



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

Fonds régional pour les services à domicile destinés aux personnes atteintes du VIH/SIDA

**État de situation
1996-2000**

*CLAIRE BLAIS
CONSEILLÈRE AUX ÉTABLISSEMENTS
SERVICES MULTICLIENTÈLES DE PREMIÈRE LIGNE
JUILLET 2001
RÉVISÉ LE 3 OCTOBRE 2001*

Disponible aux Services documentaires de la Régie régionale de Montréal-Centre
(514) 286-5604

© Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2001

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 2001

Table des matières

	PAGE
LISTE DES GRAPHIQUES.....	II
INTRODUCTION	1
RAPPEL DU PROGRAMME	2
1 LA CLIENTÈLE	4
1.1 Volume et roulement de la clientèle	4
1.2 Portrait de la clientèle	5
1.3 Distribution de la clientèle selon le territoire de CLSC	8
2 LES SERVICES	9
2.1 Types de services dispensés.....	9
2.2 Nombre d'heures de services dispensés	10
3. LES COÛTS	11
3.1 Coûts annuels.....	11
3.2 Coûts moyens de services	13
CONCLUSION.....	14

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1	Évolution du nombre d'usagers
Graphique 2	Évolution du nombre total de jours-présence d'utilisation de services
Graphique 3	Évolution de la moyenne de jours d'utilisation des services
Graphique 4	Proportion d'usager selon le sexe
Graphique 5	Distribution des usagers selon le lieu d'intervention des CLSC
Graphique 6	Distribution des usagers selon les référents (1998-99)
Graphique 7	Distribution des raisons d'intervention les plus souvent évoquées (1996-1997)
Graphique 8	Distribution des raisons d'intervention les plus souvent évoquées (1997-1998)
Graphique 9	Distribution des raisons d'intervention les plus souvent évoquées (1998-1999)
Graphique 10	Distribution des usagers selon le territoire de CLSC 2000-2001 (29 CLSC)
Graphique 11	Évolution de la répartition des heures/soins par type de services
Graphique 12	Évolution du nombre d'heures/soins moyen par usager
Graphique 13	Évolution du coût des services du programme MAD-SIDA
Graphique 14	Proportion des coûts par type de services
Graphique 15	Évolution des coûts selon le type de services
Graphique 16	Coût moyen des services par usager
Graphique 17	Coût moyen des services par jour-présence
Graphique 18	Coût annuel des services par usager pour une place en maintien à domicile

INTRODUCTION

Il y a plus de dix ans, le Centre québécois de coordination sur le sida confiait à la Régie régionale de Montréal-Centre la gestion d'une enveloppe budgétaire destinée au financement des services à domicile dispensés aux personnes atteintes du sida par les 29 CLSC de la région. Par le biais de ce fonds régional, les CLSC rejoignent la clientèle en perte d'autonomie vivant à domicile et desservent au besoin la clientèle qui réside en ressources d'hébergement communautaires.

Au cours des ans, la problématique reliée au VIH/sida s'est significativement modifiée autant au niveau du profil des personnes concernées par la problématique que des services à offrir pour répondre aux besoins. En effet, l'arrivée de nouvelles thérapies qui permettent aux personnes atteintes du VIH de retarder l'apparition des maladies opportunistes reliées au sida a un impact direct sur l'autonomie des personnes atteintes et sur l'espérance de vie. En conséquence, la nature et l'intensité des services rendus par le réseau des CLSC dans le cadre des activités reliées au programme de maintien à domicile se sont considérablement transformées, ce qui a engendré une diminution des coûts.

Devant cette réalité et en conformité avec les orientations ministérielles de la stratégie québécoise de lutte contre le sida, la Régie régionale de Montréal-Centre, avec l'accord du CQCS, a réalloué de façon récurrente, une partie du budget du programme (150 000 \$) au profit de services de première ligne de prévention destinés à répondre aux personnes particulièrement à risque d'infection (UDI, carcéral). Depuis 1998-1999, le budget régional pour le programme de maintien à domicile est de 450 000 \$.

Par ailleurs, tel que stipulé dans le « *Plan régional d'amélioration des services en VIH/sida (1998-2002)*¹, chaque programme en lien avec cette problématique fait l'objet d'une révision de l'organisation des services en fonction du profil des clientèles, des nouveaux besoins, des transformations du réseau de soins, des disponibilités financières et des priorités d'action pour la région de Montréal. Pour le programme SIMAD-SIDA, cette révision doit aussi tenir compte des futures orientations de la « *Politique de soutien à domicile des personnes ayant des incapacités et de soutien aux proches* » du MSSS et de celles de la phase V de « *la Stratégie québécoise de lutte contre le sida* » et, de façon plus large, aux services professionnels de première ligne offerts par le réseau des CLSC aux personnes atteintes du VIH/sida.

Ce document constitue donc une première étape dans la révision du programme et présente diverses données concernant l'évolution de la clientèle desservie et des services dispensés, ainsi que les coûts du programme. Les informations présentées n'incluent pas de données relatives au profil de la clientèle desservie ni la provenance des demandes puisque depuis 1994-1995, la Régie régionale de Montréal-Centre ne recueille plus ces informations auprès des CLSC. Toutefois, nous avons consulté le système d'information clientèle afin d'élargir notre banque de données pour alimenter nos réflexions quant aux éléments à tenir compte lors de la révision du programme et l'estimation des services futurs. Par contre, ces données doivent être interprétées avec prudence puisque l'entrée de données effectuée par les CLSC n'est pas uniforme et varie d'un CLSC à l'autre.

¹ Claire Blais, « Plan régional d'amélioration des services en VIH-sida (1998-2002), Régie régionale de Montréal-Centre, 1999

RAPPEL DU PROGRAMME

En 1989, le MSSS confiait en fiducie à la Régie régionale de Montréal-Centre² une enveloppe budgétaire annuelle récurrente pour le développement de services à domicile pour la clientèle atteinte du sida. Ce budget devait permettre une prise en charge rapide et la plus complète possible de la gestion et de la dispensation des services à domicile aux personnes atteintes du sida par les CLSC. Cependant, la nature et l'intensité des services offerts varient en fonction des besoins individuels de chaque personne et de son entourage.

En collaboration avec le MSSS, la Régie régionale de Montréal-Centre établissait les balises d'utilisation du programme, à savoir : la clientèle-cible, les objectifs du programme, la description des services admissibles au financement et les modalités de dispensation des services³.

