montréal métropolitain, les neuf autres régions se partageant le reste. La clientèle institutionnalisée en CAH-CHSLD représentait en 1985-86, 5,01 % de la population de 65 ans et plus (3,5 % des hommes, 6,0 % des femmes, ou 1,4 % des 65-74 ans, 7,4 % des 75-84 et 24,9 % des 85 ans et plus).

Les **femmes** représentaient, en moyenne, 68,6 % de la clientèle étudiée ; cependant ce pourcentage variait considérablement avec l'âge : 49,6 % dans le groupe 0-64 ans, 59,8 % chez les 65-74 ans, 71,9 % chez les 75-84 ans et 76,2 % chez les 85 ans et plus. Dans cette dernière tranche d'âge, on ne trouve donc plus qu'un homme pour trois femmes en PAV, CAH ou CHSLD.

**L'âge moyen de la clientèle étudiée** était de 78 ans, les femmes étant en moyenne 5,1 ans plus vieilles que les hommes : 79,6 ans (Ecart-type : 11,4 ans) versus 74,5 ans (Ecart-type : 14,3 ans). La figure 1 représente la distribution de fréquence de la clientèle de chaque sexe par catégorie d'âge.

On notera la grande vieillesse d'une partie importante de cette population institutionnelle : les très vieux, 85 ans et plus, comptaient, en effet, pour 32.6 % de celle-ci.

FIGURE 1  
Distribution de fréquence (effectifs) de la clientèle de chaque sexe  
par catégorie d'âge



Au moment où nous les avons évalués, les clients séjournèrent en moyenne depuis 4,5 ans dans le programme où nous les avons observés (sans tenir compte de leur éventuel séjour antérieur dans d'autres programmes). La durée de séjour moyenne des hommes était de 4,2 ans, celle des femmes de 4,6 ans. La figure 2 donne la distribution de fréquences de la clientèle selon la durée de séjour au moment de l'observation. Les bénéficiaires se répartissaient approximativement ainsi : un tiers, un tiers et un tiers dans les intervalles 0-2 ans, 2,5 ans, et 5 ans et plus. L'âge moyen à l'admission dans le programme actuel était de 73,5 ans (70,5 ans pour les hommes et 75 ans pour les femmes). On observait une décroissance monotone de la durée de séjour moyenne en fonction de l'âge à l'admission et de l'âge moyen à l'admission en fonction de la durée de séjour.

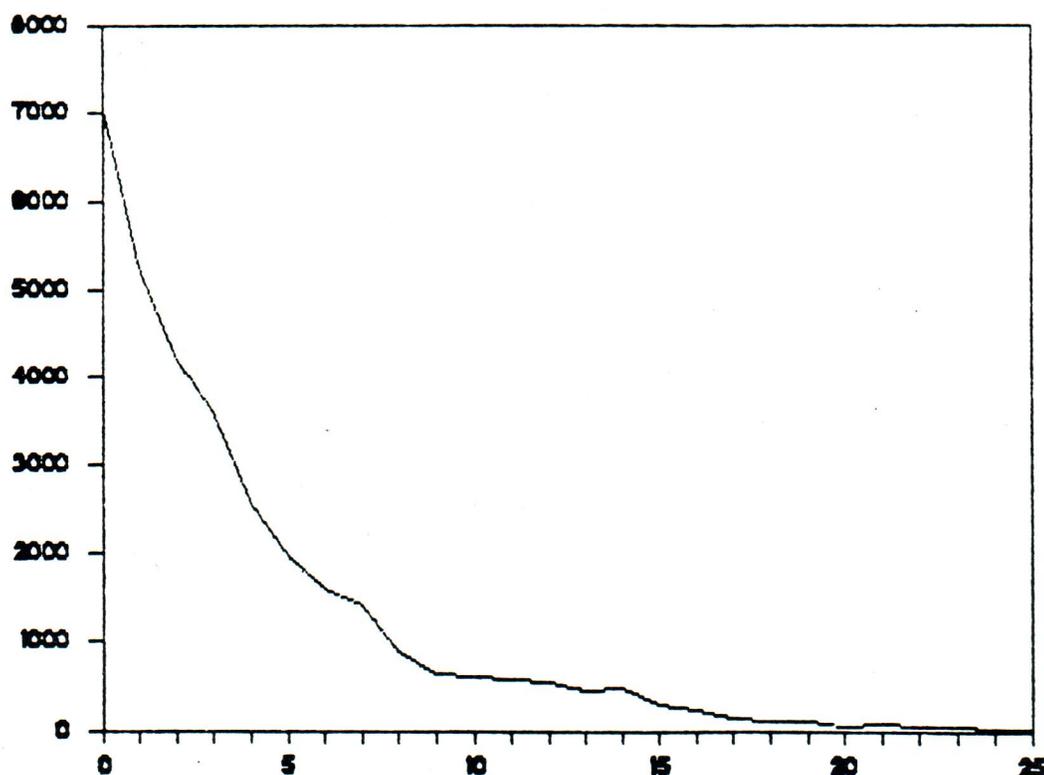
### ● Handicaps

Le tableau 1 donne la distribution selon le sexe et le niveau de handicap de la clientèle pour chaque handicap de la Classification internationale. En général, la clientèle apparaît passablement handicapée. Ainsi, en ce qui

