

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

**MÉMOIRE
PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN ADMINISTRATION**

Par Gaétan Gratton

**L'HOPITAL DE JOUR
CONCEPT, COÛTS ET IMPACTS SUR
LE TAUX D'INSTITUTIONNALISATION ET
LE TAUX D'HOSPITALISATION EN COURTE DURÉE**

Octobre 1995



Mise en garde/Advice

Afin de rendre accessible au plus grand nombre le résultat des travaux de recherche menés par ses étudiants gradués et dans l'esprit des règles qui régissent le dépôt et la diffusion des mémoires et thèses produits dans cette Institution, **l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** est fière de rendre accessible une version complète et gratuite de cette œuvre.

Motivated by a desire to make the results of its graduate students' research accessible to all, and in accordance with the rules governing the acceptance and diffusion of dissertations and theses in this Institution, the **Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** is proud to make a complete version of this work available at no cost to the reader.

L'auteur conserve néanmoins la propriété du droit d'auteur qui protège ce mémoire ou cette thèse. Ni le mémoire ou la thèse ni des extraits substantiels de ceux-ci ne peuvent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

The author retains ownership of the copyright of this dissertation or thesis. Neither the dissertation or thesis, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

RÉSUMÉ

Cette étude évalue sur une période de cinq ans l'efficacité des programmes gériatriques et de maintien à domicile de quatre zones de CLSC en terme de substitution de services, soit la variation de la demande pour l'hébergement, d'une part, et le niveau de consommation dans les unités de soins de courte durée (CHSCD), d'autre part, chez la clientèle âgée de 65 ans et plus.

Trois des quatre zones de CLSC offrent à sa population âgée les services de l'hôpital de jour et la gamme complète des programmes gériatriques visant le maintien à domicile, alors que la quatrième zone de CLSC n'offre que deux programmes : deux centres de jour et les soins à domicile.

Pour les trois zones de CLSC qui disposent de l'ensemble des programmes gériatriques (St-Jean, Trois-Rivières, St-Hyacinthe) on observe une baisse marquée de la demande pour l'hébergement et du taux d'institutionnalisation. La demande globale, soit le nombre de lits d'hébergement disponibles, auquel s'ajoute le nombre de patients en attente, n'excède que de 2,5% l'offre "attendue" en fonction de la norme "Desy" et ce, malgré une progression de plus de 20% de la population de 65 ans et plus au cours de cette période.

A l'inverse, la zone de CLSC qui ne compte que deux programmes visant le maintien à domicile (Val-d'Or), la demande globale pour l'hébergement surpassé de près de 40% l'offre "attendue" alors que la liste d'attente connaît un accroissement de près de 63% sur cinq ans. De plus, le taux d'institutionnalisation atteint 6,6%, alors que la moyenne observée pour les trois autres zones de CLSC n'est que de 5,3%.

Au même titre que l'hébergement, les programmes gériatriques doivent permettre également de réduire, per capita, la consommation de lits en courte durée. Autrement dit, le fléchissement du taux d'institutionnalisation ne doit pas conduire à un simple déplacement de la demande vers les centres hospitaliers de soins de courte durée.

Chez la population de 65 à 74 ans, on constate une réduction du séjour moyen de 20% et de 12% pour les zones de CLSC de St-Hyacinthe et de Trois-Rivières et une légère progression de 3% pour les zones de CLSC de St-Jean et de Val-d'Or.

Chez les 75 ans et plus, les clientèles de St-Hyacinthe et de Trois-Rivières ont bénéficié d'une réduction de séjour moyen de 25% et de 22% respectivement. Pour la zone de St-Jean, la durée de séjour progresse de près de 11%, alors que la progression atteint plus de 40% à Val-d'Or entre 1987-88 et 1991-92.

Malgré tout, c'est la clientèle de St-Jean qui demeure hospitalisée le moins longtemps avec seulement 13,31 jours, très en deçà de ce que l'on peut observer pour les trois autres zones de CLSC et très en deçà de la moyenne provinciale qui était de 20,7 jours en 1988-89.

Pour le total des journées d'hospitalisation par 1000 de population chez la clientèle de 75 ans et plus, deux zones de CLSC soit St-Hyacinthe et Trois-Rivières réduisent de près de 13% et de 15% respectivement leur consommation totale de journées d'hospitalisation. La zone de CLSC de Val-d'Or connaît plutôt une progression de 18% de sa consommation avec 6 778 journées d'hospitalisation par 1000 de population, alors qu'on observe une augmentation de 6% à St-Jean, mais toujours à un niveau de consommation inférieur aux trois autres zones de CLSC et de la moyenne provinciale avec seulement 4 437 journées d'hospitalisation en 1991-92.

Au cours de la période de 1987-88 à 1991-92, les quatre zones de CLSC ont réduit leurs dépenses totales per capita et en dollars constants pour l'hébergement et l'hospitalisation chez la clientèle de 65 ans et plus.

Toutefois, avec des dépenses totales, per capita, de 2 920 \$ en 1991-92, la zone de CLSC de St-Jean consacrait 22% moins de budget que la moyenne des dépenses observées dans les trois autres zones de CLSC et 47% moins que la zone de Val-d'Or avec 3 640 \$ per capita en 1991-92.

En conclusion, l'étude démontre que les trois zones de CLSC qui offrent la gamme complète de services gériatriques, la population âgée de 65 ans et plus a réduit sa demande pour l'hébergement, donc une réelle substitution de service.