La clientèle :

« Toute personne séropositive ou atteinte du sida, et le milieu qui la soutient s'il y a lieu, qui présente une perte d'autonomie temporaire ou permanente et qui requiert, à domicile, des soins et/ou des services plus ou moins intensifs, de façon ponctuelle, à court ou à long terme ».

Les objectifs :

- ⇒ Permettre aux personnes séropositives ou atteintes du sida de retourner, demeurer ou mourir à domicile.
- ⇒ Éviter un recours inapproprié aux ressources hospitalières et d'hébergement pour cette clientèle.

Les objectifs spécifiques :

- ⇒ Améliorer ou soutenir l'état de santé des personnes atteintes;
- ⇒ Offrir le support psychosocial nécessaire (si ne peut pas se déplacer vers le CLSC);
- ⇒ Maintenir ou améliorer le niveau d'autonomie fonctionnel des individus et suppléer aux incapacités fonctionnelles;
- ⇒ Supporter les familles ou les proches qui assistent les personnes atteintes;
- ⇒ Assister les personnes atteintes en regard des soins et de l'encadrement à apporter à leurs enfants s'il y a lieu.

Les services :

- ⇒ Les soins infirmiers (pour les personnes qui ne peuvent se déplacer);
- ⇒ Les services psychosociaux (pour les personnes qui ne peuvent se déplacer);
- ⇒ Les services d'aide (assistance physique, domestique, de gardiennage et de support aux aidants naturels ou à la famille);
- ⇒ Les fournitures médicales (excluant les substituts nutritionnels et l'acquisition d'équipements et de fournitures spéciales nécessaires au retour ou au maintien à domicile).

² Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain

³ Pour des informations plus détaillées se référer au « programme de services à domicile aux personnes atteintes de SIDA », Régie régionale de Montréal-Centre (CSSSMM), mars 1992

Pour les types de services précédemment mentionnés, la composante indirecte est aussi admissible à un remboursement. Par services indirects, il faut comprendre l'ensemble des activités non effectuées au domicile, mais étroitement liées au plan d'intervention.

Quant aux services d'ergothérapie et de physiothérapie, ils n'étaient pas remboursés par le fonds régional du programme SIMAD-SIDA jusqu'en 1996-1997 mais dispensés par le programme régulier de maintien à domicile en fonction des ressources disponibles. Ce n'est qu'à partir de 1996-1997 que la Régie régionale de Montréal-Centre acceptait de rembourser une partie des frais liés aux services professionnels à raison de 5 heures/soin par dossier ouvert durant l'année.

Les modalités de dispensation des services

Les services peuvent être dispensés :

- ⇒ par le personnel régulier des CLSC ou par des sous-contractants (agences privées de services à domicile);
- ⇒ sur une base plus ou moins intensive, de façon ponctuelle, à court ou à long terme, et doivent être dispensés à l'intérieur des balises 0-35 heures/semaine;
- ⇒ au domicile de la personne ou dans un lieu d'hébergement communautaire.

La gestion administrative du programme et remboursement

En raison de l'importante disparité des volumes de clientèles par territoire de CLSC, de la limite des disponibilités financières par rapport aux besoins (surtout jusqu'en 1996-1997) et du caractère spécifique de l'utilisation du fonds, la gestion centralisée devenait la meilleure façon de gérer le fonds. Or, chaque année, les CLSC remettent à la Régie régionale de Montréal-Centre des informations concernant le nombre de clients desservis, la nature et le nombre d'heures de services offerts. Ces données compilées servent à calculer le remboursement à effectuer à chaque CLSC. Ces remboursements s'effectuent à la fin de l'année financière.

Quant au remboursement, il s'effectuait en fonction du nombre d'heures/soins selon les taux horaires autorisés qui étaient inférieurs aux coûts réels. Ce n'est qu'en 1996-1997 que la Régie régionale de Montréal-Centre a pu procéder à une révision de ces taux, étant donné les surplus nouvellement disponibles au programme. Depuis, aucun autre ajustement ou indexation n'a été effectué.

Taux horaires remboursés :

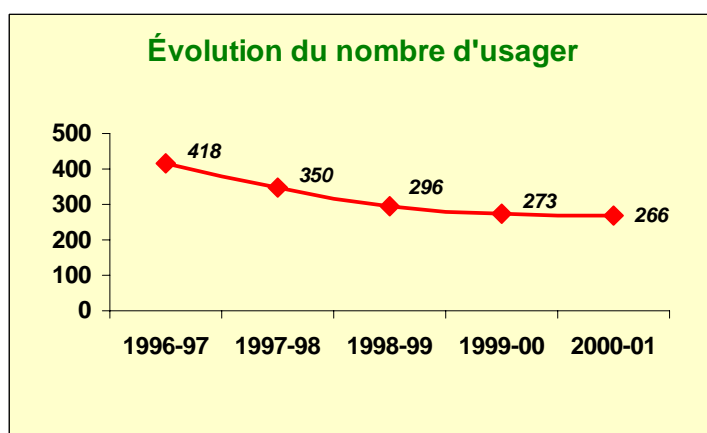
	Avant 1996	Depuis 1996
⇒ Auxiliaire familiale CLSC	14,65 \$	20,65 \$
⇒ Auxiliaire familiale Agence	9,75 \$	13,00 \$
⇒ Gardiennage	5,96 \$	7,00 \$
⇒ Infirmière	20,93 \$	33,72 \$
⇒ Travailleur social	25,00 \$	33,57 \$
⇒ Ergo – physio – nutritionniste	nsp	33,57 \$

1 LA CLIENTÈLE

1.1 VOLUME ET ROULEMENT DE LA CLIENTÈLE

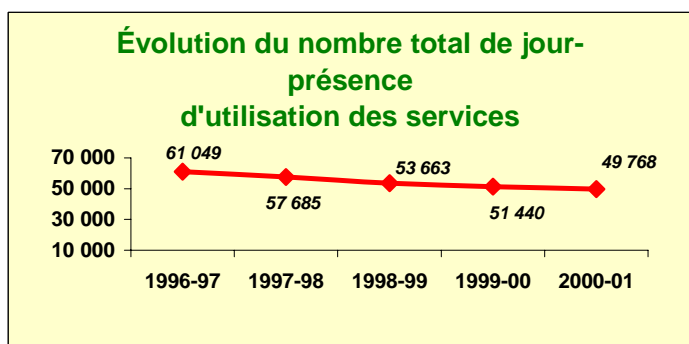
Tel qu'il apparaît au graphique 1, le nombre d'usagers desservis par les 29 CLSC est en diminution constante depuis 1996, passant de 418 usagers en 1996-1997 à 266 en 2000-2001. Entre 1996 et 1999, le nombre d'usagers desservis a diminué en moyenne de 16 % par année. De 1999 à 2000, cette diminution passait à 8 % pour n'être que de 3 % de 2000 à 2001, ce qui laisse croire que nous avons peut-être atteint un certain plancher quant au roulement de personnes qui nécessitent les services offerts dans le cadre du programme SIMAD-SIDA.