concerne l'*indépendance pour les activités* (de base et instrumentales) de la vie quotidienne (AVQ), 89 % de la clientèle a au moins besoin d'aide une fois ou plus par 24 heures, et 72 % requiert au moins la disponibilité constante d'un aidant (donc, ne pourrait, par exemple, être laissée seule à domicile). L'*aire de déplacement* de cette clientèle est, elle aussi, très limitée. Ainsi, 80 % des bénéficiaires ne sortent pas des murs de l'établissement, 59 % ne quittent pas l'étage de leur chambre, 37 % ne sortent pas de cette dernière. (Ces pourcentages s'entendent en l'absence de l'aide d'un tiers). On constate aussi que 34 % de cette clientèle n'est pas *occupée* du tout et que 63 % de celle-ci n'est qu'au mieux très marginalement occupée. Le portrait est tout aussi sombre au niveau de l'*intégration sociale*. En effet, 65 % de ces bénéficiaires ne sont, au mieux, capables que de contacts secondaires difficiles. Enfin, 21 % de cette clientèle est désorientée et 67 % de celle-ci a, au moins, des problèmes significatifs dans cette sphère.

FIGURE 2

*Distribution de fréquence (effectifs) de la clientèle selon la durée de séjour au moment de l'observation (ans)*



La *mobilité physique* des hommes est sensiblement meilleure que celle des femmes. Pour les autres handicaps, les deux sexes sont assez également affligés, avec un très léger avantage pour les femmes au niveau de l'*orientation* et de l'*intégration sociale* et un léger avantage pour les hommes au niveau de l'*indépendance* pour les activités de la vie quotidienne (tableau 1).

TABLEAU 1

*Distribution de densité de probabilité de la clientèle totale et par sexe pour chaque handicap selon le niveau de handicap*

	Femme	Homme	Total
<b>Indépendance pour les AVQ (IND)</b>			
1 Indépendance	0.01	0.02	0.02
2 Indépendance avec aide mécanique	0.00	0.01	0.00
3 Indépendance avec adaptation de l'environnement	0.00	0.00	0.00
4 Dépendance situationnelle	0.03	0.03	0.03
5 Dépendance à intervalles longs (<1x/24h)	0.06	0.05	0.06
6 Dépendance à intervalles courts prévisibles	0.17	0.17	0.17
7 Dépendance à intervalles courts imprévisibles	0.27	0.28	0.28
8 Dépendance pour plupart des besoins	0.21	0.24	0.22
9 Dépendance pour tous les besoins	0.24	0.19	0.22
Total	1.00	1.00	1.00
<b>Mobilité physique (MOB)</b>			
1 Pleine	0.02	0.03	0.02
2 Restreinte occasionnellement	0.02	0.03	0.02
3 Déficente (lenteur)	0.01	0.01	0.01
4 Réduite	0.03	0.05	0.04
5 Restreinte au voisinage	0.10	0.14	0.11
6 Restreinte à l'établissement	0.22	0.21	0.21
7 Restreinte à l'étage	0.22	0.23	0.22
8 Restreinte à la chambre	0.08	0.06	0.07
9 Restreinte au fauteuil/lit	0.32	0.25	0.30
Total	1.00	1.00	1.00
<b>Vécu occupationnel (VOC)</b>			
1 Occupation appropriée	0.06	0.06	0.06
2 Occupation intermittente	0.02	0.02	0.02
3 Occupation limitée(ampleur)	0.05	0.04	0.05
4 Occupation ajustée	0.07	0.07	0.07
5 Occupation réduite (temps)	0.03	0.03	0.03
6 Occupation restreinte (type)	0.15	0.15	0.15
7 Occupation très restreinte (temps & type)	0.28	0.31	0.29
8 Inoccupé	0.21	0.21	0.21
9 Inapte	0.14	0.11	0.13
Total	1.00	1.00	1.00
<b>Intégration sociale (SOC)</b>			
1 Intégré	0.07	0.06	0.06
2 Inhibé	0.02	0.02	0.02
3 Limitée (type)	0.13	0.11	0.12
4 Contacts primaires & secondaires seulement	0.14	0.13	0.14
5 Contacts secondaires difficiles	0.14	0.15	0.14
6 Contacts primaires seulement	0.12	0.15	0.13
7 Contacts primaires difficiles	0.21	0.25	0.22
8 Incapable	0.15	0.11	0.14
9 Isolé	0.02	0.02	0.02
Total	1.00	1.00	1.00
<b>Orientation (ORI)</b>			
1 Orienté	0.01	0.01	0.01
2 Problèmes compensés	0.07	0.06	0.07
3 Perturbations intermittentes	0.07	0.06	0.06
4 Problèmes partiellement compensés	0.19	0.18	0.19
5 Perturbations modérées	0.21	0.23	0.21
6 Perturbations sévères	0.15	0.20	0.17
7 Perte de l'orientation	0.11	0.10	0.11
8 Désorienté	0.19	0.14	0.17
9 Inconscient	0.01	0.00	0.01
Total	1.00	1.00	1.00

De l'examen des distributions (non fournies ici) des cinq variables de handicap selon la catégorie d'âge, on peut conclure que :

- les catégories d'âge peuvent être classées par ordre de handicap décroissant de la manière suivante, qui est vraie pour les cinq dimensions :

- 95 ans et +
- 85-94 ans
- 65-74 et 75-84 ans
- 45-54 et 55-64 ans.

