

ÉVALUATION DE CERTAINS ÉLÉMENTS DU
FONCTIONNEMENT DU GUICHET UNIQUE,
DES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE ET DES
SERVICES AMBULATOIRES GÉRIATRIQUES POUR
LES MRC DE RIMOUSKI-NEIGETTE ET DE LA MITIS

RAPPORT FINAL

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET
DES SERVICES SOCIAUX
DU BAS-SAINT-LAURENT

MARS 2003



Analyse et rédaction :

Jocelyne Pelletier, M.Sc. Adm. services de santé

Collecte et traitement des données :

Roger Dubé, t.r.e.s.

Secrétariat et mise en page :

Pauline Landry

Note : L'emploi du masculin est utilisé de façon générique pour faciliter la lecture du document.

ISBN : 2-921342-44-8

Dépôt légal – 1^{er} trimestre 2003

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

TABLE DES MATIÈRES

	Page
LISTE DES TABLEAUX	v
LISTE DES FIGURES.....	vii
INTRODUCTION	8
1. ÉVALUATION D'ÉLÉMENTS DE STRUCTURE.....	9
1.1 Implantation et fonctionnement des structures « guichet unique » et « services ambulatoires gériatriques »	9
1.2 Ressources investies.....	9
1.3 Qualité des inputs professionnels	14
1.3.1 Méthodologie	14
1.3.2 Degré d'adhésion des intervenants, connaissances et perceptions du modèle « guichet unique ».....	15
1.3.3 Degré d'adhésion des intervenants, connaissances et perceptions du modèle « Services Ambulatoires Gériatriques »	15
1.3.4 Présence de plans d'intervention dans les dossiers	17
1.4 Éléments à retenir sur les structures	18
2. ÉVALUATION D'ÉLÉMENTS DE PROCESSUS	19
2.1 Achalandage des services du réseau.....	19
2.1.1 Éléments méthodologiques.....	19
2.1.2 Connaissances, perceptions et pratique des référents.....	20
2.1.2.1 Connaissances et perceptions des référents.....	20
2.1.2.2 Pratique des référents.....	20
2.1.3 Achalandage des services de soutien à domicile long terme	21
2.1.4 Achalandage des services ambulatoires gériatriques	23
2.2 Achalandage des services communautaires	25
2.2.1 Éléments méthodologiques.....	25
2.2.2 Évolution de l'achalandage des services bénévoles et d'aide à la vie domestique	25
2.3 Accessibilité des services du réseau	27
2.3.1 Éléments méthodologiques.....	27
2.3.2 Indice d'accessibilité pour les municipalités de la MRC de Rimouski-Neigette..	28
2.3.3 Indice d'accessibilité pour les municipalités de la MRC de La Mitis.....	30
2.4 Lourdeur de la clientèle à desservir	31
2.4.1 Éléments méthodologiques.....	31
2.4.2 Lourdeur des clients des SAD à l'inscription	35

2.4.3	Lourdeur des clients des SAG en 2001-2002.....	39
2.5	Éléments à retenir sur le processus.....	42
3.	EFFETS SUR LES CLIENTS ET LES AIDANTS	43
3.1	Restauration de l'autonomie des clients.....	43
3.2	Degré de satisfaction des clients	44
3.3	Lourdeur de la tâche des aidants	44
3.4	Éléments à retenir sur les effets sur les clients.....	45
4.	EFFETS SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ	46
4.1	Utilisation du système d'hébergement de longue durée	46
4.1.1	Méthodologie	46
4.1.2	Utilisation du système d'hébergement.....	46
4.2	Utilisation des services de l'UCDG et de l'URFI.....	48
4.3	Éléments à retenir sur les effets sur le système de santé.....	50
5.	DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS	51
5.1	Limites de l'étude	51
5.2	La mise en place des éléments structurels.....	51
5.3	Le processus.....	52
5.3.1	Le fonctionnement des mécanismes prévus	52
5.3.2	La clientèle rejointe et les services rendus.....	52
5.4	Les effets attendus	53
5.4.1	Les effets sur les clients et les aidants.....	53
5.4.2	Les effets attendus sur le système de santé.....	54
	CONCLUSION.....	55
	RÉFÉRENCES.....	56

LISTE DES TABLEAUX

	Page
TABEAU 1 : Nombre d'heures travaillées du 1 ^{er} avril 2001 au 31 mars 2002 par MRC.....	10
TABEAU 2 : Comparaison des heures travaillées par période selon l'année, la MRC et le type de services	11
TABEAU 3 : Évolution du nombre de clients et de services du SAD (et guichet) pour la MRC de Rimouski-Neigette.....	22
TABEAU 4 : Évolution du nombre de clients et de services du SAD (et guichet) pour la MRC de La Mitis	23
TABEAU 5 : Services rendus aux SAG dans la MRC de Rimouski-Neigette en 2000-2001 et 2001-2002	24
TABEAU 6 : Services rendus aux SAG dans la MRC de La Mitis en 2000-2001 et 2001-2002.....	24
TABEAU 7 : Évolution de l'achalandage des services communautaires	26
TABEAU 8 : Répartition des utilisateurs des services de SAD long terme et SAG selon la municipalité de provenance dans la MRC de Rimouski-Neigette	29
TABEAU 9 : Répartition des utilisateurs des services SAD long terme et SAG selon la municipalité de provenance pour la MRC de La Mitis.....	30
TABEAU 10 : Répartition des populations et échantillons dont les dossiers furent consultés pour la mesure de l'autonomie fonctionnelle à l'inscription	33
TABEAU 11 : Répartition de la clientèle selon la présence ou l'absence d'évaluation.....	34
TABEAU 12 : Comparaison des résultats d'incapacités globales selon la date d'évaluation au regard de la période de services.....	35
TABEAU 13 : Nombre de dossiers considérés dans l'analyse de la lourdeur de la clientèle	35
TABEAU 14 : Moyenne du score des incapacités totales de la clientèle à l'inscription des services de réadaptation à domicile et des autres services de SAD	36
TABEAU 15 : Clients n'ayant aucune incapacité dans la dimension « mobilité » (pour se déplacer)	39
TABEAU 16 : Moyenne des incapacités totales de la clientèle à l'inscription des SAG, programme restauration et programme maintien.....	39

TABLEAU 17 :	Répartition des demandes d'hébergement, selon le programme CTMSP, recommandée par les comités d'orientation-admission pour la MRC de Rimouski-Neigette.....	47
TABLEAU 18 :	Répartition des demandes d'hébergement, selon le programme CTMSP, recommandée par les comités d'orientation-admission pour la MRC de La Mitis.....	47
TABLEAU 19 :	Évolution du facteur de lourdeur de la clientèle orientée vers l'hébergement.....	48
TABLEAU 20 :	Admissions totales en UCDG et URFI et admissions en courte durée pour les 65 ans et plus, par période de 4 semaines.....	48
TABLEAU 21 :	Orientations au congé des clients admis en UCDG et URFI et des clients de 65 ans et plus admis en courte durée, en 2001-2002.....	49
TABLEAU 22 :	Évolution dans les destinations au congé des personnes de 65 ans et plus admises dans les différents types de ressources	49

LISTE DES FIGURES

	Page
FIGURE 1 : Évolution des heures travaillées par période dans la MRC de Rimouski-Neigette	12
FIGURE 2 : Évolution des heures travaillées par période dans la MRC de La Mitis.....	12
FIGURE 3 : Évolution du coût des ressources humaines pour la MRC de Rimouski-Neigette, par période de 4 semaines.....	13
FIGURE 4 : Évolution du coût des ressources humaines dans la MRC de La Mitis, par période de 4 semaines	14
FIGURE 5 : Évolution de l'utilisation des services communautaires dans la MRC de Rimouski-Neigette.....	26
FIGURE 6 : Évolution de l'utilisation des services communautaires dans la MRC de La Mitis	27
FIGURE 7 : Évolution des scores d'incapacités dans les différentes fonctions pour la clientèle des services de réadaptation à domicile pour la MRC de Rimouski-Neigette.....	37
FIGURE 8 : Évolution des scores d'incapacités dans les différentes fonctions pour la clientèle des services de SAD pour la MRC de Rimouski-Neigette.....	37
FIGURE 9 : Évolution des scores d'incapacités dans les différentes fonctions pour la clientèle des services de réadaptation à domicile pour la MRC de La Mitis.....	38
FIGURE 10 : Évolution des scores d'incapacités dans les différentes fonctions pour la clientèle des services de SAD pour la MRC de La Mitis.....	38
FIGURE 11 : Évolution des scores d'incapacités dans les différentes fonctions pour la clientèle des services de SAG restauration pour la MRC de Rimouski-Neigette	40
FIGURE 12 : Évolution des scores d'incapacités dans les différentes fonctions pour la clientèle des services SAG maintien pour la MRC de Rimouski-Neigette	40
FIGURE 13 : Évolution des scores d'incapacités dans les différentes fonctions pour la clientèle des services de SAG restauration pour la MRC de La Mitis	41
FIGURE 14 : Évolution des scores d'incapacités dans les différentes fonctions pour la clientèle des services de SAG maintien pour la MRC de La Mitis.....	41

INTRODUCTION

En 1998, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent procédait à une consolidation du programme de soutien à domicile dans la MRC de Rimouski-Neigette. À l'intérieur de cette consolidation, des sommes étaient consacrées aux services ambulatoires gériatriques devant desservir deux MRC : Rimouski-Neigette et La Mitis. La MRC de Rimouski-Neigette avait par ailleurs déjà adopté un mécanisme de référence pour la clientèle du programme de soutien à domicile, qu'on qualifie habituellement de « guichet unique », mécanisme qui fut par la suite implanté dans la MRC de La Mitis.

Le présent rapport s'inscrit dans le cadre d'une évaluation de certains éléments des composantes « guichet unique » et « services ambulatoires gériatriques » pour les MRC de Rimouski-Neigette et de La Mitis. Ce cadre évaluatif couvrait trois années financières : 1999-2000 (rapport basé sur trois périodes), 2000-2001 et 2001-2002. Le protocole d'évaluation visait l'appréciation de :

- Ø la mise en place des éléments structurels ;
- Ø le fonctionnement des mécanismes prévus ;
- Ø la clientèle rejointe et les services rendus ;
- Ø les effets attendus (sur les bénéficiaires et les aidants et sur l'utilisation de ressources institutionnelles).

Deux rapports annuels ont été précédemment produits, de même que des rapports spécifiques sur les sondages en 2000 et en 2002 auprès des référents potentiels, auprès des intervenants au guichet unique et des intervenants aux services ambulatoires gériatriques de même qu'auprès des clients recevant des services de soutien à domicile ou des services ambulatoires gériatriques et des personnes de leur entourage leur venant en aide. Au total, dix rapports distincts ont été produits dans ce cadre évaluatif.

Le présent document comporte une analyse de la dernière année de production (2001-2002) et rassemble dans une analyse comparative tous les éléments d'évaluation des années précédentes.

1. ÉVALUATION D'ÉLÉMENTS DE STRUCTURE

1.1 Implantation et fonctionnement des structures « guichet unique » et « services ambulatoires gériatriques »

Certains éléments de fonctionnement du guichet unique ont fait l'objet d'une appréciation de la part des coordonnateurs locaux : le fonctionnement global, le comité d'organisation des services, l'intervenant pivot, les ententes inter établissements et les ententes avec les organismes communautaires. L'appréciation s'est faite sur une échelle à quatre degrés : très bien implanté, bien implanté, plus ou moins implanté, peu ou pas implanté.

La coordonnatrice dans la MRC de Rimouski-Neigette estime en 2002 que le comité d'organisation des services est très bien implanté, que l'intervenant pivot est bien implanté, et que les ententes avec les organismes communautaires sont très bien implantées. Par contre, les ententes inter établissements sont plus ou moins implantées. C'est toujours ce dernier point qui chaque année, pour les trois années d'évaluation réalisées, laisse à désirer dans le degré d'implantation du modèle.

Dans la MRC de La Mitis, le coordonnateur juge également très bien implanté le guichet unique. Le comité d'organisation des services n'est pour sa part plus fonctionnel; l'intervenante au guichet unique procède maintenant directement à l'orientation des personnes référées. Le fonctionnement du comité a été jugé trop lourd. Quant au concept d'intervenant pivot, il est jugé plus ou moins bien implanté comme l'an dernier. La révision en cours du programme des services de soutien à domicile (jusqu'en décembre 2002), prévoit travailler, entre autres, sur le rôle de l'intervenant pivot. Les ententes inter établissements sont bien implantées et les ententes avec les organismes communautaires sont également bien implantées.

L'appréciation des éléments de fonctionnement des SAG portait sur : l'évaluation par une équipe interdisciplinaire, l'élaboration de plans de services individualisés, la réévaluation tous les 30 jours pour le volet restauration, le congé après une durée maximale de 90 jours pour le volet restauration. Tous ces éléments ont été jugés très bien implantés par la coordonnatrice pour le territoire de la MRC de La Mitis. Pour la MRC de Rimouski-Neigette, la seule différence est l'élaboration de plans de services individualisés qui est estimée plus ou moins implantée dans le volet restauration.

1.2 Ressources investies

Le tableau 1 illustre les heures travaillées pour chacun des types de services dispensés. La comparaison avec les années antérieures se limitera à l'année 2000-2001 parce que pour l'année 1999-2000, les données analysées ne portaient que sur les trois dernières périodes de l'année. La comparaison se fait sur la base d'une moyenne par période (une période équivaut à 4 semaines).