Graphique 1

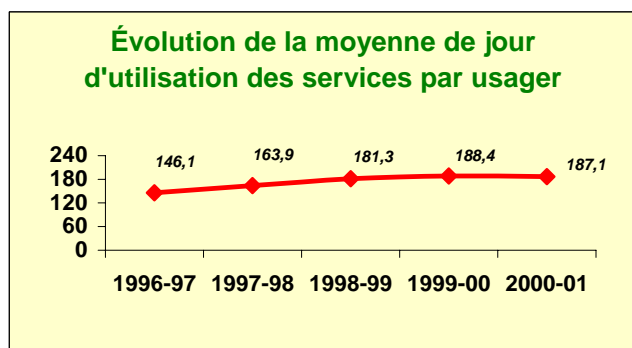


Par conséquent, le nombre de jours-présence total est aussi à la baisse puisque le nombre d'usagers a diminué (graphique 2). Cependant, en comparant le nombre de jour moyen d'utilisation des services pour chaque usager, nous constatons une continuelle augmentation de 1996-1997 à 1999-2000. En effet, chaque usager recevait en moyenne des services durant 146,1 jours tandis qu'en 2000-2001, il en reçoit 187,1 jours ce qui est comparable à 1999-2000 (graphique 3). Ainsi, malgré que le nombre d'usagers desservis diminue d'année en année, le temps moyen de présence active au programme continu à augmenter.

Graphique 2



Graphique 3



En ce qui a trait au roulement de la clientèle, le tableau 1 présente l'évolution depuis 1996. Comme nous pouvons le constater, le roulement de la clientèle à l'intérieur du programme demeure relativement important durant chaque année puisque le nombre de nouveaux usagers admis par année est comparable au nombre de fermetures de dossiers et cela malgré la baisse de fréquentation au programme constaté depuis 1996. Par exemple, en 2000-2001, le nombre d'admissions a diminué de 8% par rapport à l'année précédente tandis que le taux d'attrition¹ est passé à 57 % en 2000-2001 ce qui est comparable au taux de 1996-1997 qui était de 58 %.

Tableau 1
Roulement de la clientèle

Roulement des demandes	96/97	97/98	98/99	99/00	00/01
Nombre d'usagers actifs au 1er avril	171	174	168	135	139
Nombre d'admissions pendant l'année	247	178	128	138	127
Nombre de fermetures pendant l'année	244	184	161	134	151
Nombre d'usagers actifs au 31 mars	174	168	135	139	115

Enfin, nous constatons globalement que même si le nombre de clients desservis depuis 1996-1997 a diminué, le nombre moyen de jours-présence par usager a augmenté tandis que le taux d'attrition varie considérablement depuis les trois dernières années passant de 54 % en 1998-1999, à 49 % en 1999-2000 pour revenir à 57 % en 2000-2001. Ainsi, la clientèle atteinte nécessitant des soins à domicile a été moins nombreuse mais elle a reçu des soins sur une plus longue période.

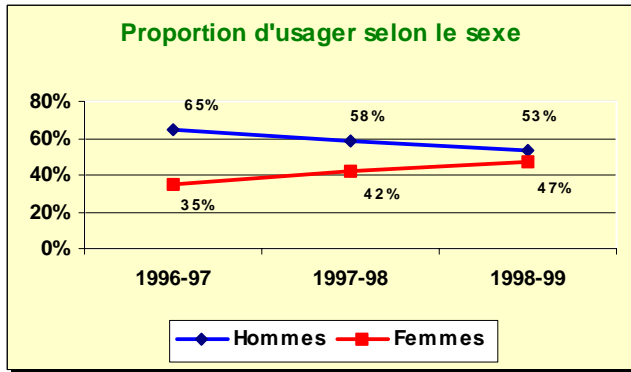
1.2 PORTRAIT DE LA CLIENTÈLE

Comme nous l'avons mentionné en introduction, les données remises par les CLSC n'incluent pas de profil de la clientèle ni la provenance de la demande. Par ailleurs, en consultant le système d'information clientèle CLSC (SICC), d'autres données sont disponibles ce qui nous permet de mieux identifier la clientèle desservie par le programme SIMAD-SIDA. Cependant, nous devons demeurer prudents quant à l'utilisation de ces données puisque l'enregistrement des données au système peut différer d'un CLSC à l'autre.

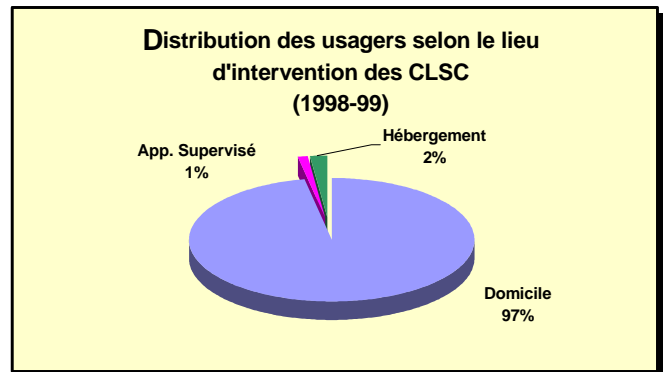
Selon les données recueillies dans le SICC, nous constatons que la proportion des femmes qui utilisent les services est en constante augmentation depuis 1996-1997 (graphique 4) et que le domicile est le lieu où se donne la majorité des services tandis que les ressources d'hébergement communautaire représentent en moyenne 2 % des lieux d'intervention (graphique 5).