Pour la consommation en soins de courte durée, seules les populations âgées de deux de ces trois zones de CLSC ont été en mesure de réduire leur durée de séjour et le taux de journée d'hospitalisation, alors que pour la troisième zone de CLSC on observe le même niveau de demande.

Par contre, la zone de CLSC n'offrant que deux programmes gériatriques, l'accroissement des dépenses per capita en soins à domicile de plus de 46% n'a pas conduit à un fléchissement de la demande pour l'hébergement, d'une part, ni à une réduction de la durée de séjour et du taux de journées d'hospitalisation, d'autre part, particulièrement auprès de la clientèle âgée de 75 ans et plus. On constate donc un rendement décroissant en terme de substitution de service chez cette dernière clientèle.

Ce mémoire a été réalisé à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
dans le cadre du programme de l'Université du Québec Chicoutimi
extensionné à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

REMERCIEMENTS

Mes remerciements s'adressent d'abord à la clientèle et aux coordonnatrices et coordonnateur des trois hôpitaux de jour qui ont bien voulu participer à cette étude, sans qui ce projet n'aurait pu être réalisé.

Mme Colette Michon : Hôpital de jour, Hôtel-Dieu de St-Hyacinthe

Mme Renée Vézina : Hôpital de jour, C.H. du Haut-Richelieu de St-Jean

M. Roger Magny : Hôpital de jour, C.H. Cooke de Trois-Rivières

M. André Gbodossou, directeur de recherche.

Enfin, à Mme Marie-Claire Côté pour la qualité du travail de traitement de texte et de mise en page.

La réalisation de ce projet a été rendue possible grâce à une subvention conjointe du ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.

TABLE DES MATIÈRES

	PAGE
RÉSUMÉ	i
REMERCIEMENTS	iii
TABLE DES MATIÈRES	iv
LISTE DES TABLEAUX	ix
LISTE DES GRAPHIQUES	xiv
LISTE DES ABRÉVIATIONS	xv
LISTE DES ANNEXES	ix
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I PROBLÉMATIQUE	5
1.1 VIEILLISSEMENT DÉMOGRAPHIQUE	5
1.2 DÉPENSES PUBLIQUES DE SANTÉ CHEZ LES 65 ANS ET PLUS .	7
1.3 JOURNÉES D'HOSPITALISATION ET TAUX D'HOSPITALISATION	8
1.4 L'INSTITUTIONNALISATION	12
1.5 COÛTS FUTURS DES SOINS DE SANTÉ ET D'HÉBERGEMENT	14
1.6 LES PROGRAMMES GÉRIATRIQUES ET LE MAINTIEN À DOMICILE	17
1.7 LES SERVICES À DOMICILE	21
1.8 L'HÔPITAL DE JOUR	24
1.8.1 HÔPITAL DE JOUR : ORIENTATIONS DE 1986, M.S.S.S. .	26
1.8.2 OBJECTIF GÉNÉRAL	26

1.8.3 OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	27
1.8.4 CLIENTÈLE-CIBLE	28
1.8.5 COÛT/EFFICACITÉ DES HÔPITAUX DE JOUR	28
1.9 OBJET DE L'ÉTUDE ET PERTINENCE	33
1.10 OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	36
CHAPITRE II MÉTHODOLOGIE	37
2.1 L'ÉVALUATION DES PROGRAMMES ET LES DEVIS DE RECHERCHE UTILISÉS	40
2.2 DEVIS DE RECHERCHE RETENU	44
2.3 DESCRIPTION DES VOLETS DE L'ÉTUDE	50
2.4 LES HÔPITAUX DE JOUR À L'ÉTUDE	51
2.5 LA POPULATION À L'ÉTUDE	53
2.6 LES RESSOURCES D'HÉBERGEMENT INSTITUTIONNELS	56
2.7 LES PROGRAMMES GÉRIATRIQUES DE MAINTIEN À DOMICILE	58
2.8 SUBSTITUTION DES SERVICES : UNITÉS DE COURTE DURÉE	61
2.9 UNITÉS DE COURTE DURÉE CONSIDÉRÉES	62
2.10 DESCRIPTION DES PRINCIPALES VARIABLES RETENUES POUR L'ÉTUDE	63
CHAPITRE III L'HÔPITAL DE JOUR ET SA CLIENTÈLE : LE CONCEPT ET SA RÉALISATION	71

3.1	OBJECTIFS ET MISSION DE L'HÔPITAL DE JOUR	71
3.2	CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DE LA CLIENTÈLE	75
3.3	DESCRIPTION DE LA CLIENTÈLE, 65 À 74 ANS, SELON LE DIAGNOSTIC	83
3.4	LES INTERVENTIONS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES	96
3.5	LES ÉLÉMENTS DE STRUCTURE	97
3.5.1	RATTACHEMENT ADMINISTRATIF	97
3.5.2	LES RESSOURCES HUMAINES	99
3.5.3	LES RESSOURCES FINANCIÈRES	102
CHAPITRE IV LE TAUX D'INSTITUTIONNALISATION		108
4.1	POPULATION DESSERVIE PAR TERRITOIRE 1986-91	110
4.2	LES PROGRAMMES GÉRIATRIQUES ET BUDGET PAR TERRITOIRE 1987-88 ET 1991-92	118
4.3	LITS D'HÉBERGEMENT PAR TERRITOIRE DE CONCENTRATION 1987-88 ET 1991-92 ET TAUX D'INSTITUTIONNALISATION	129
4.4	LES LISTES D'ATTENTE POUR HÉBERGEMENT	139
4.5	LA DEMANDE VS L'OFFRE	143
CHAPITRE V CONSOMMATION DE SOINS DANS LES UNITÉS DE COURTE DURÉE		147
5.1	LES HOSPITALISATIONS ET JOURNÉES D'HOSPITALISATION	