Tableau 1 : Nombre d'heures travaillées du 1^{er} avril 2001 au 31 mars 2002 par MRC

Éléments de services	Heures travaillées dans la MRC Rimouski-Neigette	Heures travaillées dans la MRC La Mitis
Guichet unique	3 549	1 849
SAG		
Soins infirmiers	3 649	1 616
Thérapeute réadaptation physique	1 733	1 670
Technicien ass. sociale + trav. social	2 420	1 661
Préposé aux bénéficiaires ou auxiliaire familiale	1 562	1 021
Ergothérapeute	338	0
Physiothérapeute	355	0
Éducateur ou moniteur en loisirs	1 843	1 659
SAD		
Soins infirmiers	35 529	9 097
Inhalothérapeute	contrat	145
Technicien ass. sociale ou T.S.	13 520	7 748
Ergothérapeute	2 005	2 360
Physiothérapeute	2 603	0
Thérapeute réadaptation physique	0	684
Aide à domicile	36 735	10 233

Source des données : système d'information des établissements, par Aline Guimont (Rimouski-Neigette) et la direction des finances (La Mitis).

La comparaison avec les données de 2000-2001 (tableau 2) montre une constance des heures travaillées pour les deux MRC pour ce qui est du guichet unique. Parmi les services spécifiques, on note une augmentation des heures « soins infirmiers » aux SAG et des heures « intervenant social » aux services de SAD, dans la MRC de Rimouski-Neigette. Dans la MRC de La Mitis, il y a également une augmentation des heures « intervenant social » aux services de SAD et une augmentation des heures « ergothérapie » dans le même programme. On observe par contre une diminution des heu-

res d'ergothérapie et de physiothérapie des SAG dans la MRC de Rimouski-Neigette et une absence totale dans la MRC de La Mitis.

Tableau 2 : Comparaison des heures travaillées par période selon l'année, la MRC et le type de services

Éléments de services	Heures travaillées pour la MRC Rimouski-Neigette		Heures travaillées pour la MRC La Mitis	
Année	00-01	01-02	00-01	01-02
Guichet unique	273	273	152	142
SAG				
Soins infirmiers	241	281	129	124
Thérapeute réadaptation physique	133	133	129	129
Technicien ass. sociale	189	186	130	128
Préposé aux bénéficiaires ou auxiliaire familiale	126	120	77	79
Ergothérapeute	53	26	3	0
Physiothérapeute	33	27	0	0
Éducateur ou moniteur en loisirs	141	142	131	128
SAD				
Soins infirmiers	2 765	2 733	708	700
Inhalothérapeute	contrat	8	10	11
Technicien ass. sociale ou T.S.	989	1 040	449	596
Ergothérapeute	187	154	143	182
Physiothérapeute	199	200	2	0
Thérapeute réadaptation physique	0	0	48	53
Aide à domicile	2 747	2 826	855	787

Source des données : système d'information des établissements, par Aline Guimont (Rimouski-Neigette) et la direction des finances (La Mitis).

Un regard sur l'évolution des heures travaillées révèle entre l'année 2000-2001 et 2001-2002, pour la MRC de Rimouski-Neigette, une augmentation des heures travaillées de 1% au guichet unique et SAD réunis et le maintien des heures travaillées aux SAG. Pour la MRC de La Mitis, les heures travaillées au guichet et SAD ont augmenté de 4% et sont demeurées stables aux SAG (figures 1 et 2).

Figure 1 : Évolution des heures travaillées par période dans la MRC de Rimouski-Neigette

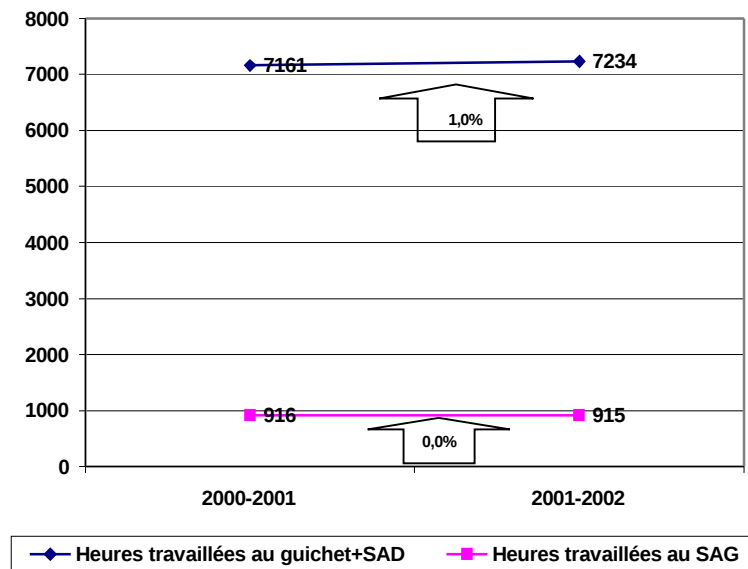
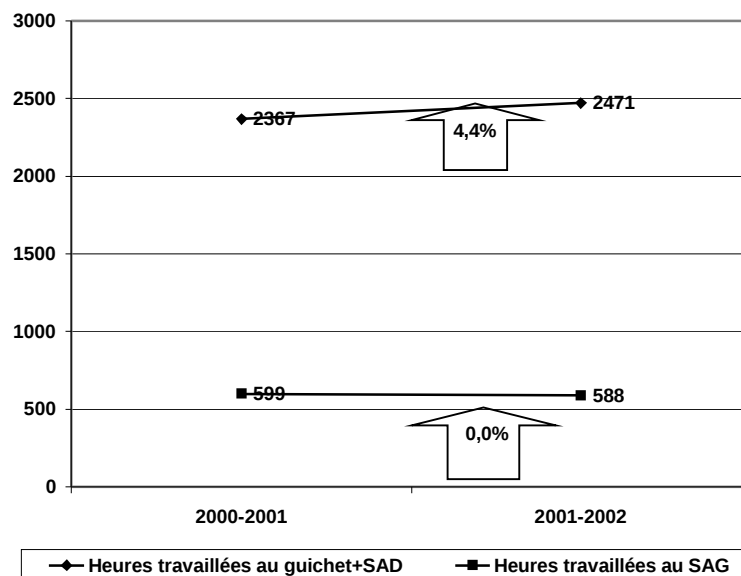


Figure 2 : Évolution des heures travaillées par période dans la MRC de La Mitis



L'évolution des coûts est illustrée aux figures 3 et 4. Pour les deux MRC, l'accroissement des coûts dépasse l'augmentation des heures travaillées, ce qui est attendu étant donné les augmentations salariales annuelles liées à la fois à l'avancement dans l'échelle d'expérience (généralement 2,5% entre 2000 et 2002) et à l'augmentation statutaire négociée (généralement 2,5% entre 2000 et 2002). Dans la mesure où tous les employés ont encore des échelons à gravir, à heures égales, on est donc en droit de s'attendre à une augmentation du coût des ressources humaines de l'ordre de 5% pour les deux dernières années. À heures égales, une augmentation d'un ordre supérieur s'explique par le taux d'absentéisme.

Les augmentations de coûts pour la MRC de Rimouski-Neigette sont de 7,1% pour le personnel au guichet unique et au SAD; elles demeurent donc de l'ordre de ce qui est attendu compte tenu de l'augmentation des heures travaillées de 1,0%. Pour les SAG, les heures travaillées sont les mêmes et les coûts ont augmenté de 1,2%, ce qui est à l'intérieur de l'augmentation attendue des coûts.

Quant à la MRC de La Mitis, l'augmentation du coût des ressources humaines pour le guichet et le SAD (14,3%) excède l'augmentation attendue compte tenu de l'accroissement des heures travaillées de 4,4%, auquel s'ajoute l'augmentation maximale normale de 5,0%. Pour les SAG cependant, l'augmentation des coûts de 4,4% demeure à l'intérieur de ce qui est attendu compte tenu du fait qu'il n'y a pas de changement dans les heures travaillées.

Figure 3 : Évolution du coût des ressources humaines pour la MRC de Rimouski-Neigette, par période de 4 semaines

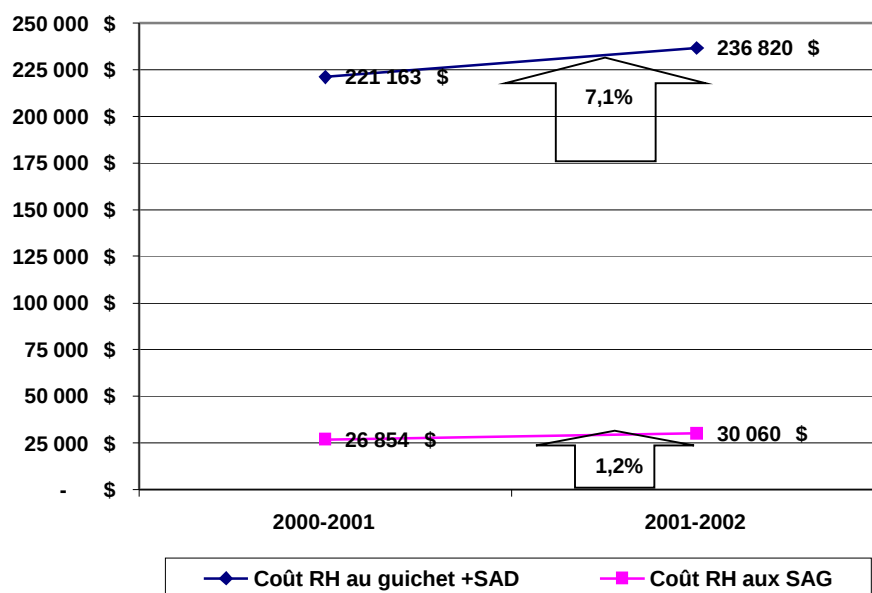
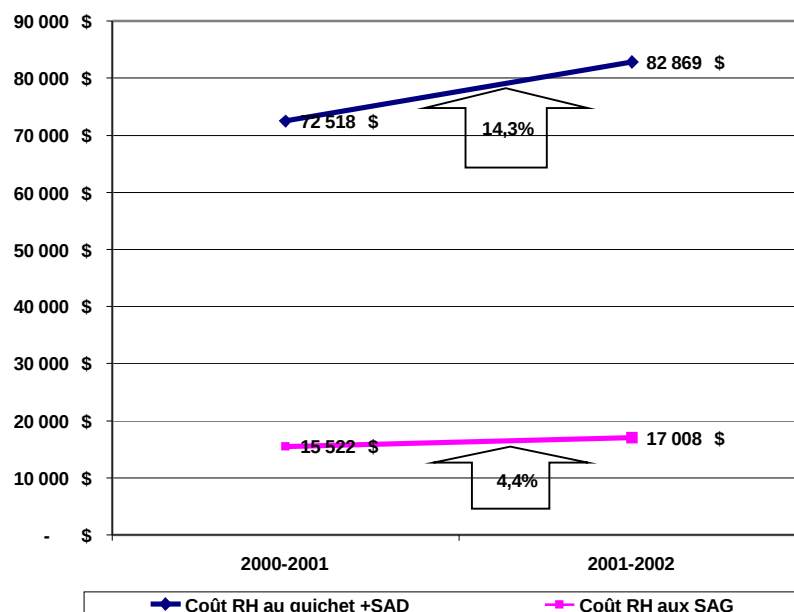


Figure 4 : Évolution du coût des ressources humaines dans la MRC de La Mitis, par période de 4 semaines



1.3 Qualité des inputs professionnels

1.3.1 Méthodologie

À ce chapitre, deux catégories d'indicateurs furent retenues :

- Ø le degré d'adhésion des intervenants, les connaissances et perceptions des modèles d'organisation de services ;
- Ø la présence de plans d'intervention dans les dossiers.

Les données de la première catégorie d'indicateurs furent recueillies par enquête (questionnaire écrit) auprès des professionnels œuvrant au guichet unique et aux SAG. Une première enquête avait été faite en 2000 et fut répétée en 2002. Comme ces données ont fait l'objet de deux rapports distincts ^{1,2} nous n'en rapporterons ici que les éléments majeurs.

Quant à la présence de plans d'intervention dans les dossiers, elle fut vérifiée lors de la collecte dans les dossiers des données sur le degré d'autonomie des clients (voir section 2.4.1 pour cette méthodologie).

1.3.2 Degré d'adhésion des intervenants, connaissances et perceptions du modèle « guichet unique »

Entre 2000 et 2002, l'adhésion au modèle s'est maintenue; les répondants croient toujours au guichet unique.

Dans le fonctionnement quotidien, certaines composantes du modèle semblent moins respectées : le guichet comme unique mode de référence et le comité d'orientation.

Selon les répondants, certaines personnes réfèrent par d'autres canaux (que celui du guichet unique ou accueil) transmettant ainsi insuffisamment d'information pour qu'ils puissent procéder à l'orientation des personnes référées. Les intervenants doivent donc compléter l'information par divers moyens. Il ne doit toutefois pas y avoir de difficulté majeure à obtenir l'information manquante puisque la perception, de la part des partenaires, de l'information clinique nécessaire aux intervenants s'est grandement améliorée.

Le comité d'orientation a été abandonné (c'est le cas de la MRC de La Mitis) ou est moins souvent opérant (MRC Rimouski-Neigette). Les commentaires des répondants déplorent le non fonctionnement ou le fonctionnement non optimal de ce dernier élément. Ils trouvaient plus facile d'orienter les personnes lorsque la décision était partagée par une équipe et étaient ainsi plus rassurés quant à la justesse des décisions prises. On conçoit aisément que le comité d'orientation puisse, du moins à première vue, alourdir le fonctionnement quotidien, mais à la lumière des résultats observés ici, une réflexion sur ses avantages et inconvénients de même que sur les conditions entourant son fonctionnement mériterait d'être tenue (si ce n'est déjà fait).

La « paperasse » liée au fonctionnement du guichet unique demeure un irritant pour plus de la moitié des répondants et cette proportion a augmenté depuis l'année 2000. Il est donc souhaitable que des possibilités d'allègement et les conditions dans lesquelles le travail se fait soient analysées.