¹ Nombre de fermetures de dossiers par rapport au nombre total de personnes desservies

Graphique 4

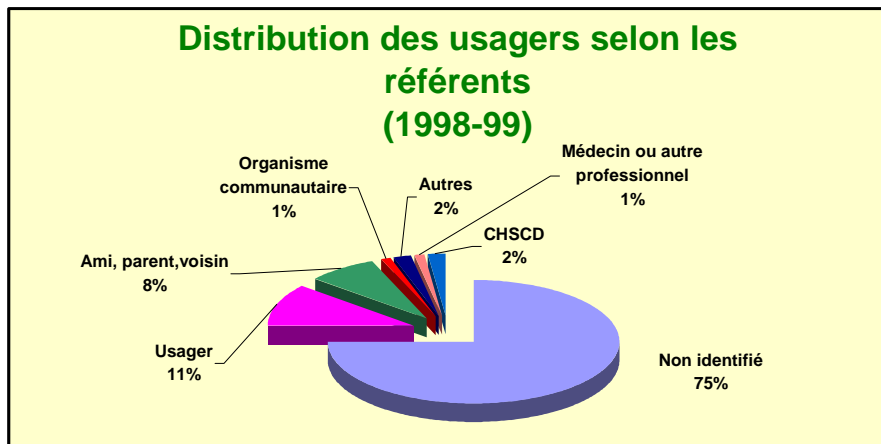


Graphique 5



Quant aux référents de la demande, il est plus difficile de savoir avec justesse qui ils sont puisque la donnée sur le référent n'apparaîtra pas au SICC pour un usager dont le dossier est actif depuis plus d'une année, ce qui peut biaiser les résultats. Puisque la consigne du SICC en lien avec le référent est que l'information doit être inscrite à *chaque nouvelle prise en charge d'un usager*, nous pouvons émettre comme hypothèse qu'en moyenne 75 % des usagers ayant recours au programme SIMAD-SIDA étaient déjà connus du CLSC via l'un ou l'autre des programmes, y compris le programme SIMAD-SIDA, ou que le dossier était actif depuis plus d'une année au programme SIMAD-SIDA. Pour les autres, donc pour les nouvelles demandes, 12 % des usagers se sont adressés directement aux CLSC tandis que 7 % des demandes ont été faites par un ami, un parent ou un voisin. Le graphique 6 présente les résultats obtenus pour l'année 1998-1999, ce qui est comparable aux données des années antérieures.

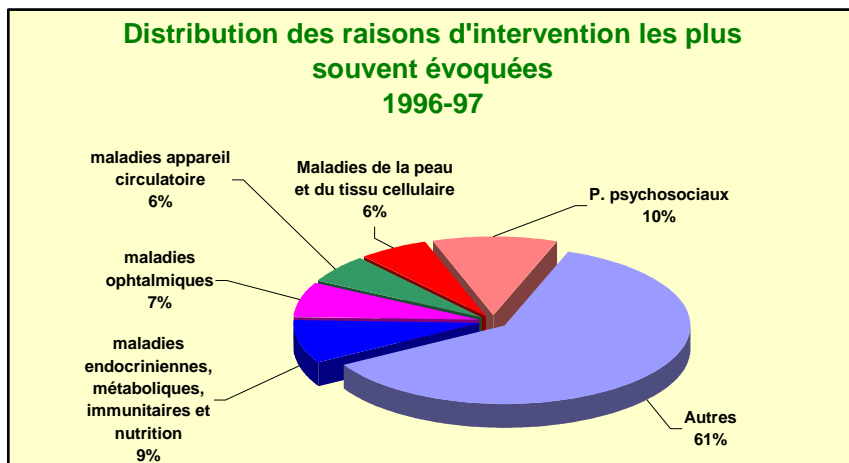
Graphique 6



Enfin, toujours en questionnant la banque de données du système d'information clientèle, nous sommes aller chercher les raisons autres que « maladies infectieuses et VIH/sida » pour lesquelles les interventions destinées aux personnes atteintes du VIH/sida étaient faites afin d'avoir une meilleure idée sur l'état de santé global des usagers. Toutefois, rappelons-nous que la validité de ces informations dépend en grande partie de l'uniformité d'entrée des données effectuées par chaque CLSC, ce qui est loin d'être assurée. Or, l'interprétation de ces résultats doit être faite avec prudence. Néanmoins, les résultats obtenus demeurent intéressants. Les trois années de référence sont 1996-1997, 1997-1998 et 1998-1999.

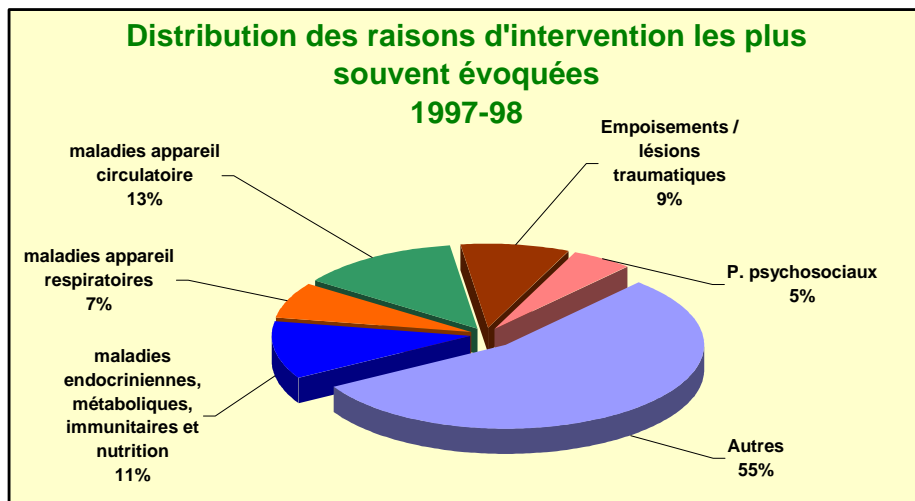
Par exemple, pour les CLSC qui ont inscrit une deuxième raison d'intervention, ce sont les problèmes d'ordre psychosocial et les maladies endocriniennes, métaboliques et du système immunitaire qui ont été les motifs d'intervention les plus souvent mentionnés pour l'année 1996-1997 (graphique 7).