PAR ZONE DE CLSC	148
5.2 LE SÉJOUR MOYEN SPÉCIFIQUE SELON L'ÂGE	155
5.3 LE TAUX SPÉCIFIQUE D'HOSPITALISATION	159
5.4 LE TAUX SPÉCIFIQUE DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION PAR 1000 DE POPULATION	161
5.5 SYNTHÈSE	164
5.6 L'ANALYSE FINANCIÈRE	167
5.6.1 DÉPENSES POUR L'HÉBERGEMENT, PER CAPITA, EN DOLLARS CONSTANTS DE 1987-88	170
5.6.2 DÉPENSES POUR L'HOSPITALISATION EN COURTE DURÉE 1987-88 ET 1991-92	173
5.6.3 DÉPENSES TOTALES, PER CAPITA ET EN DOLLARS CONSTANTS 1987-88 ET 1991-92	175
5.6.4 COÛT PAR HOSPITALISATION, UNITÉS DE COURTE DURÉE 1987-88 ET 1991-92	177
DISCUSSION ET SYNTHÈSE	179
CONCLUSION	189
BIBLIOGRAPHIE	193
LISTE DES ANNEXES	
ANNEXE 1	
DISTRIBUTION DES PLACES D'HÉBERGEMENT ET SOINS DE LONGUE DURÉE PUBLIC ET PRIVÉ CONVENTIONNÉ, 1991-92	
TERRITOIRE DE CONCENTRATION : ST-HYACINTHE	204

ANNEXE 2	
DISTRIBUTION DES PLACES D'HÉBERGEMENT ET SOINS DE LONGUE DURÉE PUBLIC ET PRIVÉ CONVENTIONNÉ, 1991-92	
TERRITOIRE DE CONCENTRATION : VAL-D'OR/SENNETERRE	205
ANNEXE 3	
DISTRIBUTION DES PLACES D'HÉBERGEMENT ET SOINS DE LONGUE DURÉE PUBLIC ET PRIVÉ CONVENTIONNÉ, 1991-92	
TERRITOIRE DE CONCENTRATION : ST-JEAN-SUR-RICHELIEU	206
ANNEXE 4	
DISTRIBUTION DES PLACES D'HÉBERGEMENT ET SOINS DE LONGUE DURÉE PUBLIC ET PRIVÉ CONVENTIONNÉ, 1991-92	
TERRITOIRE DE CONCENTRATION : TROIS-RIVIÈRES	207
ANNEXE 5	
DISTRIBUTION DES BUDGETS DE SOINS À DOMICILE PAR ZONE DE CLSC ET PER CAPITA EN DOLLARS CONSTANTS 1987-88 ET 1991-92	208
ANNEXE 6	
DISTRIBUTION DES BUDGETS DES CENTRES DE JOUR PAR ZONE DE CLSC ET PER CAPITA EN DOLLARS CONSTANTS 1987-88 ET 1991-92	209
ANNEXE 7	
DISTRIBUTION DE LA CLIENTÈLE SELON LE DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET SECONDAIRE : C.H. DU HAUT-RICHELIEU, ST-JEAN	210
ANNEXE 8	
DISTRIBUTION DE LA CLIENTÈLE SELON LE DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET SECONDAIRE : C.H. COOKE, TROIS-RIVIÈRES	211
ANNEXE 9	
DISTRIBUTION DE LA CLIENTÈLE SELON LE DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET SECONDAIRE : C.H. HÔTEL-DIEU, ST-HYACINTHE	212

LISTE DES TABLEAUX

Tableau no. 1 :	Journées d'hospitalisation selon le groupe d'âge - limite supérieure, certaines années de la période 1975-2031	8
Tableau no. 2 :	Journée d'hospitalisation dans les centres hospitaliers de soins de courte durée, selon l'âge, Québec 1981-82 et 1988-89	10
Tableau no. 3 :	Taux d'hospitalisation (1000) dans les unités de courte durée, Québec, 1981-82; 1984-85; 1988-89	11
Tableau no. 4 :	Coût des programmes gériatriques en établissement de longue durée (CHSLD) 1992-93	60
Tableau no. 5 :	Distribution de la clientèle selon l'âge. Hôpitaux de jour de St-Jean, Trois-Rivières et St-Hyacinthe	75
Tableau no. 6 :	Age moyen de la clientèle, hommes et femmes, selon l'établissement	75
Tableau no. 7 :	Distribution de la clientèle selon la provenance , la référence	77
Tableau no. 8 :	Distribution de la clientèle selon le sexe	78
Tableau no. 9 :	Distribution de la clientèle selon l'orientation au congé	79
Tableau no. 10 :	Distribution de la clientèle par établissement selon la zone de CLSC de référence	81
Tableau no. 11 :	Prévalence des principaux problèmes de santé 65 -74 ans, Québec 1987	84
Tableau no. 12 :	Distribution de la clientèle selon le diagnostic principal, 65-74 ans, Hôpital de jour - C.H. Richelieu, St-Jean, 1991-92	85
Tableau no. 13 :	Distribution de la clientèle selon le diagnostic principal, 65-74 ans Hôpital de jour - Cooke de Trois-Rivières, 1991-92	88
Tableau no. 14 :	Distribution de la clientèle selon le diagnostic principal, 65-74 ans Hôpital de jour - C.H. Hôtel-Dieu de St-Hyacinthe, 1991-92	90