1.3.3 Degré d'adhésion des intervenants, connaissances et perceptions du modèle « Services Ambulatoires Gériatriques »

Les perceptions des intervenants aux SAG sont demeurées très positives quant à l'utilité des services et leur degré d'implantation. L'adhésion du personnel à ce modèle semble acquise.

Tout comme leur adhésion au modèle du guichet unique auquel on reconnaît plusieurs avantages. Dans le fonctionnement, les répondants ont toutefois la perception qu'en 2002, plus de demandes échappent à cette voie de référence (ce que confirmaient précédemment les intervenants au guichet unique).

Dans l'appréciation du fonctionnement des SAG, il n'y a pas d'ambiguïté sur le travail à accomplir et sur les responsabilités de chacun.

Il semble y avoir eu une intéressante évolution dans l'interdisciplinarité qui est plus présente dans l'évaluation; plus d'intervenants se permettent de questionner l'opinion des autres professionnels et d'établir ensemble une ligne de conduite. Par contre, la remarque d'une intervenante, à l'effet que faute de temps peu de rencontres sont tenues et qu'elle n'y participe que rarement, amène un questionnement sur l'évaluation comme fonction primordiale des SAG, sur l'étendue de l'interdisciplinarité et sur la présence de ressources suffisantes.

Les répondants reconnaissent que les SAG tendent à améliorer les liens entre les différents professionnels des établissements mais que la complémentarité entre les équipes SAG et celles des autres établissements laisse à désirer. C'est comme si les liens entre les professionnels étaient bons, mais que leurs missions respectives n'étaient pas nécessairement complémentaires. D'une certaine façon la complémentarité transcende les liens entre professionnels; la définition des missions se passe à un autre niveau. Il y a donc là une piste d'amélioration dans la clarification des missions, ou dans l'appropriation par les intervenants des définitions des différentes missions, si leurs perceptions sont erronées.

La complémentarité entre intervenants des SAG et ceux du SAD est pour sa part plutôt bonne (principalement dans la MRC de La Mitis).

Les intervenants sont plus nombreux à trouver lourds les mécanismes de transmission des informations et tout aussi nombreux qu'en 2000 à estimer que les partenaires connaissent mal leur travail. Ils reconnaissent toutefois qu'il y a moins de réticence à collaborer de la part des partenaires.

L'identification, par les répondants, de la clientèle visée par le programme évaluation restauration, est beaucoup plus large que la définition du programme. On l'élargit facilement dans la MRC de La Mitis à toute personne en perte d'autonomie. Il en va de même pour la clientèle du programme maintien de l'autonomie et ce dans les 2 MRC. Si l'on ne se fiait qu'à la seule perception des intervenants, on dirait que les SAG, tant dans le programme restauration que maintien de l'autonomie, reçoivent une partie de la clientèle qui ne correspond pas à la clientèle ciblée. Ce questionnement, soulevé par les perceptions des intervenants, pourrait être confirmé ou infirmé par une analyse des caractéristiques de la clientèle. Cela permettrait soit de faire des ajustements quant au respect des critères d'admissibilité, soit de modifier les perceptions des intervenants si ces critères sont respectés.

La perception du manque de ressources pour bien répondre aux besoins des personnes référées s'est accentuée. Ainsi les répondants estiment avoir plus de difficultés à respecter les délais prévus dans l'évaluation des gens.

L'analyse des données perceptuelles des intervenants des SAG en 2000 et en 2002 a donc permis de dégager certains acquis, de mesurer l'évolution de paramètres non encore atteints et d'identifier les éléments qui demeurent plus ambigus.

Les acquis :

- Ø l'adhésion au modèle des SAG ;
- Ø l'adhésion au modèle du guichet unique ;
- Ø les rôles des intervenants clairement définis dans le fonctionnement des SAG ;
- Ø la complémentarité entre intervenants des SAG et ceux du SAD.

Les paramètres qui ont évolué :

- Ø le fonctionnement en interdisciplinarité ;
- Ø la collaboration des partenaires.

Les éléments plus faibles ou ambigus :

- Ø le manque de temps pour participer aux rencontres d'équipe et l'accentuation de la perception du manque de ressources aux SAG ;
- Ø le manque de complémentarité entre les actions des SAG et celles d'équipes professionnelles d'autres établissements ;
- Ø la large perception de la clientèle cible pour chacun des programmes ;
- Ø la lourdeur des mécanismes de transmission d'informations ;
- Ø la méconnaissance des actions des SAG par les partenaires.

1.3.4 Présence de plans d'intervention dans les dossiers

En 1999-2000, cet indicateur de qualité fut vérifié. Il y avait alors un plan d'intervention dans tous les dossiers des clients des SAG. Par contre, cette pratique professionnelle était marginale pour les professionnels œuvrant aux services de SAD. (Après révision de 50 dossiers de clients recevant des services à domicile les deux seuls qui comportaient un plan d'intervention étaient les dossiers de clients recevant des services de réadaptation. Devant cet état de fait, nous avons abandonné la révision de l'ensemble des dossiers.)

En 2001-2002, on a observé pour la clientèle des SAG, programme « restauration », la présence de plans d'intervention dans 40,9% des dossiers et pour le programme « maintien » dans 71,4% des dossiers dans la MRC de Rimouski-Neigette. Dans la MRC voisine, ces pourcentages étaient respectivement de 29,0% et de 71,0%. Il y a donc eu une diminution de l'utilisation du plan d'intervention

dans ce programme. Par contre, pour la clientèle des services à domicile, l'utilisation du plan d'intervention, sans être généralisée, est en progression. En 2001-2002, 30,5% des dossiers de services de SAD de la MRC de Rimouski-Neigette et 19,8% des dossiers de la MRC de La Mitis en comportaient. Pour la clientèle recevant des services de réadaptation à domicile, ces proportions étaient respectivement de 36,1% et de 25,2%.

1.4 Éléments à retenir sur les structures

- ◆ Les structures « guichet unique » et « SAG » sont implantées, mais leur fonctionnement n'est pas optimal (ententes inter établissements, comité d'orientation, intervenant pivot, etc.).
- ◆ Le nombre d'heures travaillées en réadaptation physique aux SAG n'a pas augmenté, mais on observe plus d'heures travaillées en ergothérapie (SAD La Mitis).
- ◆ Les intervenants continuent d'adhérer fortement au modèle du guichet unique et à celui des SAG.
- ◆ Les intervenants déclarent un manque de complémentarité entre les actions des SAG et celles d'équipes professionnelles d'autres établissements.
- ◆ Le plan d'intervention est un outil clinique encore peu utilisé.

2. ÉVALUATION D'ÉLÉMENTS DE PROCESSUS

Rappelons que ce type d'évaluation vise à apprécier la clientèle rejointe et les services rendus.

2.1 Achalandage des services du réseau

Le fonctionnement optimal des services ambulatoires gériatriques et du guichet unique aurait dû amener un achalandage accru des services de soutien à domicile et des services ambulatoires gériatriques. Comme les données d'utilisation de ces services n'étaient pas disponibles lors de l'évaluation 1999-2000, les données de l'année 2000-2001 constituaient une première mesure à partir de laquelle nous pouvions estimer l'évolution.

Cette évolution est également estimée à travers les connaissances et perceptions des référents actuels et potentiels, puisque ce sont eux qui alimentent l'utilisation des services.

2.1.1 Éléments méthodologiques

Pour les services de SAD, nous considérons tous les services dispensés à long terme, c'est-à-dire couvrant une période de 30 jours et plus, pour les personnes en perte d'autonomie. Sont pris en compte le nombre de clients, le type de services et nombre de services par client pour chaque type de services. La durée de chaque service n'a pu être prise en compte parce que cette donnée a très souvent été omise par les professionnels et n'est donc pas constante dans le système d'information.

Pour les SAG, il n'a pas été possible d'analyser séparément les programmes maintien et restauration parce que les profils des programmes n'ont pas toujours été respectés dans le relevé des données sur les services faits par les professionnels. Les programmes sont donc analysés globalement.

Pour ce qui est du point de vue des référents, il fut recueilli par questionnaires écrits au printemps 2000 et au printemps 2002. Comme un rapport distinct ³ fait état des résultats de cette dernière enquête et de la mesure d'évolution depuis l'an 2000, nous ne mentionnerons ici que les principaux éléments.

2.1.2 Connaissances, perceptions et pratique des référents

2.1.2.1 Connaissances et perceptions des référents

L'utilité du guichet unique est largement reconnue en 2002. L'adhésion à ce modèle a considérablement augmenté depuis les deux dernières années. Il reste cependant toujours des récalcitrants (12% des répondants) dont la conversion tarde.

Les gens qui comprennent bien le fonctionnement du guichet unique y ont un fort degré d'adhésion. Il est donc important que les référents potentiels aient suffisamment d'information pour bien comprendre le fonctionnement du guichet unique. L'analyse a permis d'identifier la catégorie de répondants nécessitant le plus d'information concernant le guichet unique : les médecins du CHRR et de l'URFI. Il serait donc pertinent d'offrir une information ciblée à cette catégorie de référents. Globalement, le groupe des médecins référents est d'ailleurs celui parmi lequel se retrouve la plus grande partie des répondants qui connaissent peu ou pas les mécanismes de liaison et référence. Et ce, malgré une forte progression, entre 2000 et 2002, de la proportion de l'ensemble des référents potentiels connaissant les mécanismes de liaison et référence (passant de 35% à 62%). Comme ils sont des référents de premier plan, il appert important de parfaire leurs connaissances en ce domaine.

La clientèle visée était quant à elle bien connue en 2000 (72% des répondants); elle l'est encore plus en 2002 (81% des répondants), même si, bien sûr, il y a toujours place à amélioration.

Il est intéressant d'observer les importants gains faits au chapitre des perceptions des SAG, particulièrement sur la qualité de l'évaluation sur un mode ambulatoire et sur le degré d'utilisation des services. Les répondants adhérant le moins au modèle des SAG proviennent du groupe des référents du CHRR et URFI. Une action spécifique envers ce groupe serait donc indiquée. Malgré leur adhésion au modèle plusieurs répondants demeurent toutefois sceptiques sur l'impact des SAG sur la diminution du taux d'hospitalisation et le report de l'hébergement.

2.1.2.2 Pratique des référents

Les utilisateurs du guichet unique utilisent moins en 2002 (52%) qu'en 2000 (70%) le formulaire de référence. Et parmi ceux qui l'utilisent en 2002, la moitié y adjoignent une autre modalité (téléphone, écrit, échange verbal en personne). On note d'ailleurs que plus de la moitié des référents en provenance des CLSC n'utilisent pas le formulaire. Il y a donc là matière à réflexion, entre autres :

Ø Le formulaire est-il pertinent dans sa forme et son contenu actuels?

Ø Les renseignements demandés sont-ils suffisants ou des informations supplémentaires sont-elles nécessaires? (Ce qui expliquerait les modalités connexes qu'on y ajoute souvent.)

Ø Quelle est la modalité privilégiée par les personnes recevant les références?

Les rapports entre les référents et le personnel des CLSC sont excellents. Nous relevons, parmi les commentaires et suggestions faites pour les améliorer, que les référents aimeraient pouvoir échanger plus avec les intervenants des CLSC.

Les irritants mentionnés par les répondants dans leur utilisation du guichet unique devraient permettre certains ajustements, entre autres, concernant la gestion de la boîte vocale et l'orientation des appels.

Les référents au guichet unique sont plus souvent qu'en 2000 informés du suivi des cas référés. Le commentaire d'un référent nous fait cependant relativiser la pertinence d'informer systématiquement les référents du résultat de la démarche. S'il n'y a pas de problèmes particuliers, si la personne référée au guichet unique est orientée dans le sens de la demande du référent, doit-il nécessairement en être informé?

Les référents aux SAG sont également plus souvent qu'en 2000 informés du suivi des cas référés. C'est toutefois moins de la moitié d'entre eux (48%) qui reçoivent du suivi sur les cas référés en 2002. Quant aux services de SAD, la situation est semblable à celle de 2000; les intervenants effectuent en 2002 un retour d'information à 41% des référents.

La politique des établissements en matière de retour d'information aux référents sur le suivi des cas référés gagnerait à être discutée avec les partenaires, précisée, diffusée et appliquée.

2.1.3 Achalandage des services de soutien à domicile long terme

Le tableau 3 présente l'évolution du nombre de clients rejoints par les services de SAD (long terme) et le nombre de services par client pour les années 2000-2001 et 2001-2002, pour la MRC de Rimouski-Neigette.

L'analyse des données pour la MRC de Rimouski-Neigette montre pour les soins infirmiers, une constance du nombre de clients (+0,6%) et une diminution du nombre de services par client (-17,8%, soit en moyenne 2,5 services de moins par client). Pour les services de physiothérapie, on note une baisse de la proportion de clients (-13,7%) et du nombre de services par client (-13,6%). Alors qu'en ergothérapie, le nombre de clients a diminué (-17,5%) mais le nombre de services par

client a augmenté (+34,6%). La situation a peu varié pour les services sociaux et pour les services d'auxiliaire familiale, les clients ont augmenté (+9,5%) et le nombre de services par client a légèrement diminué (-3,5%). Les services diététiques, peu abondants, ont diminué, tant pour le nombre de clients (-48,4%) que pour le nombre de services par client (-20,8%).

Ce tableau ne permet pas de croire à un achalandage général accru des services pour cette MRC.