- la catégorie 95 ans et + est significativement plus handicapée que les autres et, en particulier, que la catégorie 85-94 ans, qui est la seconde plus lourde (mise à part la catégorie 0-44 ans).

**La catégorie 0-44 ans est « particulière ».** Elle est moins handicapée que la catégorie 95 ans et + mais, pour l'indépendance pour les AVQ, l'intégration sociale et l'orientation, elle est la deuxième plus lourde, venant avant les 85-94 ans. Pour le vécu occupationnel, elle est la troisième plus lourde, venant avant les 65-84 ans. C'est seulement pour la mobilité que cette catégorie des 0-44 ans est relativement légère puisque seule la catégorie 45-64 ans est moins handicapée qu'elle.

Ces observations sont synthétisées dans le tableau 2. **Le chiffre 1 correspond à la catégorie d'âge la plus handicapée.** Si deux catégories d'âge sont à peu près également handicapées, on leur a donné le même rang. A cet égard, on peut constater que c'est la dimension « vécu occupationnel » qui est la plus sensible à l'âge. A l'autre extrême, les catégories « indépendance pour les AVQ et intégration sociale » sont très peu sensibles. En effet, l'indépendance ne varie pratiquement pas dans l'intervalle 45-84 ans, alors que l'intégration sociale ne varie pas dans l'intervalle 45-94 ans.

TABLEAU 2

*Ordonnement des catégories d'âge pour chacun des handicaps*

	0-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85-94	95 +
IND	2	4	4	4	4	3	1
MOB	5	6	6	3	3	2	1
VOC	3	7	6	4	4	2	1
SOC	2	3	3	3	3	3	1
ORI	2	6	6	4	4	3	1
GLOBAL	2	6	6	4	4	3	1

Le tableau 3 présente une synthèse équivalente à celle du tableau 2, mais cette fois pour la durée du séjour. On remarquera que si l'indépendance et la mobilité ne varient guère avec la durée de séjour, il n'en va pas de même pour les trois autres dimensions pour lesquelles, **le niveau de handicap augmente régulièrement avec la durée de séjour** (la catégorie 10 ans et + exceptée, qui est moins handicapée que les autres sur toutes les dimensions, particulièrement en ce qui concerne la mobilité physique et l'indépen-

dance pour les AVQ). La force de ce phénomène est la plus grande pour la dimension intégration sociale, ensuite pour l'orientation, enfin pour le vécu occupationnel.

TABLEAU 3  
*Ordonnancement des catégories de durée de séjour pour chacun des handicaps*

	< 1	1-2	2-5	5-10	10 + ans
IND	1	1	1	1	5
MOB	1	1	1	1	5
VOC	3	3	2	1	5
SOC	4	3	2	1	5
ORI	4	3	2	1	5
GLOBAL	4	3	2	1	5

### ● Déficiences

Le domaine des déficiences psychologiques est circonscrit par trois variables : affectif, cognitif et comportement, mesurées selon une échelle à trois niveaux : adéquat, déficient, nul, et construites à partir des variables de déficiences du formulaire **PLAISIR**. On constate ici aussi l'ampleur de la « détérioration » de la clientèle de l'étude, puisqu'on retrouve dans les catégories « déficient » ou « nul » respectivement 58,06 %, 51,75 % et 66,25 % de celle-ci pour les variables « affectif, cognitif et comportement » (tableau 4).

TABLEAU 4  
*Distribution de densité de probabilité de la clientèle totale et par sexe selon les niveaux de déficience dans les domaines de l'affectif, du cognitif et du comportement*

	Affectif			Cognitif			Comportement		
	Femme	Homme	Total	Femme	Homme	Total	Femme	Homme	Total
Adéquat	42.49	40.74	41.94	48.21	48.35	48.25	34.60	31.89	33.75
Déficient	36.21	41.72	37.94	31.37	35.76	32.75	55.29	60.58	56.95
Nul	21.30	17.54	20.12	20.42	15.89	19.00	10.11	7.54	9.30

On ne constate pas de différences substantielles entre les hommes et les femmes, si ce n'est un léger mieux des hommes pour le cognitif. Pour l'affectif et le comportement, les femmes sont légèrement plus nombreuses que les hommes aux deux extrémités de l'échelle (adéquat et nul). Le comportement des variables : cognitif, affectif et comportement avec l'âge, présente les caractéristiques générales déjà observées dans le cas des handicaps (tableau 2). On constate aussi que les déficiences psychologiques des clients s'amplifient avec leur durée de séjour. Cette règle souffre une exception : **les clients qui ont les durées de séjour les plus longues (10 ans et +) sont aussi ceux qui sont les moins déficients.** Ceci correspond à ce qui a été observé au niveau des handicaps.