Tableau no. 15 :	Analyse comparative de la clientèle par établissement selon le diagnostic principal, 1991-92	93
Tableau no. 16 :	Distribution de la clientèle par hôpital de jour, selon la nature des soins reçus	96
Tableau no. 17 :	Ressources utilisées et comptabilisées dans le coût d'exploitation selon les hôpitaux de jour, 1991-92	103
Tableau no. 18 :	Coût d'exploitation après ajustement des dépenses	104
Tableau no. 19 :	Taux d'occupation selon l'établissement, 1991-92	105
Tableau no. 20 :	Index des nouveaux patients selon l'établissement	106
Tableau no. 21 :	Données opérationnelles comparatives par établissement, 1991-92 . .	107
Tableau no. 22 :	Distribution de la population de 65 à 74 ans et de 75 ans et plus par zone de CLSC - Territoire de concentration St-Jean-sur-Richelieu	110
Tableau no. 23 :	Distribution de la population de 65 à 74 ans et de 75 ans et plus par zone de CLSC - Territoire de concentration Trois-Rivières . . .	112
Tableau no. 24 :	Distribution de la population de 65 à 74 ans et de 75 ans et plus par zone de CLSC - Territoire de concentration St-Hyacinthe	114
Tableau no. 25 :	Distribution de la population de 65 à 74 ans et de 75 ans et plus par zone de CLSC - Territoire de concentration Val-d'Or	116
Tableau no. 26 :	Programmes gériatriques (1), territoire de concentration de St-Jean 1987-88 et 1991-92, en dollars constants	119
Tableau no. 27 :	Programmes gériatriques (1), territoire de concentration de Trois-Rivières 1987-88 et 1991-92, en dollars constants	121
Tableau no. 28 :	Programmes gériatriques (1), territoire de concentration de St-Hyacinthe 1987-88 et 1991-92, en dollars constants	124
Tableau no. 29 :	Programmes gériatriques (1), territoire de concentration de Val-d'Or 1987-88 et 1991-92, en dollars constants	126

Tableau no. 30 :	Budget par programme et per capita, par territoire de concentration 1991-92, dollars constants 1987-88 - Tableau comparatif	128
Tableau no. 31 :	Ressources d'hébergement (publiques et privées conventionnées), Territoire de concentration de St-Jean et taux d'institutionnalisation 1986-87 et 1991-92	129
Tableau no. 32 :	Ressources d'hébergement (publiques et privées conventionnées), Territoire de concentration de Trois-Rivières et taux d'institutionnalisation 1986-87 et 1991-92	132
Tableau no. 33 :	Ressources d'hébergement (publiques et privées conventionnées), Territoire de concentration de St-Hyacinthe et taux d'institutionnalisation 1986-87 et 1991-92	134
Tableau no. 34 :	Ressources d'hébergement (publiques et privées conventionnées), Territoire de concentration de Val-d'Or et taux d'institutionnalisation 1986-87 et 1991-92	136
Tableau no. 35 :	Taux d'institutionnalisation - Données comparatives en pourcentage par territoire de concentration - 1986-87 et 1991-92	138
Tableau no. 36 :	Liste d'attente au 31 mars par territoire de concentration et par catégorie d'établissement - 1987-88 à 1991-92	140
Tableau no. 37 :	Pourcentage d'écart entre l'offre (norme "Desy") et la demande totale de lits d'hébergement par territoire de concentration 1991-92	144
Tableau no. 38 :	Distribution des hospitalisations et des journées d'hospitalisation chez la population de 65 à 74 ans et de 75 ans et plus. Zone de CLSC de St-Jean 1987-88 et 1991-92, C.H. Haut-Richelieu	148
Tableau no. 39 :	Distribution des hospitalisations et des journées d'hospitalisation chez la population de 65 à 74 ans et de 75 ans et plus. Zone de CLSC de Trois-Rivières 1987-88 et 1991-92, C.H. Cloutier	150