Tableau 3 : Évolution du nombre de clients et de services du SAD (et guichet) pour la MRC de Rimouski-Neigette

Type d'intervenant	MRC de Rimouski-Neigette					
	Nbre de clients en 00-01	Nbre de clients en 01-02	Variation en %	Nbre de services / client en 00-01	Nbre de services / client en 01-02	Variation en %
Infirmier	1 772	1 782	0,6	14,1	11,6	-17,8
Physiothérapeute	256	221	-13,7	6,1	5,3	-13,6
Ergothérapeute	314	259	-17,5	4,6	6,2	34,6
Thérapeute en réadapt.	2	0		1	0	
Inhalothérapeute	0	0		0	0	
TS, agent rel., tech. as.	325	319	-1,8	7,9	8,2	4,3
Auxiliaire familiale	589	645	9,5	41,8	40,3	-3,5
Diététiste	31	16	-48,4	1,5	1,2	-20,8

Source des données : SIC, par service des archives des établissements pour chacune des MRC.

La situation de la MRC de La Mitis est illustrée au tableau 4. On observe pour les soins infirmiers une diminution du nombre de clients (-7,8%) et une augmentation du nombre de services par client (+4,7%). Les services de thérapie de réadaptation ont rejoint plus de clients (+66,7%) et le nombre de services par client a peu varié. Le nombre de services par client a également peu varié pour les services sociaux alors que le nombre de clients subissait une baisse (-21,7%). Les services d'ergothérapie ont rejoint plus de clients (+57,4%) mais le nombre de services par client a diminué (-29,4%). Pour les services d'auxiliaire familiale, le nombre de clients a diminué (-12,6%) mais le nombre de services par client a augmenté (+17,0%). Ce tableau laisse entrevoir une augmentation des clients desservis et des services rendus, principalement en réadaptation physique.

Tableau 4 : Évolution du nombre de clients et de services du SAD (et guichet) pour la MRC de La Mitis

Type d'intervenant	MRC de La Mitis					
	Nbre de clients en 00-01	Nbre de clients en 01-02	Variation en %	Nbre de services / client en 00-01	Nbre de services / client en 01-02	Variation en %
Infirmier	593	547	-7,8	5,9	6,2	4,7
Physiothérapeute	2	0		2,0	0,0	
Ergothérapeute	129	203	+57,4	6,8	4,8	-29,4
Thérapeute en réadapt.	30	50	+66,7	8,3	8,0	-3,4
Inhalothérapeute	21	21	0,0	4,5	5,1	13,2
TS, agent rel., tech. as.	549	430	-21,7	6,9	7,6	6,5
Auxiliaire familiale	182	159	-12,6	34,9	40,8	17,0
Diététiste	0	0		0	0	

2.1.4 Achalandage des services ambulatoires gériatriques

Le tableau 5 présente les SAG rendus globalement pour les deux programmes (maintien et restauration) pour la MRC de Rimouski-Neigette. On note que le nombre de services par client s'est accru pour tous les services, sauf ceux d'éducation spécialisée. Les services sont donc rendus avec une intensité plus grande. Dans le cas des services de l'éducateur spécialisé, ce dernier a vu plus de clients, mais chaque client a été vu moins souvent. Le nombre de clients desservis par la physiothérapeute a sensiblement diminué alors que le nombre de clients de la technicienne de réadaptation physique s'est accru. (Il semble donc y avoir eu une répartition différente des tâches entre les deux intervenants.) Mais globalement, le nombre de patients desservis en réadaptation physique a légèrement diminué.

Tableau 5 : Services rendus aux SAG dans la MRC de Rimouski-Neigette en 2000-2001 et 2001-2002

Type d'intervenant	MRC de Rimouski-Neigette					
	Nbre de clients en 00-01	Nbre de clients en 01-02	Variation en %	Nbre de services / client en 00-01	Nbre de services / client en 01-02	Variation en %
Infirmier	130	135	3,8	6,9	9,1	31,2
Physiothérapeute	59	19	-67,8	2,3	2,4	5,3
Ergothérapeute	49	43	-12,2	1,3	1,8	41,3
Thérapeute en réadapt.	75	108	44,0	4,3	6,1	42,5
TS, agent rel., tech. as.	120	93	-22,5	3,4	4,5	31,7
Auxiliaire familiale	2	0		3,5	0	
Éducateur spécialisé	92	119	29,3	13,3	4,0	-71,0

Contrairement à ce que l'on vient d'observer pour la MRC de Rimouski-Neigette, on note que pour la MRC de La Mitis, l'intensité des services rendus a diminué dans toutes les disciplines. Cette intensité demeure toutefois, pour la presque totalité des disciplines, supérieure à celle observée pour la MRC voisine. On observe dans la MRC de La Mitis une légère augmentation du nombre de clients pour toutes les disciplines de réadaptation physique et une diminution pour les services infirmiers et ceux du moniteur en loisirs.

Tableau 6 : Services rendus aux SAG dans la MRC de La Mitis en 2000-2001 et 2001-2002

Type d'intervenant	MRC de La Mitis					
	Nbre de clients en 00-01	Nbre de clients en 01-02	Variation en %	Nbre de services / client en 00-01	Nbre de services / client en 01-02	Variation en %
Infirmier	163	126	-22,7	10,6	10,3	-3,0
Physiothérapeute	61	67	9,8	1,6	1,3	-21,6
Ergothérapeute	43	51	18,6	2,8	1,5	-46,8
Thérapeute en réadapt.	100	112	12,0	13,7	13,5	-1,3
TS, agent rel., tech. as.	107	106	-0,9	9,3	6,2	-33,5
Auxiliaire familiale	2	0		1		
Moniteur en loisirs	85	49	-42,4	6,6	6,5	-2,0

2.2 Achalandage des services communautaires

2.2.1 Éléments méthodologiques

Comme l'offre de services des organismes communautaires varie d'un organisme à l'autre, nous n'avons retenu que des données communes à tous les organismes. Ces données se limitent au nombre de personnes âgées ayant bénéficié de services dispensés par des bénévoles et au nombre de personnes âgées ayant bénéficié de services d'aide à la vie domestique ainsi que du nombre d'heures liées à ce dernier type de services. Les services bénévoles peuvent être de différents ordres : accompagnement, popote roulante, visite d'amitié, etc. Les organismes considérés pour les services bénévoles sont ceux qui offrent des services aux personnes âgées, soit les centres d'action bénévole (CAB). Pour l'aide à la vie domestique, ce sont les entreprises d'économie sociale parfois gérées par les CAB.

Comme les données pour les services considérés sont disponibles pour plusieurs années antérieures, nous effectuons un recul jusqu'à l'année 1997-1998, pour mieux saisir les tendances.

La référence utilisée pour les données démographiques est l'Institut de la statistique du Québec ⁴.

2.2.2 Évolution de l'achalandage des services bénévoles et d'aide à la vie domestique

On voit au fil des années une augmentation constante du nombre de personnes âgées desservies par les bénévoles. Les heures d'aide à la vie domestique (fournies par les entreprises d'économie sociale) et le nombre d'usagers, pour ces derniers services, ont connu une hausse importante durant les dernières années, et subi une baisse en 2001-2002 (tableau 7) pour ce qui est des heures dispensées.

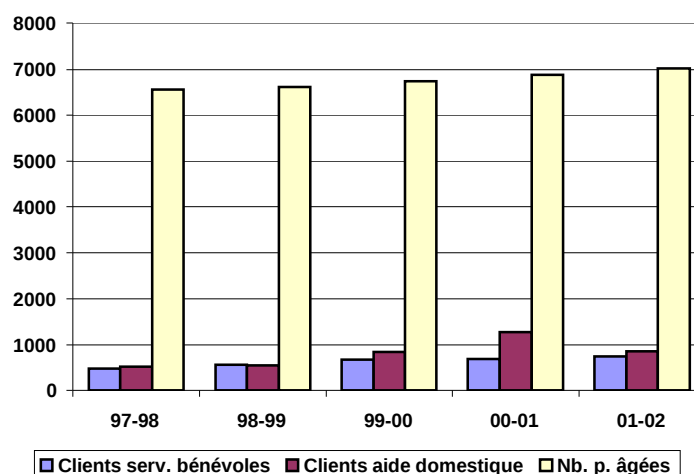
Tableau 7 : Évolution de l'achalandage des services communautaires

	Rimouski-Neigette					La Mitis				
	97-98	98-99	99-00	00-01	01-02	97-98	98-99	99-00	00-01	01-02
Nombre de personnes âgées desservies par des bénévoles	481	555	667	682	739	393	515	607	721	759
Heures d'aide à la vie domestique par les entreprises d'économie sociale	38 605	81 478	96 904	119 025	83 141	26 431	37 906	44 155	50 684	45 442
Nombre d'usagers pour aide à la vie domestique	517	546	837	1276	861	220	267	340	423	398

Source des données : Statistiques des CAB et des entreprises d'économie sociale, par Marguerite Fournet.

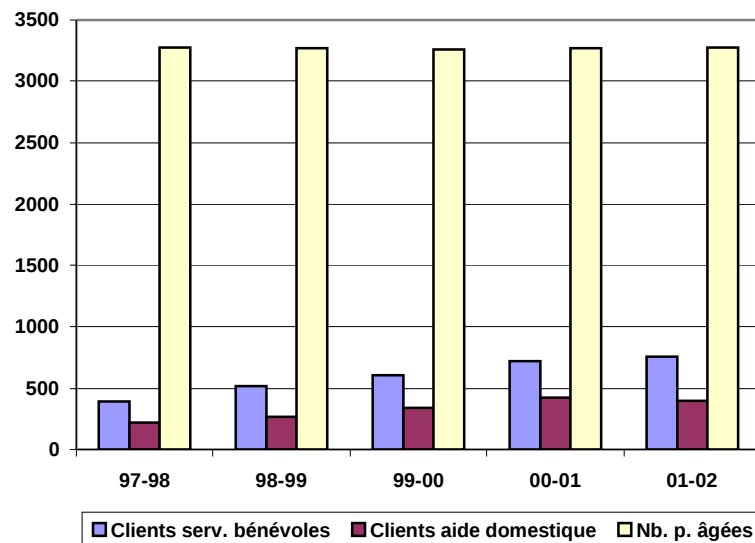
Les figures 5 et 6 illustrent l'évolution de l'utilisation des services communautaires parallèlement à la variation annuelle du nombre de personnes âgées dans chaque MRC. On constate que pour la MRC de Rimouski-Neigette, le nombre de personnes âgées est passé de 6 558 personnes à 7 011 entre 1998 et 2002, soit une augmentation de 9,8%. Durant la même période, le nombre annuel de personnes âgées bénéficiant de services bénévoles est passé de 481 à 739, soit une augmentation de 53,6%, tandis que le nombre de bénéficiaires âgés recevant des services d'aide à la vie domestique passait de 517 à 861, soit une augmentation de 66,5%. Il y a donc à ce chapitre une augmentation réelle des services.

Figure 5 : Évolution de l'utilisation des services communautaires dans la MRC de Rimouski-Neigette



La population âgée de la MRC de La Mitis est demeurée stable entre 1998 (3 275 personnes) et 2002 (3 273 personnes). Le nombre annuel de personnes âgées bénéficiant de services bénévoles a toutefois augmenté sensiblement passant de 393 à 759, soit une augmentation de 93,1%. Le nombre de personnes âgées bénéficiant de services d'aide à la vie domestique passait pour sa part de 220 à 398, soit une augmentation de 80,9%.

Figure 6 : Évolution de l'utilisation des services communautaires dans la MRC de La Mitis



2.3 Accessibilité des services du réseau

2.3.1 Éléments méthodologiques

Idéalement, les personnes de toutes les municipalités de chaque MRC devraient avoir une accessibilité équivalente aux services de SAD long terme et SAG. Les données disponibles ne nous permettent pas d'analyser l'utilisation des services par groupe d'âge, par municipalité. Nous disposons toutefois du taux d'utilisation des services par groupe d'âge pour l'ensemble de la MRC.

Pour vérifier dans quelle mesure les gens de toute la MRC ont une accessibilité équivalente aux services, nous appliquons ces taux moyens d'utilisation à chacun de ces deux groupes d'âge dans chaque municipalité. On obtient ainsi un nombre estimé équitable d'utilisateurs dans chaque municipalité. Le rapport entre le nombre réel d'utilisateurs et ce nombre estimé nous donne un ratio d'équité dans l'accessibilité. (Ce rapport étant bien sûr de 1,0 pour la valeur de référence, soit la MRC.) Il

va sans dire que le postulat sous-jacent à la création de ce ratio indicateur d'accessibilité est que les besoins sont similaires d'une municipalité à l'autre pour chacun des groupes d'âge respectifs.

Les données populationnelles utilisées pour chaque municipalité proviennent de Statistique Canada (Profil démographique des communautés, perspectives basées sur le recensement 1996).

2.3.2 Indice d'accessibilité pour les municipalités de la MRC de Rimouski-Neigette

Les services SAD et SAG ont desservi durant l'année 2001-2002, dans la MRC de Rimouski-Neigette, 2 141 clients dont 74,7% avaient 65 ans et plus et 25,3% avaient entre 0 et 64 ans. Parmi ces clients, 2 069 provenaient de la MRC de Rimouski-Neigette. En appliquant la répartition globale par groupe d'âge aux 2 069 clients de la MRC, on obtient 1 546 clients de 65 ans et plus et 523 clients de 0 à 64 ans. La MRC de Rimouski-Neigette comprenait en 2001, 7 220 personnes âgées. La proportion de personnes âgées ayant bénéficié de services de SAD ou SAG est donc de $1\,546 / 7\,220$, soit 21,4%. Alors que la proportion de personnes de 0 à 64 ans desservie est de $523 / 45\,069$, soit 1,2%. Ces taux n'ont pas varié en rapport avec l'année antérieure.

L'indice d'accessibilité tel qu'expliqué dans la section précédente, est calculé pour chacune des municipalités de la MRC. Pour en faciliter la compréhension, nous détaillons le calcul de l'indice pour la municipalité de Rimouski.