Graphique 7

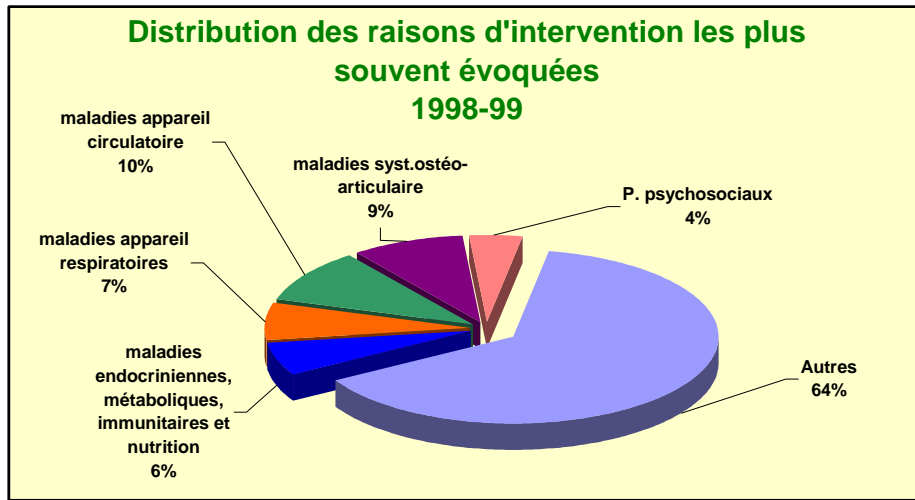


En 1997-1998 et 1998-1999, ce sont les maladies de l'appareil circulatoire qui étaient le plus souvent évoquées comme deuxième raison d'intervention (graphiques 8 et 9). Quant aux problèmes d'ordre psychosocial, les résultats observés démontrent une diminution depuis 1996-1997. Cette diminution peut être attribuable au fait que les soins palliatifs ont diminué de façon considérable par rapport à 1996-1997. Or, le soutien psychosocial est plus fréquent durant la phase terminale d'une maladie que ce soit pour des motifs de placement ou d'accompagnement à la mort.

Graphique 8



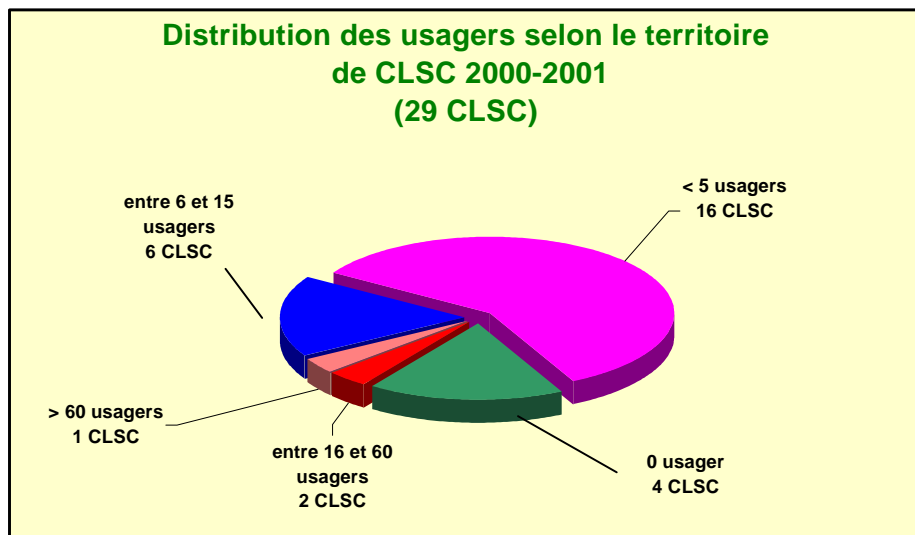
Graphique 9



1.3 DISTRIBUTION DE LA CLIENTÈLE SELON LE TERRITOIRE DE CLSC

Quant à la distribution des usagers selon le territoire de CLSC, le graphique 10 indique que sur les 29 CLSC, 24 ont fait appel au fonds régional pour un remboursement des frais de services rendus à la clientèle atteinte du VIH/sida. Cependant, comme par les années antérieures, le volume de la clientèle rejointe par territoire de CLSC demeure fort variable d'un CLSC à l'autre. En effet, ce sont surtout les CLSC des Faubourgs et du Plateau Mont-Royal qui desservent le plus grand nombre de personnes atteintes nécessitant des services à domicile.

Graphique 10



2 LES SERVICES

Par le biais du programme SIMAD-SIDA, les CLSC ont accès à un financement complet pour les services d'aide et de gardiennage, pour les soins infirmiers, pour les services psychosociaux, de même que pour les fournitures médicales associées aux soins. En ce qui a trait aux services de nutrition, d'ergothérapie et de physiothérapie, ils ne sont pas comptabilisés mais remboursés selon un prorata du nombre d'utilisateurs actifs en cours d'année et cela, depuis 1996-1997. Le montant accordé est calculé à raison de 5 heures de soins par dossier actif. Cependant, l'accessibilité à ces services a toujours été offerte par le programme régulier de maintien à domicile en fonction des ressources disponibles. En l'occurrence, nous ne pouvons pas savoir dans quelle mesure ces services sont utilisés et selon quelle intensité.

La nature et l'intensité des services sont déterminées en fonction des besoins individuels de chaque usager et des personnes de son entourage. Dans certains cas, les services peuvent être de nature non clinique et être dispensés par une agence d'aide familiale. De plus, le programme prévoit le remboursement de frais directs et indirects. Cependant, nous ne pouvons pas isoler le nombre d'heures de services directs du nombre d'heures de services indirects. Enfin, en raison de la nature instable de la maladie, de la chronicité possible dans certains cas et du peu de données disponibles, il demeure difficile de bien cerner l'utilisation précise des services selon les stades de la maladie.

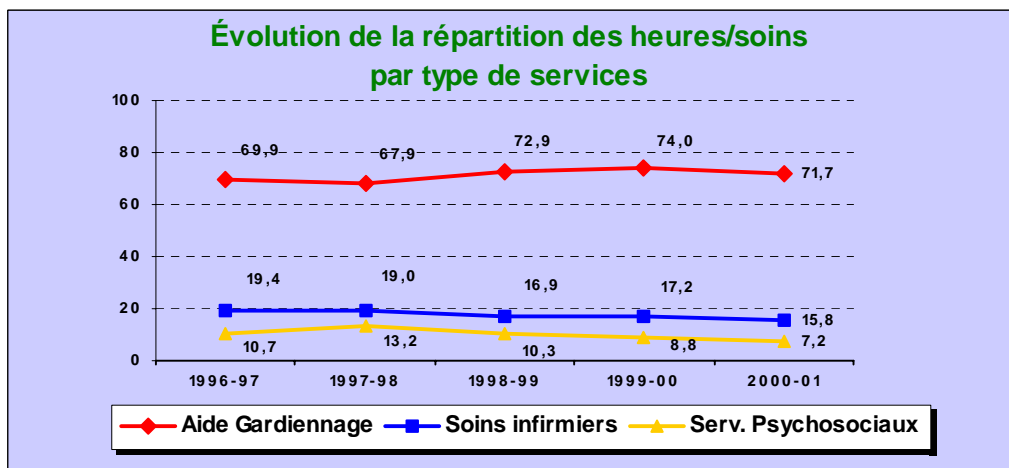
2.1 TYPE DE SERVICES DISPENSÉS

Le graphique 11 présente l'évolution de la répartition des heures de services dispensés depuis 1996 par type de services admissibles à un financement complet par le programme SIMAD-SIDA. Dans le but d'alléger le graphique et puisqu'ils sont très peu utilisés (<4 % de l'ensemble des services), les services de gardiennage ont été intégrés dans la catégorie des services d'aide à domicile.