Tableau no. 40 :	Distribution des hospitalisations et des journées d'hospitalisation chez la population de 65 à 74 ans et de 75 ans et plus. Zone de CLSC de St-Hyacinthe 1987-88 et 1991-92, C.H. Honoré-Mercier	152
Tableau no. 41 :	Distribution des hospitalisations et des journées d'hospitalisation chez la population de 65 à 74 ans et de 75 ans et plus. Zone de CLSC de Val-d'Or 1987-88 et 1991-92, C.H. de Val-d'Or	154
Tableau no. 42 :	Séjour moyen par zone de CLSC, population de 65 à 74 ans et 75 ans et plus, 1987-88 et 1991-92	155
Tableau no. 43 :	Taux d'hospitalisation par zone de CLSC - Population de 65 à 74 ans et 75 ans et plus, 1987-88 et 1991-92 - Unités de courte durée	159
Tableau no. 44 :	Taux de journées d'hospitalisation par 1000 de population par zone de CLSC, 1987-88 et 1991-92 - Population de 65 à 74 ans	161
Tableau no. 45 :	Taux de journées d'hospitalisation par 1000 de population par zone de CLSC, 1987-88 et 1991-92 - Population de 75 ans et plus	163
Tableau no. 46 :	Distribution des places d'hébergement et soins de longue durée public et privé conventionné, 1991-92 Territoire de concentration de St-Hyacinthe	204
Tableau no. 47 :	Distribution des places d'hébergement et soins de longue durée public et privé conventionné, 1991-92 Territoire de concentration de Val-d'Or/Senneterre	205
Tableau no. 48 :	Distribution des places d'hébergement et soins de longue durée public et privé conventionné, 1991-92 Territoire de concentration de St-Jean-sur-Richelieu	206
Tableau no. 49 :	Distribution des places d'hébergement et soins de longue durée public et privé conventionné, 1991-92 Territoire de concentration de Trois-Rivières	207
Tableau no. 50 :	Distribution des budgets de soins à domicile par zone de CLSC et per capita en dollars constants 1987-88 et 1991-92	208

Tableau no. 51 : Distribution des budgets des centres de jour par zone de CLSC et per capita en dollars constants 1987-88 et 1991-92	209
Tableau no. 52 : Distribution de la clientèle selon le diagnostic principal et secondaire C.H. du Haut-Richelieu, St-Jean	210
Tableau no. 53 : Distribution de la clientèle selon le diagnostic principal et secondaire C.H. Cooke, Trois-Rivières	211
Tableau no. 54 : Distribution de la clientèle selon le diagnostic principal et secondaire C.H. Hôtel-Dieu, St-Hyacinthe	212

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique no. 1 : Coût per capita en dollars constants de 1987-88 et par territoire de concentration de 65 ans et plus	170
Graphique no. 2 : Coût pour l'hospitalisation en courte durée per capita et en dollars constants par zone de CLSC années 1987-88 et 1991-92 Population de 65 ans et plus	173
Graphique no. 3 : Dépenses totales, per capita et en dollars constants de 1987-88 pour l'hébergement et l'hospitalisation en courte durée par zone de CLSC Population de 65 ans et plus, 1987-88 et 1991-92	175
Graphique no. 4 : Coût par hospitalisation, unités de courte durée, en dollars constants de 1987-88, par zone de CLSC, clientèle de 65 ans et plus, 1987-88 et 1991-92	177

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AHQ :	Association des hôpitaux du Québec
CAH :	Centre d'accueil d'hébergement
CHSCD :	Centre hospitalier de soins de courte durée
CHSLD :	Centre hospitalier de soins de longue durée
CIM-9 :	Classification internationale des maladies, 9 ^e édition
CLSC :	Centre local de services communautaires
C.O.A. :	Comité d'orientation et d'admission
C.S.S. :	Centre des services sociaux
C.T.M.S.P. :	Classification par type en milieu de soins prolongés
M.A.D. :	Maintien à domicile
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
O.C.D.E. :	Organisation de coopération et développement économique
RRSSSAT :	Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
S.I.F.O. :	Service d'information financières et opérationnelles
S.I.M.A.D. :	Service intensif de maintien à domicile
M.A.S. :	Ministère des Affaires sociales
U.C.D.G. :	Unité de courte durée gériatrique

INTRODUCTION

La problématique entourant les soins et services aux personnes âgées s'avère d'une importance cruciale lorsqu'on examine les scénarios démographiques projetés par Statistique Canada de 1989 à 2031. (Santé et Bien-être Social Canada, 1990)

Parallèlement à cette constatation démographique, les coûts rattachés au système de santé, pour les personnes âgées de 65 ans et plus, connaissent des augmentations considérables et il est peu probable que le système actuel puisse absorber encore longtemps des hausses de coûts constantes.

La perspective du maintien à domicile s'impose de plus en plus comme étant la solution la plus valable pour maintenir les coûts des soins de santé à un niveau acceptable, tout en offrant des services gériatriques capables de répondre aux besoins des personnes âgées. Il est clair, toutefois, que le maintien à domicile ne pourra se réaliser si l'ensemble des soins et services gériatriques mis en place ne correspond pas aux attentes et aux besoins des personnes âgées.

Depuis 1979, tout le développement des programmes de maintien à domicile a pour objectif principal de diminuer le taux d'institutionnalisation, mais les études expérimentales

concernant l'efficacité et les impacts de ces programmes ne font pas l'unanimité, notamment en terme de substitution des services et des coûts (Weissert : 78 - 80; Tucker 1984, Eagle 1991, Neilsen, 72)

Au Québec, la mise en place des programmes favorisant le maintien à domicile s'effectue de façon très différente d'une région, voire d'un territoire à l'autre et les données statistiques permettent de constater que les résultats ne sont pas toujours proportionnels aux budgets alloués. A cet effet, l'étude de Bélanger, L. et Bolduc, M. (1991) révèle que les montants consacrés en soins à domicile varient de 716 \$ à 2 080 \$ par personne de 75 ans et plus selon les régions administratives.

De plus, l'intérêt pour les soins et services à domicile, en tant que ressources alternatives à l'institutionnalisation, s'est quelque peu atténué au profit d'autres types de ressources ou installations plus récentes telles que les unités de courte durée gériatrique, l'hébergement temporaire ou l'hôpital de jour, afin de réduire également l'utilisation des ressources hospitalières en courte durée (CHSCD) par les personnes âgées.