Exemple du calcul de ce ratio pour la municipalité de Rimouski ¹ :

Estimé équitable d'utilisateurs :

0-64 ans : $26\,265 \times 1,2\%$ (taux d'utilisation) = 315 utilisateurs.

65 ans + : $5\,040 \times 21,4\%$ (taux d'utilisation) = 1 079 utilisateurs.

Total des utilisateurs estimés : $315 + 1\,079 = 1\,394$ utilisateurs.

Nombre d'utilisateurs réels : 1 367

Ratio utilisateurs réels / utilisateurs estimés = $1\,367 / 1\,394 = 0,98$.

Tableau 8 : Répartition des utilisateurs des services de SAD long terme et SAG selon la municipalité de provenance dans la MRC de Rimouski-Neigette

Municipalité	Nombre d'utilisateurs réels	Ratio utilisateurs réels / utilisateurs estimés
Esprit-Saint	0	0,00
Trinité-des-monts	1	0,00
Sainte-Odile	8	0,32
Sainte-Blandine	28	0,49
Saint-Eugène	10	0,63
Pointe-au-Père	73	0,73
Saint-Valérien	20	0,82
Saint-Anaclet	73	0,97
Rimouski	1 367	0,98
Rimouski-est	107	1,14
Saint-Narcisse	51	1,20
Bic	141	1,32
Saint-Fabien	131	1,41
Saint-Marcelin	22	1,68
Mont-Lebel	37	3,68
Autres	35	
Inconnu	37	

Source des données : SIC, par Josée Gauthier.

Quatre municipalités présentent un ratio d'accessibilité égal ou inférieur à 0,5 : Esprit-Saint, Trinité-des-monts, Sainte-Blandine et Sainte-Odile. Les deux premières sont desservies par le Réseau de santé du Témiscouata, même si elles sont dans la MRC de Rimouski-Neigette; d'où leur ratio égal à zéro. Les deux dernières sont cependant desservies par les établissements de Rimouski-Neigette et avaient également l'an dernier un ratio d'accessibilité du même ordre. À l'opposé, la municipalité de Mont-Lebel affiche un ratio élevé d'accessibilité de 3,7 (ce ratio était l'année dernière de 4,4 dans cette même municipalité).

2.3.3 Indice d'accessibilité pour les municipalités de la MRC de La Mitis

Les services SAD et SAG ont desservi durant l'année 2001-2002, dans la MRC de La Mitis, 833 clients dont 74,9% avaient 65 ans et plus et 25,1% avaient entre 0 et 64 ans. Parmi ces clients, 770 provenaient de la MRC de La Mitis. En appliquant la répartition globale par groupe d'âge aux 770 clients provenant de la MRC, on obtient 577 clients de 65 ans et plus et 193 clients de 0 à 64 ans. La MRC de La Mitis comprenait en 2001, 3 210 personnes âgées de 65 ans et plus. La proportion de personnes âgées ayant bénéficié de services de SAD ou SAG est donc de $577 / 3\,210$, soit 18,0% (ce qui est inférieur à l'observation de l'année 2000-2001 où cette proportion était de 22,8%). Alors que la proportion de personnes de 0 à 64 ans desservies n'a pas varié et est de $193 / 16\,116$, soit 1,2%.

Tableau 9 : Répartition des utilisateurs des services SAD long terme et SAG selon la municipalité de provenance pour la MRC de La Mitis

Municipalité	Nombre d'utilisateurs réels	Ratio utilisateurs réels / utilisateurs estimés
Sainte-Flavie	8	0,12
Price	28	0,16
Sainte-Luce	39	0,38
Saint-Donat	27	0,51
Sainte-Jeanne-d'Arc	8	0,53
Padoue	8	0,58
Les Boules	22	0,61
Saint-Gabriel-de-Rimouski	40	0,64
Métis-sur-Mer	8	0,67
Saint-Charles-Garnier	9	0,74
Saint-Joseph-de-Lepage	26	0,79
Les Hauteurs	20	0,80
Saint-Octave-de-Métis	23	0,84
Mont-Joli	367	0,94
Luceville	60	1,10
Sainte-Angèle de Mérici	39	1,18
La Rédemption	47	1,95
Grand-Métis	75	3,30
Autres	59	

Source des données : SIC, par Renelle Lévesque.

Comme l'an dernier, les deux municipalités ayant le ratio d'accessibilité le plus faible sont Sainte-Flavie (0,12) et Price (0,16). Il en va de même des deux municipalités qui présentent le ratio le plus élevé qui sont les mêmes que l'an dernier : La Rédemption (1,95) et Grand-Métis (3,30).

2.4 Lourdeur de la clientèle à desservir

2.4.1 Éléments méthodologiques

La lourdeur de la clientèle à desservir est mesurée à partir du degré d'autonomie fonctionnelle à l'inscription aux SAG ou aux services de SAD long terme en 2001-2002. Cette mesure est relevée dans les formulaires « Évaluation de l'autonomie multiclientèle » ou « Évaluation de l'autonomie clientèle de soins court terme » (utilisé pour le long terme dans ces cas). Les clients évalués se classent en 4 catégories pour chacune des MRC :

- Ø les nouveaux clients inscrits aux services SAD long terme entre le 1^{er} avril 2001 et le 31 mars 2002 ;
- Ø les nouveaux clients inscrits aux SAG programme maintien, entre le 1^{er} avril 2001 et le 31 mars 2002 ;
- Ø les clients inscrits aux SAG programme restauration, ayant reçu leur congé entre le 1^{er} avril 2001 et le 31 mars 2002 ;
- Ø les clients ayant bénéficié de services de réadaptation à domicile et ayant reçu leur congé entre le 1^{er} avril 2001 et le 31 mars 2002.

Les deux premières catégories permettent d'avoir une image exacte de la lourdeur de la clientèle admise durant l'année. Comme nous voulions, pour les clients du programme restauration aux SAG et les clients des services de réadaptation à domicile, mesurer également l'évolution dans l'autonomie fonctionnelle entre le début et la fin des traitements, nous avons retenu pour ces deux clientèles les gens ayant reçu leur congé durant l'année, peu importe s'ils avaient été inscrits durant l'année.

Pour les clients des SAD, la liste fournie par le service des archives fut épurée pour ne conserver que les cas de services de SAD long terme (ayant reçu des services sur une période de 30 jours et plus) s'adressant à des personnes en perte d'autonomie. Les clients ayant reçu des services de SAD, mais également des services de réadaptation ou des SAG, faisant partie d'une autre clientèle furent exclus, afin d'éviter d'inclure deux fois les mêmes personnes.

Dans la MRC de Rimouski-Neigette, le nombre de clients répondant aux critères retenus était de 497. Pour des raisons de faisabilité, nous avons retenu un échantillon aléatoire systématique de l'ordre de 33%. L'échantillon fut donc de 166 clients et l'échantillon final de 164 clients, deux dos-

siers n'ayant pu être consultés. La collecte des données dans les dossiers s'est faite au CLSC en août 2002 par un technicien de recherche.

Dans la MRC de La Mitis, la population finale éligible fut de 302 clients pour laquelle un échantillon aléatoire systématique de 101 personnes fut tiré. Les données furent recueillies par le même technicien de recherche en août 2002.

Pour les clients des SAG, programme maintien, tous les dossiers répondant aux critères d'inclusion furent révisés. La liste fut fournie par la coordonnatrice et les données, dans les dossiers, furent recueillies sur place (dans les locaux des SAG), en juillet et août 2002, toujours par le même technicien de recherche. Cela représentait 84 personnes pour la MRC de Rimouski-Neigette, pour lesquelles tous les dossiers furent consultés et pour la MRC de La Mitis, 33 personnes dont 31 dossiers consultés.

Pour les clients des SAG, programme restauration, les dossiers de tous les clients répondant aux critères d'inclusion furent également révisés. La liste des clients fut fournie par la coordonnatrice et les données ont été recueillies dans les dossiers par le technicien de recherche, dans chacun des établissements respectifs, en juillet et août 2002. Pour la MRC de Rimouski-Neigette, cette clientèle représentait 22 personnes dont les dossiers furent tous révisés et pour la MRC de La Mitis, 32 personnes pour lesquelles 31 dossiers ont pu être consultés.

La clientèle des services de réadaptation à domicile fut extraite des listes de clients des services de SAD pour chaque MRC. Cela constituait 268 clients pour la MRC de Rimouski-Neigette parmi lesquels un échantillon aléatoire systématique de 90 personnes fut tiré. L'échantillon final fut de 83 clients, 7 dossiers n'ayant pu être consultés. Dans la MRC de La Mitis, la population éligible était de 115 dossiers dont 111 ont pu être révisés. Les dossiers de ces clients furent consultés en juillet et août 2002.

La répartition de ces populations et échantillons est illustrée au tableau 10.

Tableau 10 : Répartition des populations et échantillons dont les dossiers furent consultés pour la mesure de l'autonomie fonctionnelle à l'inscription

	Rimouski-Neigette		La Mitis	
	N	% de pop.	N	% de pop.
Clientèle SAD	164/497	33%	101/302	33%
Clientèle SAG maintien	84/84	100%	31/33	93%
Clientèle SAG restauration	22/22	100%	31/32	97%
Clientèle SAD avec réadaptation	83/90	92%	111/115	97%

La collecte des données dans les dossiers portait sur les deux outils d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle déjà mentionnés. Dans ces formulaires, furent retenues les AVQ (activités de la vie quotidienne), la mobilité, les communications, les fonctions mentales et les tâches domestiques. L'étendue de l'échelle d'incapacités pour l'ensemble de ces fonctions est de 0 à –87 et l'étendue est la même pour l'échelle de handicaps (un handicap étant une incapacité non compensée par une aide ou assistance quelconque).

Lorsque dans un dossier, aucune des sections de l'un ou l'autre des formulaires n'était complétée, l'évaluation de l'autonomie était considérée comme non réalisée. Elle était également considérée comme non réalisée lorsque des 0 étaient inscrits dans toutes les dimensions de l'évaluation de l'autonomie. Dans cette dernière situation, nous présumons que pour recevoir des SAG ou des services de SAD, il fallait à tout le moins être affecté d'une incapacité dans au moins une des dimensions de l'autonomie fonctionnelle. Pour les formulaires dont une seule section était complétée (ex : incapacité ou handicap pour les fonctions mentales), nous avons considéré qu'il n'y avait aucune incapacité ou handicap pour les autres sections (AVQ, etc.). Nous avons considéré comme pertinente à la période de services reçus, l'évaluation de l'autonomie réalisée dans un délai maximal de 90 jours avant la date de l'inscription ou à tout moment durant la période de services. Nous avons donc des données d'évaluation faites en temps pertinent au regard de la période de services et des données d'évaluation hors période de services (tableau 11). Dans le meilleur des cas, (clientèle SAD de la MRC de Rimouski-Neigette) 50% des clients ont eu droit à une évaluation écrite de l'autonomie fonctionnelle 90 jours avant la date d'inscription ou durant la période de services.

Tableau 11 : Répartition de la clientèle selon la présence ou l'absence d'évaluation

Clientèles	MRC de Rimouski-Neigette				MRC de La Mitis			
	Évaluation absente ou non valide *	Évaluation hors période	Évaluation reliée à la période	Total	Évaluation absente ou non valide *	Évaluation hors période	Évaluation reliée à la période	Total
SAG restauration	6 (27,3%)	9 (40,9%)	7 (31,8%)	22 (100,0%)	7 (22,6%)	9 (29,0%)	15 (48,4%)	31 (100,0%)
SAG maintien	23 (27,4%)	40 (47,6%)	21 (25,0%)	84 (100,0%)	9 (29,0%)	4 (12,9%)	18 (58,1%)	31 (100,0%)
SAD	77 (47,0%)	5 (3,0%)	82 (50,0%)	164 (100,0%)	57 (56,4%)	13 (12,9%)	31 (30,7%)	101 (100,0%)
SAD réadaptation	32 (38,6%)	27 (32,5%)	24 (28,9%)	83 (100,0%)	44 (39,6%)	34 (30,6%)	33 (29,7%)	111 (100,0%)
Total	138 (39,1%)	81 (22,9%)	134 (38,0%)	353 (100,0%)	117 (42,7%)	60 (21,9%)	97 (35,4%)	274 (100,0%)

* Aucune évaluation au dossier ou inscription de « 0 » dans toutes les catégories d'incapacités, ou aucune date inscrite sur le formulaire d'évaluation.

Dans l'analyse réalisée pour les données de 1999-2000, nous avons considéré toutes les évaluations, quelle que soit leur date de réalisation, en présumant, que si l'évaluation n'avait pas été répétée, la situation de la personne ne devait pas avoir sensiblement changé. Nous vérifions cette présomption avec les données de 2000-2001. Le tableau 12, met en parallèle les résultats des évaluations reliées à la période de services et l'ensemble des résultats (évaluations reliées à la période de services et hors période), pour la moyenne des incapacités totales de chaque groupe de clients. À la lumière de ces données, il appert que les différences entre les deux groupes (évaluations reliées à la période et ensemble des évaluations) sont faibles.

Tableau 12 : Comparaison des résultats d'incapacités globales selon la date d'évaluation au regard de la période de services

	MRC de Rimouski-Neigette		MRC de La Mitis	
	Moyenne pour les évaluations reliées à la période de services	Moyenne pour les évaluations reliées à la période de services et hors période	Moyenne pour les évaluations reliées à la période de services	Moyenne pour les évaluations reliées à la période de services et hors période
Clientèle SAD	-12,5	-12,4	-12,3	-14,7
Clientèle SAG maintien	-12,7	-14,5	-13,2	-13,0
Clientèle SAG restauration	-13,1	-14,4	-8,4	-9,8
Clientèle SAD réadaptation	-19,7	-19,1	-18,5	-18,6

Compte tenu de ce constat, nous considérerons dans l'analyse l'ensemble des évaluations réalisées (tableau 13).