Dans la répartition des heures par type de services, nous constatons que les services d'aide à domicile représentent la plus grande partie des services utilisés, suivi des soins infirmiers puis des services psychosociaux. Dans le cadre des services d'aide et de gardiennage, les CLSC font de plus en plus appel aux entreprises privées. Par exemple, en 1996-1997, 20 % des services d'aide étaient dispensés par ces entreprises privées tandis qu'en 2000-2001, cette proportion passait à 48 %.

En ce qui concerne le temps consacré pour des services de soins infirmiers, il demeure relativement stable depuis les trois dernières années. Par ailleurs, pour les services psychosociaux, nous observons une diminution depuis 1997-1998. Ce constat peut s'expliquer en partie par la diminution du nombre d'utilisateurs qui ont recours à des soins palliatifs à domicile. De plus, selon les informations recueillies auprès des professionnels qui interviennent auprès de cette clientèle, moins d'utilisateurs sont considérés en phase terminale de la maladie et il semble que pour ceux qui n'y échappent pas, la durée dans laquelle ils sont en phase terminale est écourtée depuis l'arrivée des nouveaux traitements. On constate que les personnes décèdent rapidement ou qu'elles reprennent de la vitalité en quelques semaines, ce qui les sort de la phase terminale.

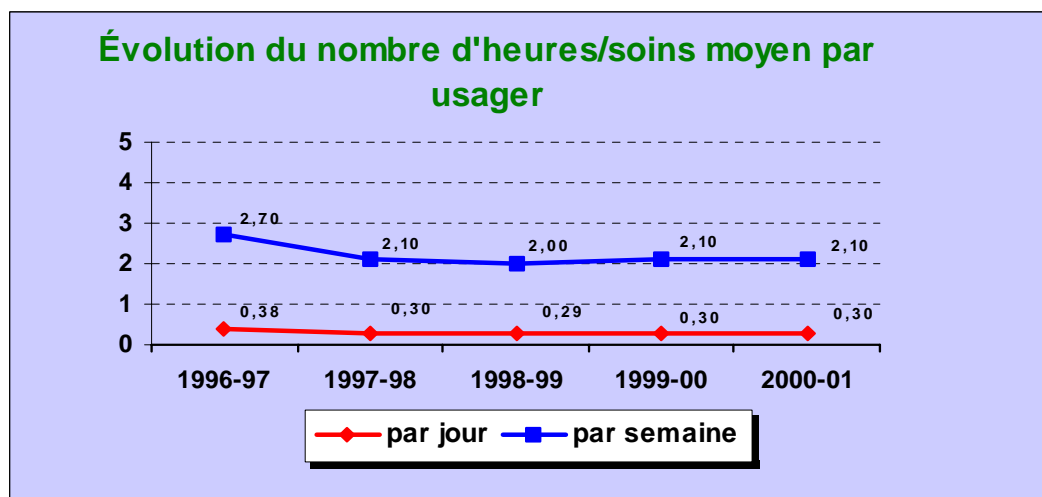
Graphique 11



2.1 NOMBRE D'HEURES DE SERVICES DISPENSÉS

Le graphique qui suit présente le nombre d'heures de services dispensés en moyenne aux usagers par les CLSC. Nous pouvons constater que le nombre d'heures moyen de services dispensés à chaque usager est comparable d'une année à l'autre. Ces données nous indiquent que même si les personnes utilisent en moyenne plus de jours-présence au programme, elles ne nécessitent pas pour autant plus de soins par jour. De plus, ces résultats semblent indiquer que depuis l'arrivée des nouvelles thérapies, les usagers semblent avoir un état de santé plus stable que ceux qui sont de la première génération de l'épidémie du sida et que leurs problèmes de santé semblent s'apparenter à des problèmes de chronicité.

Graphique 12



3 LES COÛTS

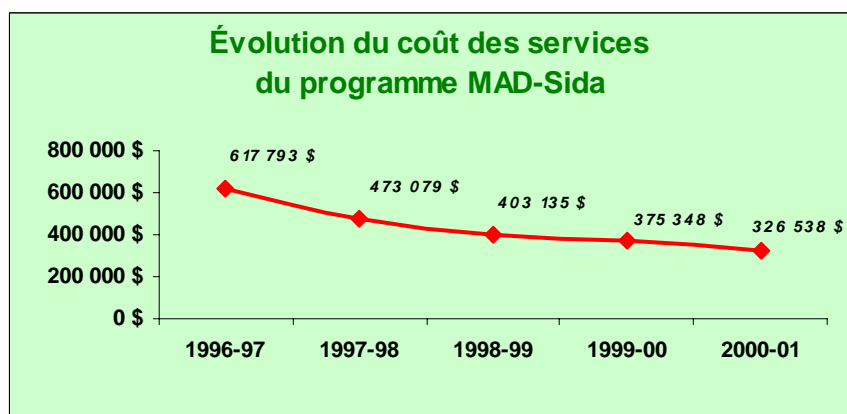
Le financement des services dispensés par les CLSC est effectué sur la base de taux horaires prédéterminés selon le type de services rendus et le personnel utilisé. Comme nous l'avons mentionné en première partie, les taux horaires ont été ajustés en 1996-1997 afin de mieux refléter le coût réel des services. Quant aux autres services professionnels (nutrition, ergothérapie, physiothérapie), rappelons qu'ils sont remboursés par le programme à raison de **5 heures/usager** actif durant l'année de référence et cela, depuis 1996-1997.

3.1 COÛTS ANNUELS

Le coût total des services a considérablement diminué depuis les cinq dernières années (graphique 13). En 2000-2001, les dépenses totales du programme s'élevaient à 326 538 \$ comparativement à 375 348 \$ en 1999-2000. Cette diminution s'explique en grande partie par la baisse de l'achalandage et par le type de services offerts. Cependant, si les services professionnels d'ergothérapie, de physiothérapie et de nutrition étaient comptabilisés et remboursés en entier plutôt que de faire l'objet d'un remboursement forfaitaire, les dépenses pourraient être probablement plus élevées. Encore en 2000-2001, ce sont les services d'aide à domicile qui représentent la plus grande partie des dépenses (graphiques 14 et 15). Nous avons inclus dans cette catégorie les services de gardiennage puisqu'ils représentent moins de 1 % des dépenses totales du programme. En 2000-2001, les dépenses pour les services d'aide et de gardiennage étaient de 169 478 \$ et représentaient 52 % des dépenses totales du programme.