*Les déficiences des sens* : langage, vue, ouïe sont aussi mesurées selon une échelle à trois niveaux. On remarquera encore ici l'ampleur des problèmes : 39,67 % des bénéficiaires ont une vue déficiente ou nulle, 34,78 % une ouïe déficiente ou nulle, et 32,89 % sont déficients ou nuls au niveau du langage. (Tableau 5).

TABLEAU 5  
*Distribution de densité de probabilité de la clientèle totale et par sexe selon les niveaux de déficience dans les domaines du langage, de la vue et de l'ouïe*

	Langage			Vue			Ouïe		
	Femme	Homme	Total	Femme	Homme	Total	Femme	Homme	Total
Adéquat	69.31	62.30	67.11	58.16	65.07	60.33	65.06	65.56	65.22
Déficient	21.55	27.83	23.52	38.27	31.81	36.24	32.43	32.22	32.37
Nul	9.14	9.87	9.37	3.57	3.12	3.43	2.51	2.22	2.42

### ● *Les maladies*

Le protocole de collecte de données permettait de recueillir jusqu'à trois diagnostics par bénéficiaire. En moyenne, on en a recueilli 2,18. Le tableau 6 donne les trente maladies (codées (CIM) à trois chiffres) les plus prévalentes chez la clientèle de l'étude. La maladie la plus prévalente est l'hypertension essentielle dont souffre 12,3 % des clients.

On notera que par prévalence, on entend ici le rapport entre le nombre de clients « malades » et le nombre total (33.324) de clients observés. On remarquera aussi que si un client avait deux ou trois diagnostics à quatre chiffres appartenant au même regroupement à trois chiffres, il n'a été compté que pour un client malade aux fins du calcul de la prévalence.

Le tableau 7 traite de la prévalence de chacun des regroupements à deux chiffres de la CIM et distingue les prévalences selon le sexe. On notera que, si un bénéficiaire avait deux ou trois diagnostics à quatre chiffres dans le même regroupement à deux chiffres, il n'a été compté que pour un client aux fins de calcul de la prévalence. Les plus grandes différences entre les hommes et les femmes apparaissent au niveau des catégories diagnostiques suivantes :

- maladies de l'appareil respiratoire : F = 6,1 % H = 16,7 %
- maladies des organes génito-urinaires : F = 2,9 % H = 5,1 %
- maladies du système ostéo-articulaire F = 27,1 % H = 14,9 %
- lésions, traumatismes et empoisonnements F = 7,4 % H = 4,7 %

**Les trois catégories de maladies les plus prévalentes sont, cependant, les mêmes chez les hommes que chez les femmes ; dans l'ordre : les maladies de l'appareil circulatoire qui affectent plus de la moitié des clients, les maladies du système nerveux (34 %) et les troubles mentaux (30 %).**

La prévalence des maladies (par catégories codées à 2 chiffres CIM) varie considérablement avec l'âge. Mises à part quelques anomalies qui

TABLEAU 6  
Maladies les plus prévalentes (codées à trois chiffres (CIM))

code	N	%	HSN	nom
1 401	4097	12.29	1.51	hypertension essentielle
2 414	4022	12.07	1.71	autres formes de cardiopathies ischémiques chroniques
3 440	3587	10.76	1.92	athérosclérose
4 715	3546	10.64	1.62	arthroses et affections apparentées
5 250	3266	9.80	1.89	diabète sucré
6 437	2523	7.57	2.44	maladies cérébro-vasculaires, autres et mal définies
7 428	2503	7.51	1.72	insuffisance cardiaque
8 342	2429	7.29	2.60	hémiplégie
9 797	2327	6.98	2.49	sénéilité sans mention de psychose
10 290	2153	6.46	2.88	états psychotiques organiques séniles et préséniles
S-total 1: 30453 diagnostics ou 42% des diagnostics identifiés				
11 905	1695	5.09	2.31	séquelles des lésions traumatiques des tissus musculaires, osseux et conjonctifs
12 298	1686	5.06	2.48	autres psychoses non organiques
13 438	1658	4.98	2.62	séquelles des maladies cérébro-vasculaires
14 716	1629	4.89	1.47	arthropathies, autres et sans précision
15 496	1586	4.76	1.64	obstruction chronique des voies respiratoires, non classée ailleurs
16 300	1269	3.81	1.14	troubles névrotiques
17 332	1267	3.80	2.38	syndrome parkinsonien
18 331	1177	3.53	2.85	autres dégénérescences cérébrales
19 366	1132	3.40	1.54	cataracte
20 310	1118	3.35	2.49	troubles mentaux spécifiques non psychotiques consécutifs à une atteinte cérébrale organique
S-total 2: 14217 diagnostics ou 19.6% des diagnostics identifiés				
21 389	1086	3.26	1.52	surdité
22 311	1000	3.00	2.19	troubles dépressifs non classés ailleurs
23 295	942	2.83	1.39	psychoses schizophréniques
24 278	927	2.78	1.64	obésité et autres troubles par excès d'apport
25 369	917	2.75	2.03	cécité et baisse de la vue
26 345	887	2.66	2.03	épilepsie
27 281	830	2.49	1.87	autres anémies par carence
28 317	798	2.39	1.52	retard mental léger
29 733	720	2.16	1.87	atteintes, autres et non précisées, des os et des cartilages
30 341	665	2.00	2.90	autres maladies démyélinisantes du système nerveux central
S-total 3: 8772 diagnostics ou 12.1% des diagnostics identifiés				
TOTAL: 53442 diagnostics ou 73.7% des diagnostics identifiés.				