Tableau 13 : Nombre de dossiers considérés dans l'analyse de la lourdeur de la clientèle

	MRC de Rimouski-Neigette	MRC de La Mitis
Clientèle SAD	87	44
Clientèle SAG maintien	61	22
Clientèle SAG restauration	16	24
Clientèle SAD réadaptation	51	67

2.4.2 Lourdeur des clients des SAD à l'inscription

Le tableau 14 illustre l'évolution de la lourdeur des clientèles, en termes de score moyen d'incapacités, pour ce qui est des personnes recevant des services de réadaptation à domicile ou d'autres services à domicile. On note pour la clientèle des services de réadaptation une lourdeur qui a augmenté progressivement dans la MRC de Rimouski-Neigette et diminué dans la MRC de La Mitis, ce qui les rend comparables en 2001-2002. Les gens recevant des services de réadaptation à domicile continuent en 2001-2002 de présenter plus d'incapacités que les autres clients des services de SAD. Pour ces derniers, on observe pour la MRC de La Mitis une légère augmentation de la

moyenne des incapacités excluant les tâches domestiques. Le score moyen d'incapacités excluant les tâches domestiques est deux fois plus élevé dans cette dernière MRC que dans la MRC de Rimouski-Neigette.

Tableau 14 : Moyenne du score des incapacités totales de la clientèle à l'inscription des services de réadaptation à domicile et des autres services de SAD

Moyenne du score d'incapacités	Rimouski-Neigette						La Mitis					
	Réadaptation			Autres SAD			Réadaptation			Autres SAD		
	99-00	00-01	01-02	99-00	00-01	01-02	99-00	00-01	01-02	99-00	00-01	01-02
Incapacités totales (0 à -87)	-15,1	-17,6	-19,1	-12,7	-13,2	-12,4	-12,0	-26,2	-18,6	-17,3	-17,1	-14,7
Incapacités excluant les tâches domestiques (0 à -63)	-5,0	-7,2	-8,7	-4,1	-4,6	-4,4	-4,0	-12,8	-9,3	-7,7	-5,7	-8,2

Comme il est impossible à partir des données recueillies de savoir si les incapacités dans l'accomplissement des tâches domestiques sont liées à la condition de la personne ou à des pratiques culturelles et comme ces incapacités génèrent des scores élevés d'incapacités, nous estimons plus correct de les exclure dans l'analyse portant sur l'évolution de la lourdeur des clientèles.

Les figures 7 à 10 illustrent l'évolution dans les incapacités des différentes fonctions évaluées (excluant les incapacités dans l'accomplissement des tâches domestiques) pour la clientèle des services de réadaptation à domicile et des autres services de SAD. Dans tous les cas, ce sont les fonctions AVQ et mobilité qui génèrent le plus d'incapacités. La variation des scores dans ces fonctions suit la variation du score global.

Figure 7 : Évolution des scores d'incapacités dans les différentes fonctions pour la clientèle des services de réadaptation à domicile pour la MRC de Rimouski-Neigette

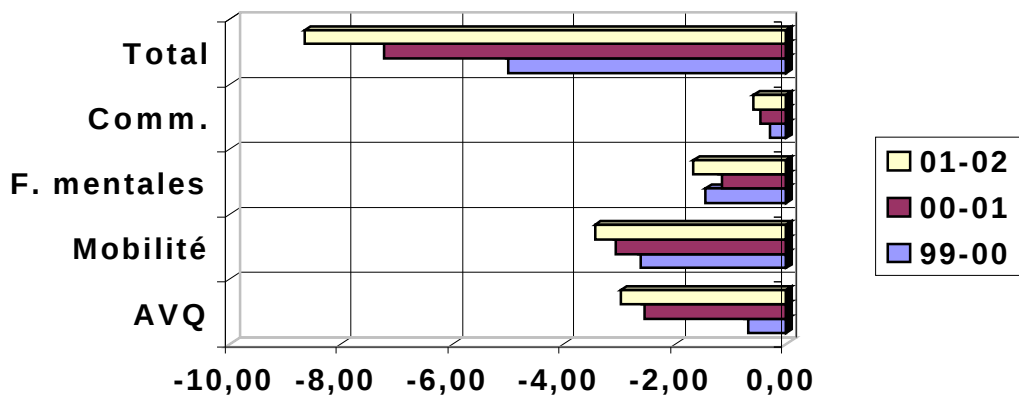


Figure 8 : Évolution des scores d'incapacités dans les différentes fonctions pour la clientèle des services de SAD pour la MRC de Rimouski-Neigette

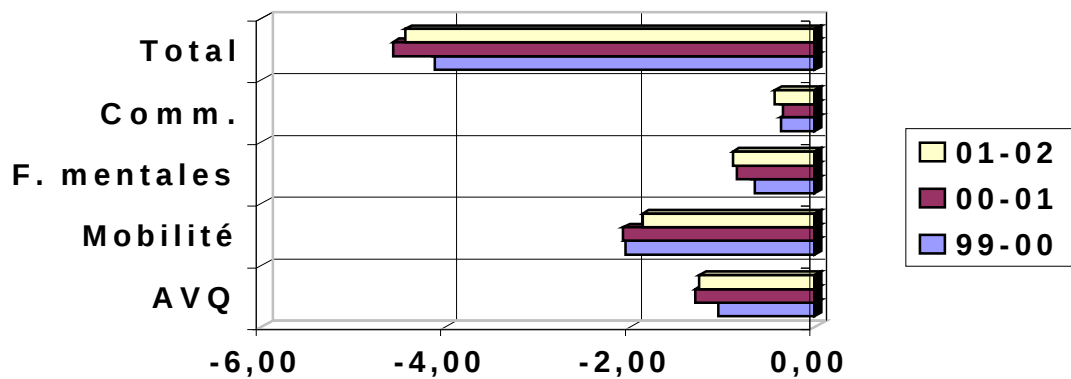


Figure 9 : Évolution des scores d'incapacités dans les différentes fonctions pour la clientèle des services de réadaptation à domicile pour la MRC de La Mitis

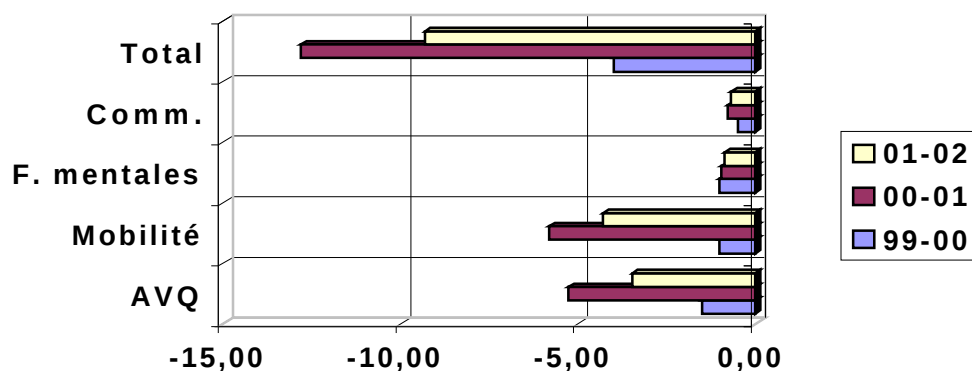
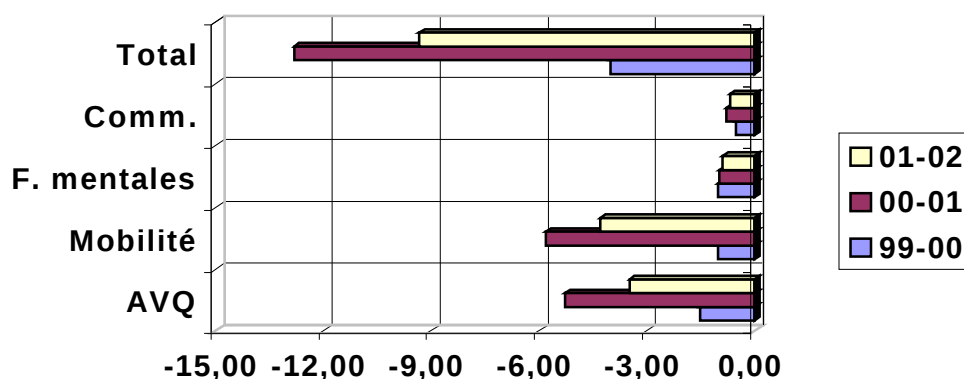


Figure 10 : Évolution des scores d'incapacités dans les différentes fonctions pour la clientèle des services de SAD pour la MRC de La Mitis



Pour la clientèle des services de SAD avec ou sans services de réadaptation, on notait l'an dernier que certains usagers affichaient un score de 0 pour la dimension « mobilité », c'est-à-dire aucune incapacité pour se déplacer. Certaines de ces personnes présentaient toutefois des incapacités dans les AVQ. Cependant, dans la mesure où les difficultés à se déplacer sont un critère généralement admis pour obtenir des services à domicile, on s'interrogeait sur la situation. Nous faisons donc le point sur cette situation avec les données de l'année 2001-2002. Le tableau 15 illustre l'évolution de la situation entre les deux années. On observe une diminution sensible de la desserte à domicile

d'une clientèle ambulatoire dans la MRC de La Mitis aux services de SAD autres que les services de réadaptation. Il est probable que certains services de réadaptation soient dispensés à domicile faute d'une solution ambulatoire (autre que les services privés) pour les personnes desservies. La situation a peu évolué dans la MRC de Rimouski-Neigette.

Tableau 15 : Clients n'ayant aucune incapacité dans la dimension « mobilité » (pour se déplacer)

Clientèles	Rimouski-Neigette				La Mitis			
	2000-2001		2001-2002		2000-2001		2001-2002	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Clients des services de réadaptation	12	15,8% (12/76)	10	19,6% (10/51)	7	10,8% (7/65)	15	22,4% (15/67)
Clients des autres services	77	54,6% (77/141)	43	49,4% (43/87)	37	52,1% (37/71)	13	29,5% (13/44)

2.4.3 Lourdeur des clients des SAG en 2001-2002

Pour le programme « restauration » des SAG, la moyenne des scores d'incapacités, excluant les tâches domestiques, a légèrement diminué dans la MRC de Rimouski-Neigette et de façon un peu plus marquée dans la MRC La Mitis (tableau 16). Quant au programme « maintien » la lourdeur a légèrement diminué de façon égale dans les deux MRC durant les deux dernières années.

Tableau 16 : Moyenne des incapacités totales de la clientèle à l'inscription des SAG, programme restauration et programme maintien

	Rimouski-Neigette						La Mitis					
	SAG restauration			SAG maintien			SAG restauration			SAG maintien		
	99-00	00-01	01-02	99-00	00-01	01-02	99-00	00-01	01-02	99-00	00-01	01-02
Incapacités totales (0 à -87)	-17,5	-15,3	-14,4	-15,1	-15,7	-14,5	-17,3	-15,7	-9,8	-13,4	-16,5	-13,0
Incapacités excluant les tâches domestiques (0 à -63)	-6,3	-5,0	-5,5	-5,5	-7,1	-6,4	-7,9	-5,6	-4,1	-3,6	-7,0	-5,7

Les figures 11 à 14 illustrent l'évolution des scores moyens d'incapacités dans les différentes fonctions pour ces clientèles des deux MRC. On note dans le programme de maintien une part légèrement croissante du score d'incapacités pour les fonctions mentales dans les deux MRC.

Figure 11 : Évolution des scores d'incapacités dans les différentes fonctions pour la clientèle des services de SAG restauration pour la MRC de Rimouski-Neigette

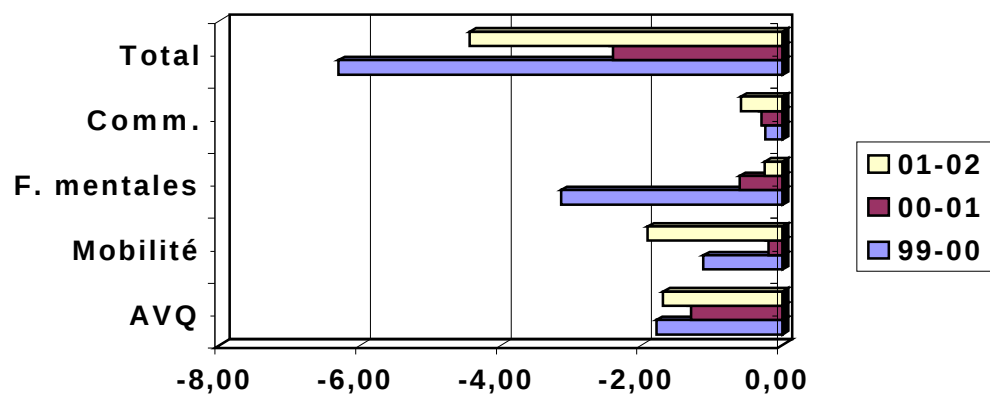


Figure 12 : Évolution des scores d'incapacités dans les différentes fonctions pour la clientèle des services SAG maintien pour la MRC de Rimouski-Neigette