Le graphique 13 trace l'évolution des dépenses totales du programme depuis 1996-1997. Ces données peuvent différer de celles déjà inscrites dans les différents rapports annuels puisque des ajustements ont été effectués pour certains CLSC après impression des dits rapports.

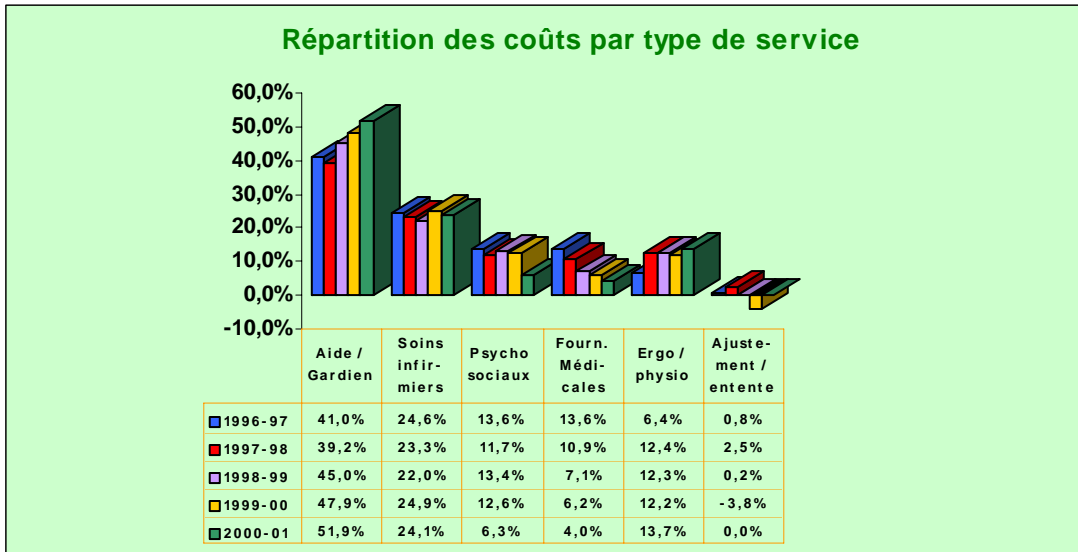
Graphique 13



Quant aux autres catégories de dépenses en 2000-2001, les soins infirmiers occupent 24,1 % des dépenses tandis que les services psychosociaux et les fournitures médicales couvrent respectivement 6,3 % et 4 % des dépenses totales (graphique 14). Cependant, en ce qui concerne les dépenses reliées aux services psychosociaux, il faut mentionner que 3 des 29 CLSC ont une autre source de financement pour des services psychosociaux et ne sont donc pas remboursés par le programme SIMAD-SIDA. En effet, les CLSC des Faubourgs, Métro et St-Michel ont un budget spécifiquement accordé pour les services psychosociaux dans le cadre du programme des équipes spécialisées de prévention du sida et des autres

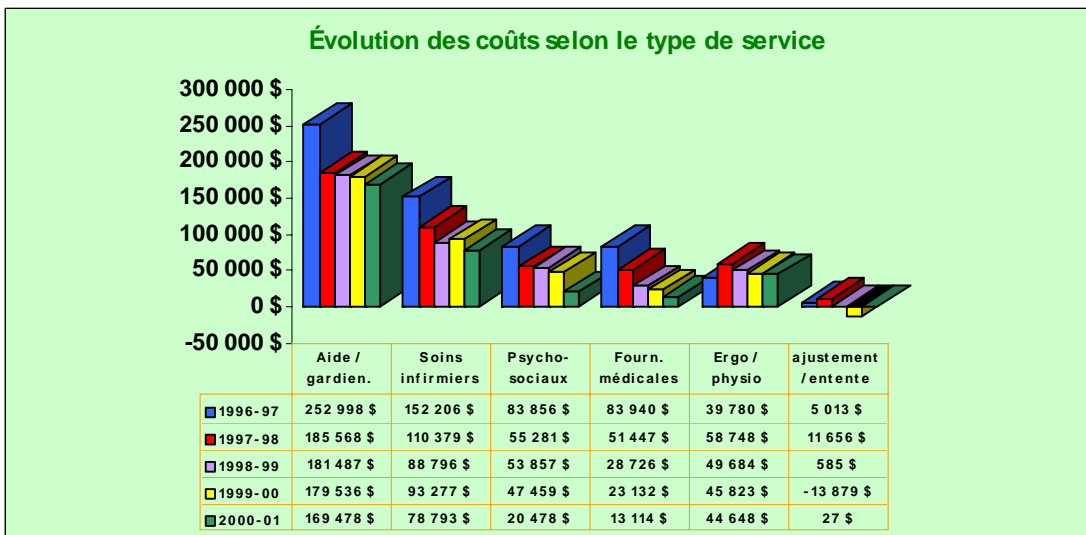
MTS. Puisque l'expertise de ses intervenants est largement développée, ce sont souvent ces derniers qui se présentent au domicile des usagers pour offrir les services requis. Il faut donc comprendre que les coûts réels reliés à ce type de services sont supérieurs.

Graphique 14



NOTE : Le pourcentage inscrit dans la colonne « ajustement / entente » représente la proportion des montants qui ont été accordés exceptionnellement ou des sommes qui ont été versées en trop durant une année de référence et qui ont nécessité un ajustement par la suite.

Graphique 15



NOTES : (1) Les montants inscrits dans la colonne « ajustement / entente » représentent des montants accordés exceptionnellement pour différentes dépenses ou des sommes qui ont été versées en trop durant l'année de référence et qui ont nécessité un ajustement par la suite.