Enfin, en 1981-82, la population âgée de 65 ans et plus, au Québec, cumulait 40,3 % de toutes les journées d'hospitalisation dans les centres hospitaliers de courte durée. Ce taux est passé à 49,2 % en 1988-89, alors que les 65 ans et plus ne représentaient que 10,5 % de la population (Levasseur M., 1992).

Les données statistiques qui précèdent pour les journées d'hospitalisation dans les centres hospitaliers de courte durée, excluant les établissements psychiatriques qui dispensent des soins de courte durée, tendent à démontrer que les programmes de maintien à domicile et gériatriques n'ont pas été en mesure de faire fléchir le taux d'hospitalisation et ce, lorsque l'on considère les données sur une base provinciale.

La situation est-elle différente dans les sous-régions où se sont développés les hôpitaux de jour au cours des dernières années?

La présente étude exploratoire vise précisément à évaluer si les services offerts par les hôpitaux de jour, combinés à d'autres services gériatriques visant le maintien à domicile, peuvent avoir un impact réel sur le taux d'hospitalisation et la durée de séjour dans les unités de courte durée, sur le taux d'institutionnalisation chez la population de 65 ans et plus et ainsi réduire les coûts, per capita, à long terme.

Pour réaliser cet objectif, on évaluera sur une période de cinq ans la variation de la demande en soins de courte et de longue durée et le niveau de substitution de service chez la clientèle de 65 ans et plus de quatre zones de CLSC du Québec.

Le premier chapitre traite du vieillissement démographique, de l'incidence des coûts des services institutionnels et de l'efficacité des programmes gériatriques visant le maintien à domicile des personnes âgées et ce, en terme de substitution de service.

Le deuxième chapitre précise les aspects méthodologiques, la collecte des informations et l'identification des indicateurs de substitution de service.

Le chapitre trois identifie la clientèle de trois hôpitaux de jour, les services offerts et ses coûts.

Enfin, les chapitres quatre et cinq présentent les résultats de l'étude, soit l'évaluation et l'impact des programmes gériatriques visant le maintien à domicile en terme de substitution de service chez la clientèle âgée.

De façon plus spécifique, l'étude évalue quantitativement les changements dans la consommation des services en centre hospitalier de courte et de longue durée chez la clientèle de 65 ans et plus dans quatre zones de CLSC du Québec.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

Ce chapitre traite du vieillissement démographique, de l'accroissement de la demande des services de santé au Québec et de l'incidence des coûts des services institutionnels. On traitera également de l'efficacité des programmes gériatriques visant le maintien à domicile en terme de substitution de services et de l'hôpital de jour.

1.1 **Vieillissement démographique**

Le phénomène du vieillissement démographique est relativement nouveau au Québec. De 1901 à 1961, la proportion des 65 ans et plus s'est peu accrue, soit de 4,8% à 5,8% pour atteindre 9,9% en 1986. À partir de cette date, l'accroissement deviendra beaucoup plus important pour atteindre 15,1% en 2011, 19,2% en 2021 et 23,3% en 2031 (Gauthier H., 1986).

D'une des sociétés les plus jeunes d'Occident, le Québec se verra propulser, à moyen terme, au rang des pays à vieillissement avancé.

L'impact de l'accroissement de la demande de soins et services médicaux sera également accru par la population très âgée, car dès l'an 2001, près de 45% de la population de 65 ans et plus sera âgée de plus de 75 ans. (Service des études opérationnelles, MSSS, 1992)

Le phénomène du vieillissement accéléré au Québec s'explique en grande partie par une hausse importante de l'espérance de vie, une baisse très marquée du taux de fécondité à la fin des années 60 et l'émigration.

Comparaison internationale

L'accentuation du vieillissement n'est pas particulière au Québec, même si le rythme de croissance est plus rapide que dans la plupart des pays occidentaux, mais la population demeure pour l'instant plus jeune que celle de l'ensemble du Canada, des États-Unis ou d'Europe et en deçà de celle observée en 1981 dans des pays tels que le Danemark (14,5%), le Royaume-Uni (15%), l'Allemagne (15,6%) et la Suède (16,4%) (M.A.S. 1985).

Toutefois, dès l'an 2006, la population du Québec sera aussi vieille que le reste du Canada ou des États-Unis, soit avec 14% des personnes âgées de 65 ans ou plus (Gauthier H., 1986).

Dans le même sens, l’O.C.D.E. (1985) établissait à 14,2% les personnes de 65 ans et plus pour les 10 pays membres de la Communauté économique européenne. Certains auteurs (Woods Gordon (1984), Walker A. (1986)) prévoient que le pourcentage de la population âgée du Canada et du Québec surpassera celui du Royaume-Uni dès l'an 2001 avec plus de 15% de personnes âgées de plus de 65 ans.

1.2 Dépenses publiques de santé chez les 65 ans et plus

Il est reconnu que les personnes âgées accaparent une part considérable des ressources financières du système de soins de santé. En 1980, les 65 ans et plus représentaient environ 8,7% de la population québécoise, mais utilisaient des services pour une somme équivalant à près de 2,5 milliards sur un budget global de 6,5 milliards (Camirand, F., 1983).