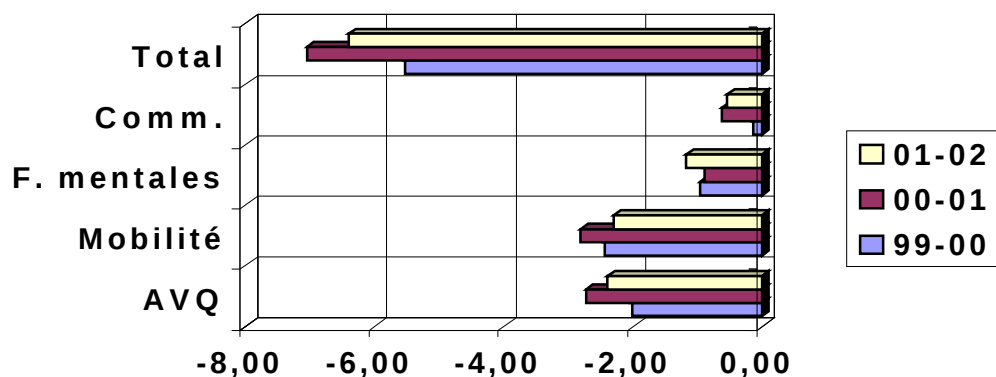


Figure 13 : Évolution des scores d'incapacités dans les différentes fonctions pour la clientèle des services de SAG restauration pour la MRC de La Mitis

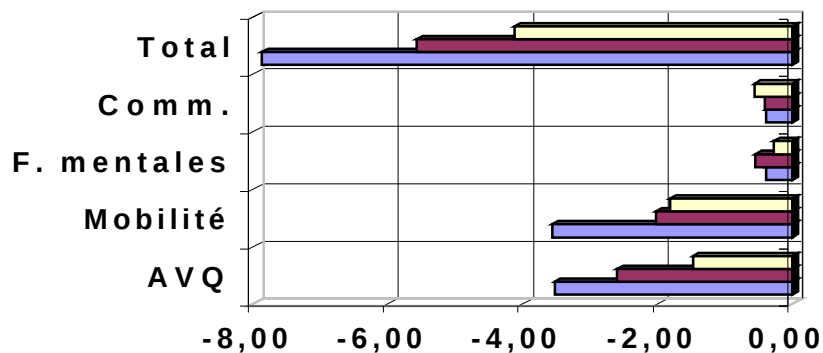
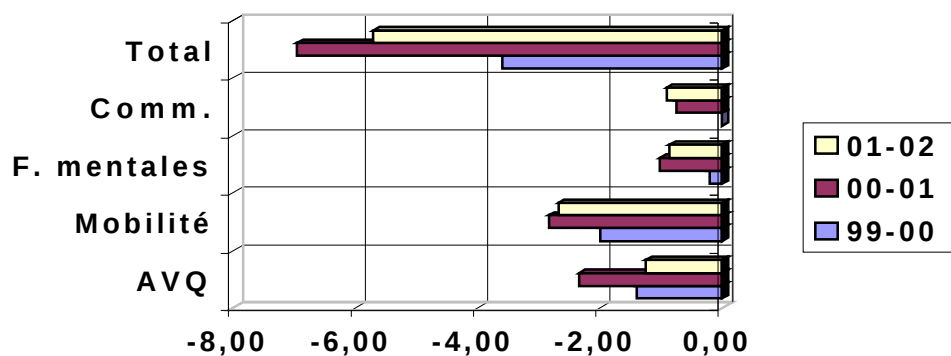


Figure 14 : Évolution des scores d'incapacités dans les différentes fonctions pour la clientèle des services de SAG maintien pour la MRC de La Mitis



2.5 Éléments à retenir sur le processus

- ◆ Les médecins constituent le groupe de référents potentiels au guichet unique où l'on retrouve le plus grand nombre de répondants connaissant peu ou pas les mécanismes de liaison et référence, et à l'intérieur de ce groupe, particulièrement les médecins du CHRR et de l'URFI, qui est également le groupe qui adhère le moins au modèle des SAG.
- ◆ La tendance des référents au guichet unique est d'utiliser de moins en moins le formulaire de référence.
- ◆ Les référents aux SAG et aux services de SAD reçoivent peu souvent du feedback sur les cas référés.
- ◆ Il n'y a pas eu d'augmentation sensible des personnes desservies et des services rendus en SAD dans la MRC de Rimouski-Neigette. Dans la MRC de La Mitis, on observe un accroissement de l'achalandage des services de réadaptation physique.
- ◆ Les SAG sont rendus avec plus d'intensité dans la MRC de Rimouski-Neigette, mais le nombre de clients n'a pas augmenté, il a même diminué, en ce qui concerne les services de réadaptation physique. Contrairement à la MRC de La Mitis où les clients des services de réadaptation ont augmenté.
- ◆ Dans les deux MRC, le nombre de personnes âgées bénéficiant de services dispensés par des bénévoles et de services d'aide à la vie domestique s'est accru de plus de 50% durant les quatre dernières années.
- ◆ Dans chacune des MRC, il semble y avoir quelques municipalités ayant un accès accru aux services (SAD et SAG) et quelques autres un accès très faible et ce sont les mêmes pour les deux années vérifiées.
- ◆ Les clients des services de réadaptation à domicile ont un profil de perte d'autonomie fonctionnelle qui s'est alourdi. Les usagers des autres services de SAD ont un profil ayant peu varié dans chaque MRC, mais le profil de la MRC de La Mitis est systématiquement plus lourd.

3. EFFETS SUR LES CLIENTS ET LES AIDANTS

Les dimensions retenues pour mesurer l'évaluation des effets sur les clients et les aidants sont :

- Ø les gains d'autonomie fonctionnelle chez les clients des SAG (programme restauration) et chez les clients ayant reçu des services de réadaptation à domicile ;
- Ø le degré de satisfaction des clients face à l'ensemble des services reçus (SAG et SAD) ;
- Ø les tâches assumées par les aidants naturels et leur perception de la lourdeur des tâches assumées.

3.1 Restauration de l'autonomie des clients

Pour les clients recevant des services de réadaptation à domicile et pour les clients des SAG, programme « restauration », nous avons vérifié la présence dans les dossiers d'une évaluation d'autonomie fonctionnelle au congé. Aucun dossier ne comportait une telle évaluation au congé. Souventes fois, sont présentes au dossier des évaluations faites par les physiothérapeutes sur l'évolution de la mobilité articulaire, force musculaire, etc. Toutefois, cela ne permet pas de savoir ce que la personne peut accomplir en termes d'activités et fonctions; cela permet, tout au plus, de le déduire pour les professionnels du même domaine.

Comme il s'agissait d'un effet important à vérifier chez la clientèle visée, nous avons introduit une mesure supplémentaire auprès d'un groupe, celui des usagers du programme « restauration » des SAG dans la MRC de Rimouski-Neigette. Nous avons repris 21 des 22 dossiers des personnes ayant reçu leur congé de ce programme (1 dossier n'a pu être consulté parce qu'en clinique médicale), avec la coordonnatrice du programme et avons révisé le contenu de chacun des dossiers pour reconstituer l'histoire de chacun afin de mieux connaître ce qu'il est advenu de la condition de chaque client entre son inscription et son congé.

Les constats de cette révision des dossiers sont les suivants :

- Ø 3 personnes ont fait partie d'un programme d'éducation spécifique aux gens atteints de la maladie de Parkinson ; on ne fait pas d'évaluation de la fonctionnalité des gens dans ce programme ;
- Ø 4 personnes n'ont été vues que quelques fois (révision de programme d'exercices ou clients arrêtant d'eux-mêmes après 1 fois ou 2) ; il n'y a pas d'information au dossier sur leur fonctionnalité ;
- Ø 1 personne est décédée quelques semaines après son inscription ;
- Ø 1 personne a participé à des activités de groupe (intervention : observation) et fut dirigée vers l'hébergement ;

- Ø 2 personnes ont été inscrites mais ne se sont jamais présentées ;
- Ø 1 personne inscrite par transfert d'un autre établissement n'a été vue qu'une seule fois parce que ne présentant pas un profil gériatrique et fut référée à une autre ressource ;
- Ø 1 personne a vu son état amélioré mais a cessé ses traitements pour subir une chirurgie et elle n'est pas revenue ;
- Ø 3 personnes avaient une bonne amélioration au congé, sans que les objectifs aient été atteints (soit que le client ait cessé ses traitements, soit que les objectifs posés étaient trop élevés) ;
- Ø 5 personnes ont bénéficié de services de réadaptation et ont eu leur congé lorsque les objectifs posés ont été atteints.

Ce que l'on constate, c'est que les personnes ciblées par le programme « restauration » des SAG, ayant véritablement reçu des services dans ce programme sont les neuf dernières personnes citées dans l'énumération. Et ces neuf personnes ont vu leur état s'améliorer.

Les dossiers du programme des SAG de la MRC de La Mitis ne furent pas révisés, ni ceux des personnes recevant des services de réadaptation à domicile.

3.2 Degré de satisfaction des clients

Deux sondages furent réalisés sur le sujet, un en 2000 et le second en 2002. Des rapports distincts ayant été produits sur les résultats de chacun de ces sondages ^{5,6}, nous ne présentons ici que les principaux éléments d'analyse.

Il n'y a aucun doute sur la satisfaction globale des usagers des services de SAD et des SAG. Le degré de satisfaction était élevé en 2000, il l'est demeuré en 2002. Les éléments générant quelques irritants sont : la rapidité pour obtenir des services de physiothérapie et d'ergothérapie aux services de SAD de la MRC de Rimouski-Neigette, de même que la qualité de la nourriture aux SAG. La rapidité d'obtention des services est certainement liée à la disponibilité insuffisante des ressources de réadaptation.

3.3 Lourdeur de la tâche des aidants

Les sondages réalisés s'intéressaient aux proches des personnes en perte d'autonomie qui sont des aidants non rémunérés. Il est toutefois important de constater qu'entre 2000 et 2002, il y a eu une augmentation significative du nombre d'usagers déclarant rémunérer des personnes pour recevoir de l'aide, et ce, dans les deux MRC.

Ce qui ne signifie pas que la tâche des aidants non rémunérés s'est allégée puisqu'ils faisaient en 2002 plus de tâches qu'en l'an 2000, principalement concernant les AVQ. Cette observation d'augmentation de leurs activités d'aidants va de pair avec leur propre perception de la tâche à accomplir qu'ils estiment plus lourde qu'en l'an 2000. En lien avec cette perception, on note un partage moins grand d'activités entre la personne aidée et la personne aidante.

Une seule personne aidante se retrouvait en 2002 dans la catégorie « degré élevé de difficultés » (tout comme c'était le cas en 2000). Les réponses apportées par les aidants nous permettent de croire qu'ils ne sont pas en détresse malgré la lourdeur de la tâche de certains. Plusieurs personnes d'ailleurs ont témoigné du bonheur qu'elles avaient à aider leurs proches, ce qui ne rend pas moins nécessaire la vigilance en ce domaine.

3.4 Éléments à retenir sur les effets sur les clients

- ◆ Les dossiers révisés aux SAG, dans le programme « restauration » ont permis de constater que les clients correspondant à la clientèle visée ont tous vu leur autonomie fonctionnelle s'améliorer, mais cela ne correspondait qu'à neuf personnes durant l'année 2001-2002 pour la MRC de Rimouski-Neigette.
- ◆ La satisfaction des usagers des services de SAD et des SAG ne fait aucun doute.
- ◆ La tâche des aidants naturels s'est alourdie entre 2000 et 2002, tout comme la perception qu'ils ont de cette tâche.

4. EFFETS SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ

4.1 Utilisation du système d'hébergement de longue durée

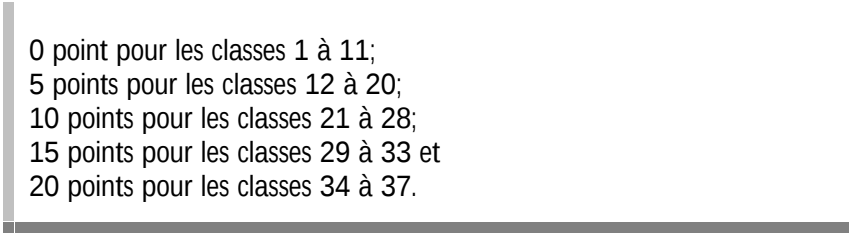
4.1.1 Méthodologie

Ce qui est attendu, c'est une utilisation plus tardive des services d'hébergement. Cela signifie que lorsque les personnes font appel à des services d'hébergement, leur état nécessite plus de services, donc, les heures de services requises devraient augmenter avec le temps lors des demandes d'admission en hébergement.

Avec les 37 classes du CTMSP, nous avons créé les regroupements suivants :

- Ø 1 à 11 ;
- Ø 12 à 20 ;
- Ø 21 à 28 ;
- Ø 29 à 33 ;
- Ø 34 à 37.

En pondérant chacun des regroupements de classes, nous créons une échelle ordinale qui nous permet d'établir un facteur pondéré moyen par territoire et par année. Ainsi, nous avons accordé :



0 point pour les classes 1 à 11;
5 points pour les classes 12 à 20;
10 points pour les classes 21 à 28;
15 points pour les classes 29 à 33 et
20 points pour les classes 34 à 37.

4.1.2 Utilisation du système d'hébergement

Les tableaux 17 et 18 illustrent la répartition des demandeurs dans les différents regroupements de classes du CTMSP pour les quatre dernières années, pour la MRC de Rimouski-Neigette. On constate une diminution des cas dans les classes plus légères et une augmentation dans la catégorie des classes 29 à 33.

Tableau 17 : Répartition des demandes d'hébergement, selon le programme CTMSP, recommandée par les comités d'orientation-admission pour la MRC de Rimouski-Neigette

Classes	97-98 N = 142	98-99 N = 152	99-00 N = 136	00-01 N = 158	01-02 N = 164
1 à 11	4,2%	1,3%	3,7%	0,6%	0,0%
12 à 20	32,4%	35,5%	33,1%	30,4%	26,8%
21 à 28	38,7%	42,1%	37,5%	31,0%	29,9%
29 à 33	24,6%	21,1%	25,7%	38,0%	43,3%
34 à 37	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source des données : SICRA par Gérard Chénard et Sylvie Lemay.