affectent comme d'habitude, les catégories extrêmes des 0-44 ans et des 95 ans et +, on observe, dans la plupart des catégories de maladies, une croissance ou une décroissance monotone de la prévalence avec l'âge ; ainsi les catégories de maladies peuvent être classées de la façon suivante :

#### Croissance avec l'âge

- 7. Maladies de l'appareil circulatoire
- 13. Maladies du système ostéo-articulaire..
- 16. Symptômes, signes... mals définis
- 17. Lésions, traumatismes,...
- 4. Maladies du sang
- 10. Maladies des organes génito-urinaires.

#### Décroissance avec l'âge

- 1. Maladies infectieuses et para-parasitaires
- 5. Troubles mentaux
- 6. Maladies du système nerveux...
- 12. Maladies de la peau...
- 14. Anomalies congénitales

TABLEAU 7  
Prévalence (%) des maladies codées à deux chiffres (CIM) selon le sexe

femme	rang	homme	rang	total	rang	code	nom
1.0	14	1.2	14	1.0	14	1	maladies infectieuses et parasitaires
3.7	10	4.8	10	4.0	10	2	tumeurs
15.9	5	11.3	7	14.4	5	3	maladies endocriniennes de la nutrition et du métabolisme et troubles immunitaires
3.6	11	2.3	12	3.2	12	4	maladies du sang et des organes hématopoïétiques
29.9	3	30.8	3	30.2	3	5	troubles mentaux
32.6	2	37.3	2	34.1	2	6	maladies du système nerveux et des organes des sens
55.6	1	48.0	1	53.2	1	7	maladies de l'appareil circulatoire
6.1	9	16.7	4	9.4	7	8	maladies de l'appareil respiratoire
6.7	8	6.4	8	6.6	8	9	maladies de l'appareil digestif
2.9	12	5.1	9	3.6	11	10	maladies des organes génito-urinaires
0.0	17	0.0	17	0.0	17	11	complications de la grossesse, etc.
1.3	13	2.2	13	1.6	13	12	maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané
27.1	4	14.9	5	23.3	4	13	maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif
0.7	15	0.9	15	0.8	15	14	anomalies congénitales
0.0	16	0.0	16	0.0	16	15	certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale
13.1	6	11.6	6	12.6	6	16	symptômes, signes et états morbides mal définis
7.4	7	4.7	11	6.5	9	17	lésions, traumatismes et empoisonnement

Dans les catégories restantes, on observe plutôt une phase de croissance de la prévalence, suivie d'une phase de décroissance : tumeurs, maladies endocriniennes, maladies de l'appareil respiratoire et de l'appareil digestif.

On ne retrouve pas les variations qu'on trouvait au niveau de l'âge, quand on examine la prévalence par catégories de durée de séjour. La règle semble être que la prévalence des pathologies ne varie guère avec la durée de séjour.

### ● Incapacités et heures-soins nettes requises

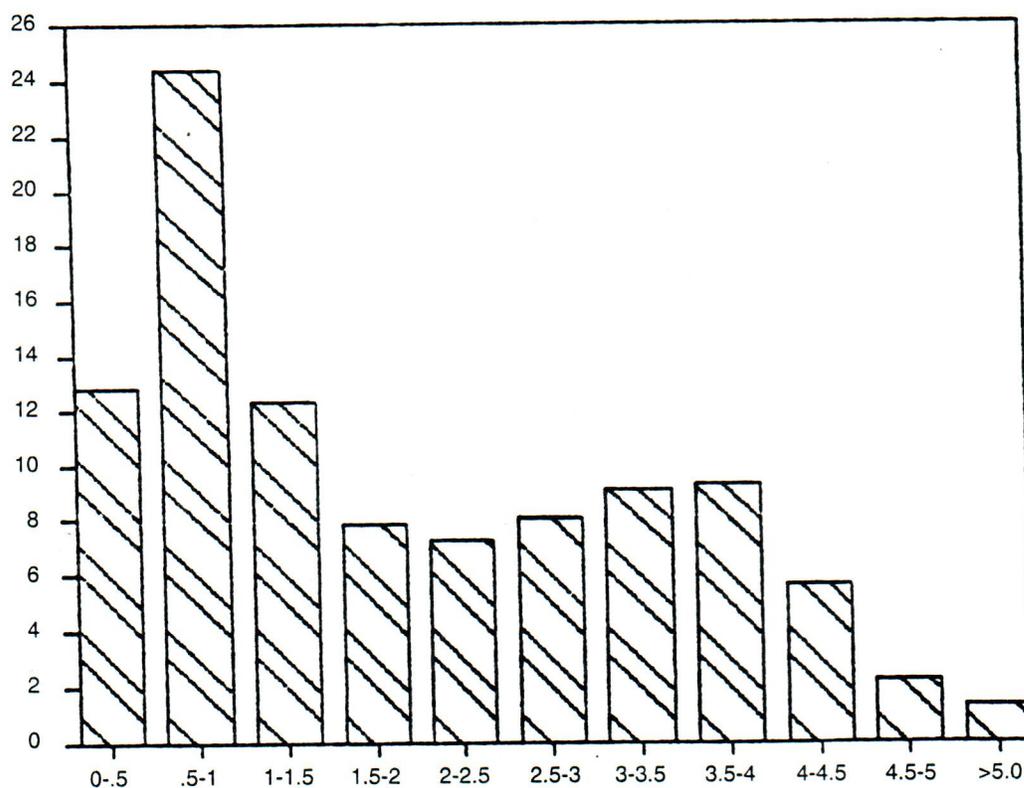
Les heures-soins dont il sera question ici sont les heures nettes de soins et d'assistance requises, en moyenne, par le client durant une période de 24 heures. Elles excluent les communications cliniques et administratives à son sujet. Nous utiliserons le sigle HSN pour les désigner. En plus d'être d'une grande utilité pour mesurer le coût des soins, elles fournissent aussi une bonne indication du niveau d'incapacité du client puisqu'elles rendent compte du temps des actions compensatoires requises pour répondre aux besoins d'aide résultant des incapacités.