L’importance de la consommation est toutefois beaucoup plus marquée au niveau des services institutionnels. Ainsi en 1980, la population de 65 ans et plus mobilisait 60% des ressources pour les soins en établissement de longue durée, 31% de celles encourues dans les centres hospitaliers de courte durée, mais seulement 15% des coûts des soins médicaux ambulatoires (Levasseur, M., 1983).

1.3 Journées d'hospitalisation et taux d'hospitalisation

Quelles que soient les hypothèses de projections démographiques utilisées par Statistique Canada, on sait que la progression des personnes âgées de 65 ans et plus sera très forte, particulièrement les plus de 75 ans, et que les personnes âgées ont toujours requis une part importante de la capacité et du temps des hôpitaux de courte durée physique (voir tableau no. 1)

Tableau no. 1 Journées d'hospitalisation selon le groupe d'âge - limite supérieure, certaines années de la période 1975-2031					
	1975	1986	2001	2016	2031
65 - 74 ans	15,6%	16,2%	15,6%	19,3%	21,6%
75 ans et plus	22,6%	25,5%	30,8%	30,2%	38,6%
TOTAL 65 ans et plus	37,9%	41,7%	46,4%	49,5%	60,2%
Indice de croissance	100	123	153	178	211

Tiré de Lefebvre, L.A. et al, 1979

A la limite supérieure, les journées d'hospitalisation projetées en centre hospitalier de courte durée reposent sur l'hypothèse que les durées de séjour et les taux

d'hospitalisation des personnes âgées sont maintenus au niveau de 1975 de sorte que la variation démographique seule détermine la demande.

En 1975, les personnes âgées ne représentaient que 8,6% de la population canadienne, mais nécessitaient 38% de l'ensemble des journées d'hospitalisation, la projection pour 2016 est de 49,5%.

"Si les taux d'hospitalisation et de séjour de 1975 se maintiennent, tous les lits actuels seront occupés uniquement par des personnes âgées d'ici la deuxième décennie du siècle prochain" (Lefebvre L.A. et al., 1979, page 13)

Au Québec, l'étude de Levasseur M., (1992) a démontré que 49,2% des journées d'hospitalisation en centre hospitalier de courte durée étaient déjà utilisées par les personnes âgées en 1988-89, déclassant ainsi de beaucoup les prévisions canadiennes (voir tableau no. 2).

Cette étude démontre que la population de 65 ans et plus, au Québec, cumulait 40,3% de toutes les journées d'hospitalisation dans les hôpitaux de courte durée en 1981-82, alors qu'elle représentait seulement 8,8% de l'ensemble de la population.

Tableau no. 2 Journée d'hospitalisation dans les centres hospitaliers de soins de courte durée, selon l'âge, Québec 1981-82 et 1988-89					
<u>Population</u>	< 65 ans %	65 ans et + %	65-74 ans %	75 ans et + %	
	1981-82 1988-89	91,2% 89,2%	8,8% 10,5%	5,7% 6,5%	3,1% 4,0%
<u>Jours d'hospitalisation</u>					
	1981-82 1988-89	59,7% 50,8%	40,3% 49,2%	18,0% 18,8%	22,3% 30,3%

Tiré de Levasseur, M. 1992, page 22.

Ce taux est passé à près de 50%, soit 49,2% de l'ensemble des journées d'hospitalisation dans les centres hospitaliers de soins de courte durée en 1988-89, alors que les 65 ans et plus ne représentaient que 10,5% de la population.

Les 75 ans et plus ne comptaient que pour 3,1% de la population en 1981-82, mais totalisaient 22,3% des journées d'hospitalisation dans les unités de courte durée.

En 1988-89, la tendance à la hausse s'est confirmée, les personnes de 75 ans et plus, qui ne représentent que 4% de la population, cumulent à elles seules 30% des journées d'hospitalisation ou 60% de toutes les journées d'hospitalisation des 65 ans et plus (voir tableau no. 2).

Tableau no. 3 Taux d'hospitalisation (1000) dans les unités de courte durée Québec, 1981-82; 1984-85; 1988-89				
	1981-82	1984-85	1988-89	Variation
< 65 ans	110,2	104,7	101,4	-7,9%
65 ans et +	230,7	255,9	267,5	16,0%
65 - 74 ans	205,1	221,0	223,8	9,1%
75 ans et +	278,8	316,1	339,0	21,8%

Tiré de Levasseur, M., 1992, page 8

Le taux d'hospitalisation suit la même tendance que celle observée pour les journées d'hospitalisation (voir tableau no. 3).

L'accroissement entre 1981-82 et 1988-89 est de 16% chez les 65 ans et plus, mais la progression la plus significative est observée chez les 75 ans et plus, alors que le taux d'hospitalisation passe de 278,8 hospitalisations à 339,0 hospitalisations par 1000 habitants soit une augmentation de 21,8% en 7 ans.

Pour la période de 1981-82 à 1988-89, le séjour moyen est passé de 16,0 jours à 14,9 jours, soit une diminution de 6,8% pour les 65 - 74 ans.

Chez les 75 ans et plus, le séjour moyen est passé de 21,2 jours à 20,7 jours, soit une réduction de 2,3% sur une période de 7 ans. La tendance à la baisse observée est

cependant insuffisante pour contrer la progression importante de la population de 65 ans et plus.