Tableau 18 : Répartition des demandes d'hébergement, selon le programme CTMSP, recommandée par les comités d'orientation-admission pour la MRC de La Mitis

Classes	97-98 N = 70	98-99 N = 91	99-00 N = 150	00-01 N = 175	01-02 N = 105
1 à 11	4,3%	4,4%	0,7%	2,3%	1,0%
12 à 20	35,7%	33,0%	30,7%	18,9%	25,7%
21 à 28	32,9%	38,5%	30,0%	40,0%	24,8%
29 à 33	22,9%	23,1%	37,3%	29,7%	44,8%
34 à 37	4,3%	1,1%	1,3%	9,1%	3,8%
Total	100,1%	100,1%	100,0%	100,0%	100,0%

On note pour la MRC de La Mitis une augmentation constante de la proportion de demandes d'admission se situant dans les classes 29 et plus (tableau 18).

Cela se reflète dans l'indice de lourdeur des clientèles orientées vers l'hébergement comme en témoigne le tableau 19. La progression se reflète dans la moyenne régionale mais l'indice des MRC de Rimouski-Neigette et de La Mitis excède la moyenne régionale.

Tableau 19 : Évolution du facteur de lourdeur de la clientèle orientée vers l'hébergement

Années	MRC Rimouski-Neigette	MRC de La Mitis	Moyenne régionale
1997-1998	9,2	9,4	9,0
1998-1999	9,1	9,2	8,6
1999-2000	9,3	10,4	9,1
2000-2001	10,3	11,2	9,6
2001-2002	10,8	11,2	9,8

4.2 Utilisation des services de l'UCDG et de l'URFI

Le tableau 20 présente les données d'utilisation de l'UCDG (Unité de Courte Durée Gériatrique), de l'URFI (Unité de Réadaptation Fonctionnelle Intensive) et de l'hospitalisation de courte durée pour les personnes de 65 ans et plus. Pour l'utilisation de l'UCDG, et des services de courte durée par les personnes âgées, le portrait des deux dernières années est très semblable. Pour l'URFI, le séjour a considérablement augmenté en 2001-2002 en rapport avec l'année antérieure et le nombre d'admissions a diminué. Comme les données de 1999-2000 ne portent que sur les trois dernières périodes de l'année, la comparaison avec cette année doit être faite avec réserve.

Tableau 20 : Admissions totales en UCDG et URFI et admissions en courte durée pour les 65 ans et plus, par période de 4 semaines

	Nbre admissions			Durée moyenne de séjour		
	1999-00*	2000-01	2001-02	1999-00*	2000-01	2001-02
UCDG	42	28	24	12,0	13,6	16,9
URFI	14	11	8	68,7	26,8	56,0
C.D. santé phys. 65+	260	228	230	11,2	11,7	11,4

Source des données : Système Med-Écho, par Hélène Pineault (Rimouski-Neigette) et Renelle Lévesque (La Mitis).

* Moyenne établie sur les 3 dernières périodes de l'année 1999-2000.

Le tableau 21 illustre la destination au congé des personnes admises dans différents types de ressources. Un accroissement des services à domicile et des services ambulatoires gériatriques aurait pu se traduire par une augmentation de la proportion des retours à domicile, ce qu'infirmes le tableau 22, illustrant la situation des deux dernières années où il y a absence d'évolution.

Tableau 21 : Orientations au congé des clients admis en UCDG et URFI et des clients de 65 ans et plus admis en courte durée, en 2001-2002

	UCDG 0-64	UCDG 65+	URFI 0-64	URFI 65+	C.D. Santé phys. 65+
Domicile	35 (76,1%)	204 (65,6%)	43 (93,5%)	88 (83,8%)	2384 (79,8%)
Hébergement	1 (2,2%)	42 (13,5%)	0 (0,0%)	13 (12,4%)	141 (4,7%)
Autre étab. courte durée	4 (8,7%)	7 (2,3%)	2 (4,3%)	4 (3,8%)	198 (6,7%)
URFI	0 (0,0%)	20 (6,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	55 (1,8%)
Autre destination	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1(2,2%)	0 (0,0%)	6 (0,2%)
Décès	6 (13,0%)	38 (12,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	202 (6,8%)
Total des sorties	46 (100,0%)	311 (100,0%)	46 (100,0%)	105 (100,0%)	2 986 (100,0%)

Tableau 22 : Évolution dans les destinations au congé des personnes de 65 ans et plus admises dans les différents types de ressources

Destinations au congé	% en 2000-2001			% en 2001-2002		
	UCDG	URFI	Lits CD	UCDG	URFI	Lits CD
Domicile	69,7	81,8	78,9	65,6	93,8	79,8
Hébergement	13,0	11,4	4,9	13,5	12,4	4,7
Autre établissement de CD	0,6	6,8	7,5	2,3	3,8	6,7
URFI	4,3	0	1,8	6,4	0	1,8
Autre destination	0	0	0,03	0,0	0	0,2
Décès	12,4	0	6,9	12,2	0	6,8
Total	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

4.3 Éléments à retenir sur les effets sur le système de santé

- ◆ Dans les deux MRC, on observe une tendance à l'alourdissement des clientèles admissibles en hébergement.
- ◆ Les admissions en UCDG, URFI et en courte durée (pour les personnes de 65 ans et plus) ont peu varié durant les deux dernières années, tout comme les destinations au congé.

5. DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

Avec comme mise en garde certaines limites de l'étude, nous dégagerons, à partir des éléments à retenir (de l'évaluation des dimensions « structure », « processus » et « effets »), les orientations les plus susceptibles d'améliorer le fonctionnement actuel des services analysés et discuterons du processus et des effets au regard des objets d'évaluation.

5.1 Limites de l'étude

La présente évaluation utilise plusieurs sources de données. Il va sans dire que la valeur de l'interprétation des données est liée à la fiabilité de ces données. Si la plupart des sources sont généralement reconnues comme fiables, certaines sont parfois mises en doute : le système I-CLSC et les données issues des rapports d'activités des organismes bénévoles. Néanmoins, en l'absence d'alternatives, nous avons fait le choix d'utiliser ces données. Nous avons également fait ce choix pour retourner aux intervenants et aux bénévoles de l'information sur la collecte des données de leur travail afin qu'ils réalisent l'importance de la constance et de la rigueur dans l'alimentation de leur système d'information. C'est donc avec la réserve de la fiabilité de certaines données que les résultats doivent être interprétés.

Le devis d'évaluation prenait en compte certaines dimensions liées à la structure, au processus et aux effets attendus. Bien que nous croyions que les éléments cruciaux aient été considérés, nous ne pouvons prétendre à l'exhaustivité en cette matière. De la même façon, bien que les indicateurs identifiés pour mesurer chacune des dimensions retenues aient été sélectionnés le plus judicieusement possible, ils ne présentent qu'une réalité partielle de ces dimensions (ce qui est le propre de tout indicateur).

5.2 La mise en place des éléments structurels

Les intervenants ont une forte adhésion aux structures du « guichet unique » et des « SAG ». Les structures sont implantées, mais leur fonctionnement n'est pas optimal. Les principales améliorations souhaitables sont :

- Ø la finalisation des ententes inter établissements ;
- Ø la révision du fonctionnement du comité d'orientation ;
- Ø l'utilisation systématique du plan d'intervention ;
- Ø la consolidation du fonctionnement avec les intervenants pivots ;
- Ø la consolidation des services de réadaptation aux SAG (priorité de développement).

5.3 Le processus

5.3.1 Le fonctionnement des mécanismes prévus

Les principales avenues d'amélioration du fonctionnement des mécanismes sont les suivantes :

- Ø des interventions auprès des médecins du CHRR et de l'URFI pour augmenter leurs connaissances des mécanismes de liaison et de référence et leur degré d'adhésion aux SAG ;
- Ø la révision du formulaire de référence pour le rendre le plus convivial possible ;
- Ø l'établissement d'une politique sur le feedback aux référents ;
- Ø l'amélioration de la complémentarité entre les SAG et les autres programmes et services.

5.3.2 La clientèle rejointe et les services rendus

Le raisonnement présenté dans le devis d'évaluation était à l'effet que la consolidation des services de SAD et l'implantation des SAG amèneraient un achalandage accru des services de SAD long terme et de services communautaires, puisque les personnes en perte d'autonomie seraient susceptibles de demeurer plus longtemps dans leur milieu de vie naturel.

Or, le nombre de personnes desservies par les services de SAD long terme n'a pas sensiblement augmenté et dans l'ensemble, leur profil de perte d'autonomie ne s'est pas alourdi. Toutefois, les usagers recevant des services de réadaptation à domicile ont un profil de perte d'autonomie plus prononcée et l'analyse des données par municipalité met en évidence une accessibilité différente des services selon la provenance.

Les principales recommandations et interrogations dégagées :

- Ø l'objectif d'accroître l'achalandage des services de SAD pour maintenir plus avant à domicile une clientèle en perte d'autonomie reste pertinent. Il nous apparaît toutefois non justifié de poser un simple objectif d'accroissement de l'achalandage des services de SAD, à moins qu'il ne soit assorti des moyens appropriés pour identifier la clientèle nécessitant le plus ces services et de l'établissement de plans d'intervention permettant un suivi efficace de cette clientèle ;
- Ø une analyse plus poussée, mettant à contribution les intervenants des services de SAD, des variations de l'indice d'accessibilité selon la municipalité de provenance nous semble indiquée ;

- Ø l'accroissement fort important du nombre de personnes bénéficiant de services d'aide à la vie domestique ne trouve pas sa justification dans l'alourdissement de la clientèle desservie par les services de SAD. Il s'agit peut-être toutefois d'un rattrapage en la matière. Si c'est le cas l'effet observé est souhaitable. Seule une analyse plus poussée du phénomène nous permettrait d'en juger, en connaissant les critères utilisés et la rigueur avec laquelle ils sont appliqués.

5.4 Les effets attendus

5.4.1 Les effets sur les clients et les aidants

Les effets attendus chez les usagers des SAG (programme restauration) et chez les usagers des services de réadaptation à domicile étaient une augmentation de leur autonomie fonctionnelle. On souhaitait également pour l'ensemble des usagers (services de SAD et SAG) un degré élevé de satisfaction et pour les aidants une perception acceptable de la charge de travail.

On constate que les usagers des SAG (programme restauration) correspondant à la clientèle visée ont eu des gains d'autonomie fonctionnelle, que la satisfaction de l'ensemble des usagers ne fait aucun doute et que la tâche des aidants s'est alourdie.

Au chapitre des recommandations :

- Ø nous nous réjouissons de l'utilisation prochaine et étendue de l'« outil multicientèle » comportant une évaluation de l'autonomie fonctionnelle qui rendra plus facile une évaluation future des effets des services de réadaptation (à domicile ou aux SAG) ;
- Ø il nous semble également important que les intervenants portent une attention particulière aux aidants, en prenant en compte leurs besoins dans le plan d'intervention de la personne en perte d'autonomie.

5.4.2 Les effets attendus sur le système de santé

Le devis d'évaluation prévoyait qu'une utilisation accrue des services de SAD et des SAG amènerait un hébergement plus tardif (donc une clientèle admissible avec un profil plus lourd de perte d'autonomie) et une utilisation plus courte et ou moins fréquente des services hospitaliers.

On a effectivement observé un alourdissement de la clientèle admissible en soins de longue durée, qu'on peut toutefois difficilement lier aux changements dans les services de SAD et dans les SAG, étant donné le peu de variations observées dans leur utilisation. Par contre, l'augmentation importante des services d'aide à la vie domestique y a peut-être contribué.

CONCLUSION

Le présent exercice d'évaluation met en lumière certaines lacunes dans la mise en place des structures « guichet unique » et services ambulatoires gériatriques (SAG) et questionne quelques éléments de fonctionnement des services de SAD.

Il appartient aux gestionnaires des établissements et organismes concernés d'analyser la pertinence et la faisabilité des pistes d'amélioration suggérées pour le fonctionnement des mécanismes prévus par les différentes structures.

Les données analysées ne remettent pas en question le bien-fondé des structures « guichet unique » et SAG. Bien que les effets sur les autres composantes du système de santé ne soient pas encore évidents, les effets observés sur les usagers correspondant au profil des SAG (programme restauration) sont positifs, les usagers des services de SAD et des SAG sont très satisfaits, les référents potentiels adhèrent très majoritairement aux nouvelles structures et le personnel y adhère toujours fortement. Cette dernière affirmation constitue d'ailleurs la prémisse la plus fondamentale pour améliorer le fonctionnement des structures.

RÉFÉRENCES

- ¹ Pelletier Jocelyne. Perceptions des professionnels oeuvrant aux Services Ambulatoires Gériatriques pour les MRC de Rimouski-Neigette et de La Mitis. Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. Octobre 2002.
- ² Pelletier Jocelyne. Perceptions des professionnels oeuvrant au guichet unique pour les clientèles gériatriques des MRC de Rimouski-Neigette et de La Mitis. Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. Octobre 2002.
- ³ Pelletier Jocelyne. Rapport de l'enquête auprès des référents potentiels aux Services de Soutien À Domicile et aux Services Ambulatoires Gériatriques dans les MRC de Rimouski-Neigette et de La Mitis. Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. Octobre 2002.
- ⁴ Institut de la statistique du Québec. Perspectives démographiques des territoires de CLSC du Québec, 1996 à 2021. Diffusé par le service du développement de l'information, MSSS. Juin 2000.
- ⁵ Pelletier Jocelyne, Lapointe Gilles. Sondage auprès des clients des services de soutien à domicile et des services ambulatoires gériatriques et des aidants naturels. Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation. Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. Mars 2001.
- ⁶ Pelletier Jocelyne. Rapport du sondage auprès des clients des services de soutien à domicile, des clients des services ambulatoires gériatriques et des aidants naturels. MRC de Rimouski-Neigette et de La Mitis. Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation. Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. Janvier 2003.