Le bénéficiaire moyen de la clientèle de l'étude requiert quotidiennement 1,95 heure-soins nette (E-T = 1,38). Cette moyenne de 1,95 HSN se décompose en 1,51 heures (E-T = 1,32) pour les soins et l'assistance de base (77,4 %), 0,16 heure (E-T = 0,21) pour les soins techniques (8,2 %) et 0,28 heure (E-T = 0,13) pour les soins relationnels et éducatifs (14,3 %). Les heures-soins sont donc requises à plus de 77 % pour l'hygiène, la mobilisation, l'alimentation et les soins liés à l'élimination et à la respiration.

La distribution des HSN requises (figure 3) est bimodale. Le premier mode correspond à l'intervalle (0,5-1) HSN, le second à l'intervalle (3,5 - 4) HSN. L'observation de la distribution permet aussi de constater la grande dispersion des HSN. Le bénéficiaire le plus « léger » ne requiert pas de soins. Le plus lourd requiert approximativement 12 HSN. Les HSN sont distribuées presque en totalité dans l'intervalle 0 - 6 heures. Seulement 43 bénéficiaires, c'est-à-dire un pour mille, requièrent plus de 6 HSN. Déjà, entre 5 et 6 HSN, on n'observe que très peu de bénéficiaires : 388, c'est-à-dire 1,2 % de la clientèle.

FIGURE 3

*Distribution de densité de probabilité de la clientèle en fonction des catégories (intervalles d'une demi-heure) d'heures-soins nettes requises par client par jour*