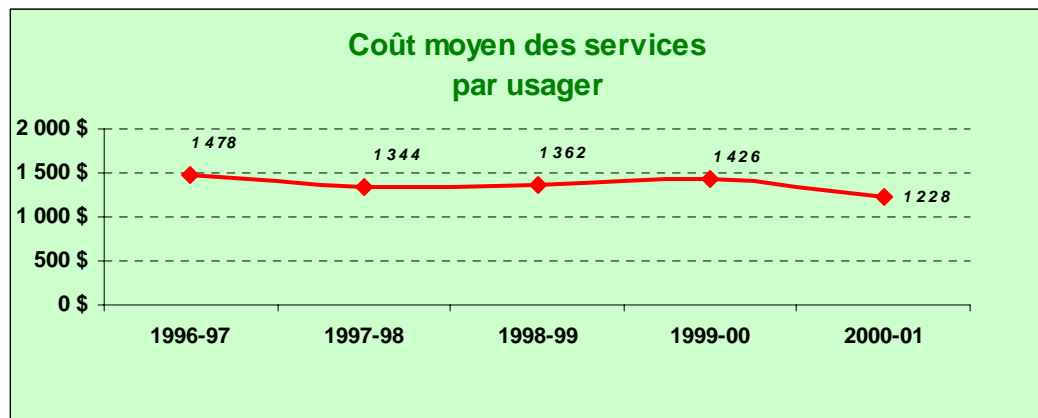
(2) En 1996-97, le montant accordé pour les services d'ergo et de physio représente 2,835 heures par usager à un taux horaire de 33,57 \$. Pour les années subséquentes, les mêmes services ont été remboursés à raison de 5 heures par usager à un taux horaire de 33,57\$.

3.2 COÛTS MOYENS DES SERVICES

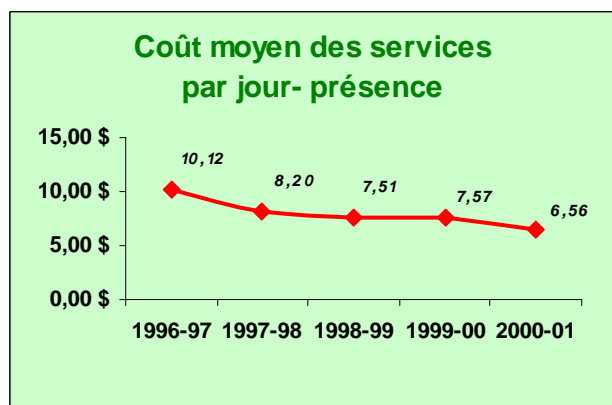
Les graphiques 16, 17 et 18 indiquent l'évolution des coûts moyens des services par usager par jour et par année. Le calcul du coût annuel est obtenu en multipliant le coût par jour-présence au programme par 365 jours. Il représente donc le coût d'une « place » en maintien à domicile sur une base annuelle.

Quant aux coûts moyens par usager, il a diminué en 2000-2001 à 1 228 \$ comparativement à 1 426 \$ en 1999-2000.

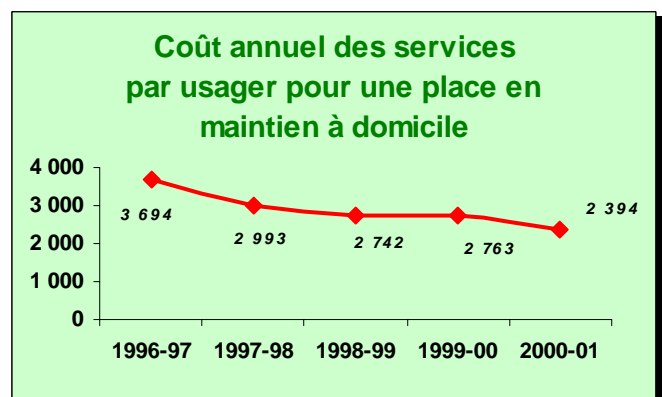
Graphique 16



Graphique 17



Graphique 18



CONCLUSION

Les données présentées dans ce bilan indiquent que depuis les trois dernières années, le nombre d'usagers a diminué de 10 % ce qui a fait diminuer le nombre total de jours-présence au programme. Cependant, malgré cette baisse d'achalandage au programme, le nombre de jours d'utilisation des services par usager a continuellement augmenté à partir de 1996-1997 pour se stabiliser en 2000-2001. Quant au roulement de la clientèle, il demeure important et constant. Le domicile est le principal lieu d'intervention. Quant au sexe des usagers, la proportion de femmes utilisatrices de services est en progression constante depuis 1996-1997. Enfin, les usagers se concentrent principalement sur sept territoires de CLSC et plus particulièrement dans les secteurs Centre-ville et Plateau Mont-Royal.

Quant à la nature des services requis, ce sont principalement les services d'aide qui sont le plus souvent utilisés suivi des services de soins infirmiers et des services psychosociaux. Les services d'aide et de soins infirmiers sont relativement stables depuis les trois dernières années alors que les services psychosociaux sont en diminution. Par ailleurs, le nombre d'heures moyen d'utilisation des services par usager demeure stable depuis 1997-1998.

Au niveau des coûts des services, notons que le coût annuel a subi une diminution de 47 % depuis 1996-1997. Cette diminution semble avoir atteint un plateau puisque la différence des coûts entre 1999-2000 et 2000-2001 n'était que de 13 %. Cette économie est attribuable à la diminution du nombre d'usagers et du type de services requis. En effet, les services professionnels étant plus coûteux que les services d'aide, la diminution du nombre d'heures soins requis a eu un impact sur le coût total du programme. Le coût moyen des services par usager par année a diminué de 10 %, tandis que le coût moyen par place d'un usager en maintien à domicile a diminué de 13 % depuis les trois dernières années.

En conclusion, ce bilan des cinq dernières années nous amène à proposer une démarche de révision complète du programme de maintien à domicile afin que celui-ci s'adapte aux nouvelles réalités. Pour ce faire, la Régie régionale s'assurera de la collaboration du CQCS pour mieux connaître les orientations ministérielles quant aux priorités de la phase V et aux crédits disponibles pour ce programme et de celles des CLSC déjà impliqués dans la dispensation des services à domicile. Enfin, cette révision doit permettre :

- de revoir et d'adapter les pratiques en fonction des nouveaux besoins et des nouvelles clientèles à desservir;
- de revoir, d'adapter et d'élargir la gamme de services offerts en termes de lieux de pratiques et de type de services admissibles à un remboursement, en tenant compte de l'organisation actuelle des services de santé et des services sociaux destinés aux personnes atteintes du VIH/sida;
- d'élaborer un nouveau cadre de référence du programme de services de maintien à domicile pour les personnes atteintes du VIH/sida;
- de réaffecter, au besoin, les sommes d'argent récupérées vers d'autres services de première ligne, ce qui permettrait de mieux agir auprès des personnes atteintes, nouvellement atteintes ou à risque de l'être;
- d'élaborer un mode de gestion décentralisé du programme.

★ ★ ★ ★ ★ ★ ★