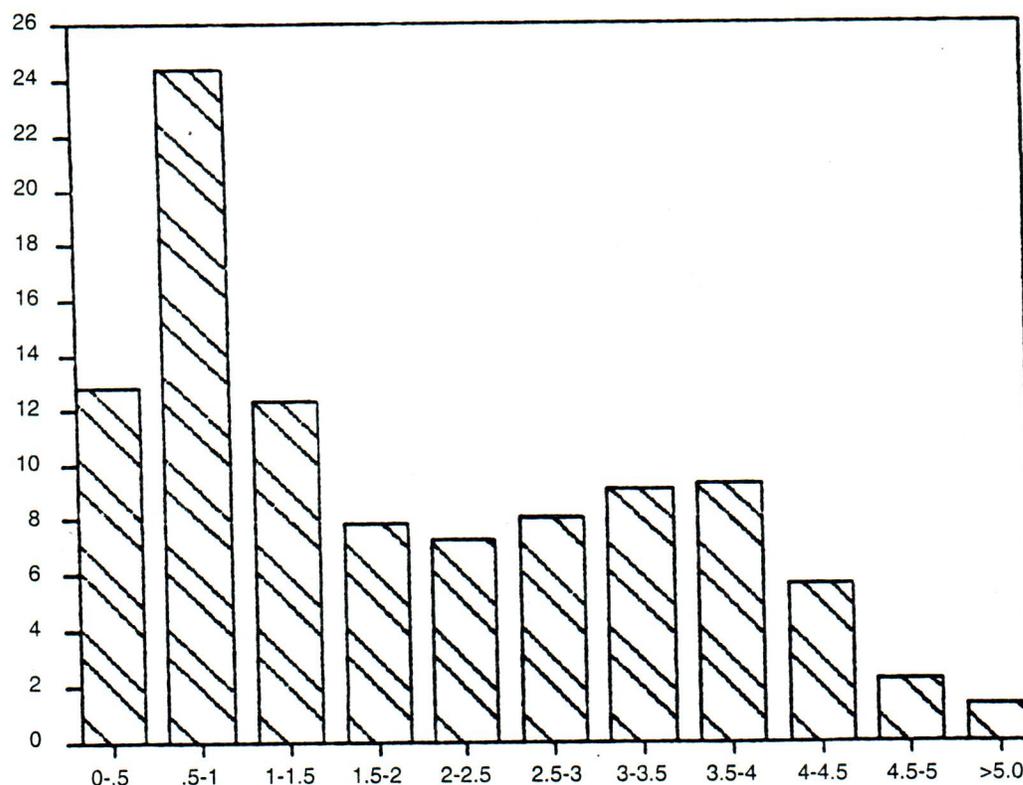


**Les heures-soins nettes requises en moyenne respectivement par les femmes et par les hommes diffèrent très peu : 1,97 heures pour les femmes (E-T = 1,40), 1,91 heures pour les hommes (E-T = 1,35). Cette différence de 0,06 heure (c'est-à-dire 3 % des HSN requises en moyenne par les femmes) est essentiellement attribuable aux soins de base (1,53 heure pour les femmes contre 1,44 heures pour les hommes). En terme de soins techniques,**

La distribution des HSN requises (figure 3) est bimodale. Le premier mode correspond à l'intervalle (0,5-1) HSN, le second à l'intervalle (3,5 - 4) HSN. L'observation de la distribution permet aussi de constater la grande dispersion des HSN. Le bénéficiaire le plus « léger » ne requiert pas de soins. Le plus lourd requiert approximativement 12 HSN. Les HSN sont distribuées presque en totalité dans l'intervalle 0 - 6 heures. Seulement 43 bénéficiaires, c'est-à-dire un pour mille, requièrent plus de 6 HSN. Déjà, entre 5 et 6 HSN, on n'observe que très peu de bénéficiaires : 388, c'est-à-dire 1,2 % de la clientèle.

FIGURE 3

*Distribution de densité de probabilité de la clientèle en fonction des catégories (intervalles d'une demi-heure) d'heures-soins nettes requises par client par jour*



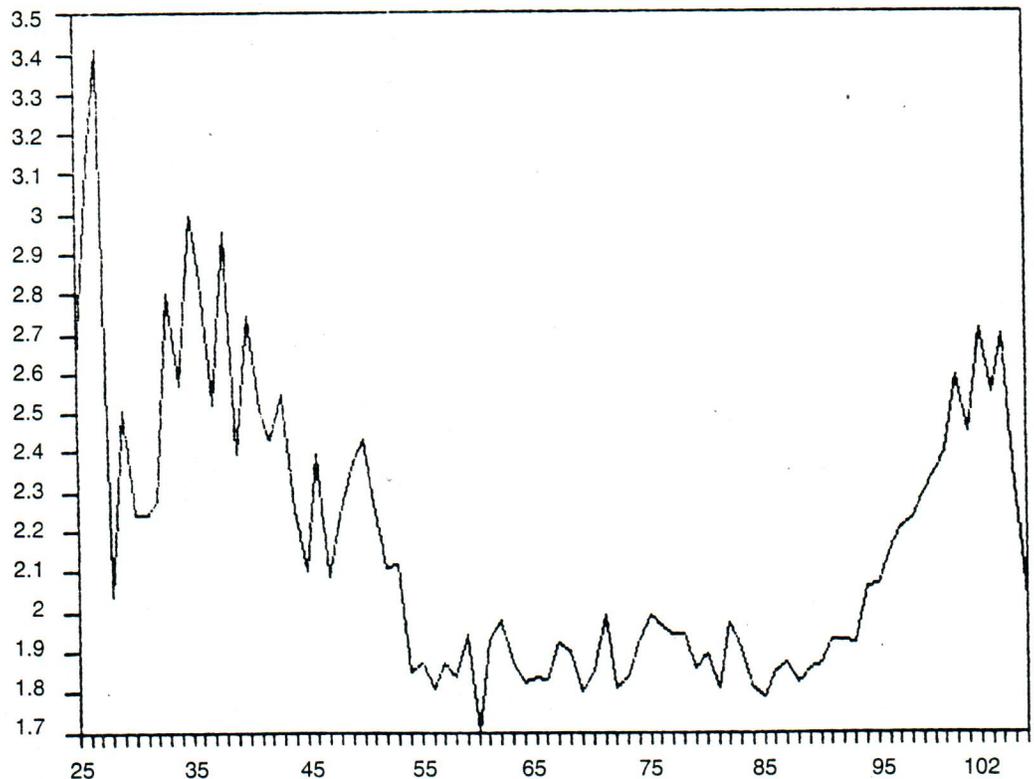
Les heures-soins nettes requises en moyenne respectivement par les femmes et par les hommes diffèrent très peu : 1,97 heures pour les femmes (E-T = 1,40), 1,91 heures pour les hommes (E-T = 1,35). Cette différence de 0,06 heure (c'est-à-dire 3 % des HSN requises en moyenne par les femmes) est essentiellement attribuable aux soins de base (1,53 heure pour les femmes contre 1,44 heures pour les hommes). En terme de soins techniques,

les femmes demandent un peu moins (0,15 versus 0,18 heures). On n'observe pas de différence en terme de soins relationnels et éducatifs. Cette faible différence correspond à ce qui a déjà été observé au niveau des déficiences et handicaps, à savoir que si les hommes sont en « meilleure condition » que les femmes, cet avantage est infime.

La figure 4 montre qu'entre 48 ans et 88 ans, les HSN moyennes varient peu, ne sortant guère de la fourchette 1,6 - 2,0 HSN. A l'extérieur de cet intervalle de 40 ans, c'est-à-dire de  $\pm 20$  à 48 ans et de 88 ans à  $\pm 100$  ans, les moyennes ont tendance à croître fortement. On retrouve ainsi ici, au niveau des HSN, ce qu'on avait déjà observé en ce qui concerne le handicap d'indépendance pour les AVQ, et dans une moindre mesure, de mobilité physique.

FIGURE 4

*Heures-soins nettes moyennes pour chaque année d'âge*



Les bénéficiaires « placés » depuis plus de dix ans exhibent des HSN significativement différentes de celles du reste de la population. Ces bénéficiaires représentent 11,8 % de la population en établissements. Si nous les excluons de la population, la moyenne des HSN requises par les bénéficiaires restant, s'établit à 2,0 heures, alors qu'elle est de 1,63 pour ceux qui ont plus de dix ans de séjour.

Le tableau 8 donne les HSN moyennes associées avec chaque niveau de chaque variable rendant compte des handicaps du bénéficiaire. Pour chaque variable, les HSN moyennes ont globalement le même comportement, à savoir qu'elles croissent avec le niveau de handicap. Cette croissance s'opère, cependant, de façon différente selon les variables ; ainsi, par exemple, les HSN moyennes croissent de façon quasi-linéaire avec les niveaux de la variable « orientation » ; à l'autre extrême, cette croissance est tout à fait non linéaire dans le cas de l'indépendance pour les AVQ et, à un moindre degré, de la mobilité physique. On notera, en particulier, que dans le cas de ces deux variables, les HSN moyennes ne varient guère avec les 4 ou 5 premiers niveaux de la variable, pour ensuite croître très rapidement. Les observations faites pour les handicaps sont aussi valables pour les déficiences psychologiques et sensorielles du bénéficiaire.

TABLEAU 8

*HSN moyennes et écarts-types pour chaque niveau des variables :  
indépendance pour les AVQ, mobilité physique, vécu occupationnel,  
intégration sociale et orientation*

Niveau	Indépendance pour les AVQ		Mobilité physique		Vécu occupationnel		Intégration sociale		Orientation	
	Moy.	E-T	Moy.	E-T	Moy.	E-T	Moy.	E-T	Moy.	E-T
1	0.42	0.24	0.51	0.34	0.55	0.36	0.72	0.63	0.87	0.83
2	0.59	0.35	0.54	0.31	0.62	0.35	0.83	0.71	0.85	0.76
3	0.62	0.31	0.60	0.39	0.73	0.53	1.11	0.92	1.03	0.92
4	0.53	0.32	0.63	0.47	1.11	0.90	1.40	1.08	1.10	0.92
5	0.53	0.26	0.76	0.56	0.96	0.70	1.53	1.11	1.60	1.10
6	0.86	0.51	1.02	0.71	1.34	1.01	1.95	1.23	2.13	1.23
7	1.24	0.75	1.73	0.94	1.83	1.17	2.50	1.31	2.69	1.20
8	2.67	0.93	2.19	0.99	2.95	1.23	3.41	1.04	3.49	0.98
9	3.70	0.79	3.55	0.83	3.31	1.10	3.43	1.16	3.83	0.74

On s'est aussi intéressé aux HSN par diagnostic. Il convient ici de spécifier d'emblée les limites des résultats, puisque nous avons travaillé par diagnostic plutôt que par profil diagnostique. Ainsi, dans le tableau 6, où on donne la moyenne des HSN associée avec un diagnostic particulier, il faut garder en tête que les bénéficiaires qui exhibaient ce diagnostic, avaient aussi, dans la majorité des cas, un ou deux diagnostics avec celui-ci. Les résultats apparaissant au tableau 6 sont néanmoins intéressants dans la mesure où les HSN moyennes associées aux diagnostics les plus prévalents (code CIM à trois chiffres) varient grandement : de 2,9 à 1,14 HSN.

## RÉFÉRENCES

1. INSERM. — *Inventory of the Indicators of Consequences of Chronic Diseases Used in the EEC Countries*. Le Vésinet, January 1987, p. 80.
2. Tilquin (C.), Carle (J.), Saulnier (D.). — *PRN 80: Measuring the Level of Nursing Care Required*. Health Administration Department, University of Montreal, 1980, 230 p.
3. Tilquin (C.), Saulnier (D.), Lejeune (H.), Clément (H.). — *PRN 87: Measuring the Level of Nursing Care Required*. Health Administration Department, University of Montreal, 1987, 180 p.
4. Tilquin (C.) et al. — *PLAISIR : Planification informatisée des soins infirmiers requis*. EROS, Département d'administration de la santé. Université de Montréal, 1984.
5. Tilquin (C.) et al. — *L'alourdissement des clientèles placées dans les programmes offrant des services de longue durée - Rapport n° 2 : la lourdeur des clientèles placées en centre d'accueil d'hébergement et en centre hospitalier de soins de longue durée*. EROS, Département d'administration de la santé, Université de Montréal, 1989.
6. Wood (P.H.N.). — *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*. Geneva : WHO, 1980.