1.4 L'institutionnalisation

Camirand F. (1983) établissait qu'en 1980-81, le coût per capita était 6,3 fois plus élevé chez les personnes âgées que chez les 0 - 64 ans au Québec. En comparaison, ce rapport se situe à 3,9 aux États-Unis et à 4,7 en Ontario. Une telle différence serait attribuable aux poids des ressources institutionnelles dans l'ensemble des services dispensés aux personnes de 65 ans et plus. Ainsi, en 1980-81, 6,7% des personnes âgées de 65 ans et plus au Québec étaient hébergées, soit en centre hospitalier de soins de longue durée ou en centre d'accueil d'hébergement. Selon les évaluations les plus récentes, il y aurait entre 7% et 8% des personnes âgées qui vivent de façon permanente dans des établissements d'hébergement au Québec (Mathieu, G., 1988; Lafontaine P., 1988).

Par comparaison, des pays comme le Royaume-Uni (5,09 %), les États-Unis (5,3 %) et l'Australie (5,9 %) enregistrent des taux d'institutionnalisation inférieurs et ce, en dépit de leur population plus vieille (Woods Gordon, 1984; Walker A., 1986).

Notre taux d'hébergement est également plus élevé que nos voisins de l'Ontario. En ne considérant que les centres d'hébergement et de soins de longue durée, on retrouvait

en 1987-88, 53 487 places au Québec comparativement à 71 158 en Ontario, mais si l'on tient compte de la population âgée de 65 ans et plus de chacune des provinces, on obtient un taux de 7,9% pour le Québec et 6,9% pour l'Ontario (Caron L., 1991).

Les ressources de type intermédiaire et de type institutionnel publics et privés conventionnés représentaient en 1991, 53 900 places pour un taux d'institutionnalisation de 7%. (M.S.S.S., 1991)

En considérant l'âge comme indicateur des besoins des personnes hébergées, on constate que l'Ontario a une clientèle plus "lourde" que celle du Québec puisqu'en 1987-88, l'Ontario héberge principalement des personnes âgées de 85 ans et plus (31,2% pour les hommes et 46,6% pour les femmes) alors que le Québec héberge surtout des personnes âgées de 75 à 84 ans (38,3% pour les hommes et 43,6% pour les femmes) Caron L., 1991.

En 1989-90, le gouvernement du Québec consacrait 1 617 000 000 \$ aux personnes âgées. De ce montant, 8,4% est consacré au maintien à domicile et 10% en expertise gériatrique (hôpitaux de jour, unité de courte durée gériatrique et de moyen séjour). L'hébergement de longue durée, excluant les lits de soins prolongés des centres hospitaliers de courte durée, représentait 80,3% de l'ensemble des dépenses soit 1 300 000 000 \$ (M.S.S.S. 1991)

Dans un tel ensemble, les ressources de maintien à domicile et alternatives occupent une part budgétaire très modeste. En 1983-84, les services aux personnes âgées ont occasionné des déboursés de 34 M \$, soit à peine 4,2% du total des dépenses en hébergement institutionnel.

Enfin, Santé et Bien-être social Canada estimait en 1989 qu'aucune province n'affectait plus de 2% des dépenses totales du système de santé au maintien à domicile (Ministère des approvisionnement et services, Canada 1991).

1.5 Coûts futurs des soins de santé et d'hébergement

Le "statu quo" et tendances prévisibles pour le Québec

Au cours des dernières années, plusieurs études (Lefebvre, L.A., 1979; Camirand F., 1983; Watson, 1984) ont évalué l'incidence du vieillissement sur les coûts futurs des soins de santé et des services sociaux. La plupart de ces projections visaient essentiellement à estimer l'impact du seul jeu des forces démographiques sur la croissance future de la demande des services.

Prévision pour le Canada

Statistique Canada estime que le seul vieillissement démographique occasionnera une hausse des coûts d'hospitalisation de 35,9% de 1981 à 2001 et de 86,7% de 1981 à 2031 et ce, en dollars constants (Lefebvre et al., 1979).

Les études de Watson (1984) et Woods Gordon (1984) ont prévu que la seule modification de la structure par âge et sexe ferait croître les coûts des services de santé d'environ 75% d'ici l'an 2021, en dollars constants.

Prévision pour le Québec

En 1989, Mme Thérèse Lavoie-Roux, ministre de la Santé et des Services sociaux, prévoyait un déficit de 5 000 lits dès l'an 2001 pour le seul secteur de l'hébergement et de 22 000 lits à peine 10 ans plus tard. La norme utilisée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (M.S.S.S.) s'appuie sur des taux d'hébergement de 1,3% pour les 65-74 ans et de 10% pour les 75 ans et plus. En 1987, ce taux était de 2,0% pour les 65-74 ans et de 14,4% pour les 75 ans et plus. Si les taux réels étaient maintenus, les déficits projetés seraient de 25 000 lits en 2001 et de 50 000 lits en 2011 (Orientation M.S.S.S., 1989).

Ces prévisions alarmantes et pessimistes ont fait l'objet de nombreuses critiques et mettent en doute les projections basées uniquement sur les données démographiques. Fortin et Fortin (1986) ont mis en évidence divers facteurs liés aux comportements et au processus politique qui pourraient modifier l'évolution à court terme et le niveau à long terme du fardeau fiscal lié au vieillissement.

Les principaux facteurs sont :

- la propension à épargner et investir;
- le taux d'activité spécifique à chaque âge;
- les changements des habitudes de vie;
- l'évaluation des motifs d'hospitalisation et d'institutionnalisation;
- les conditions du logement;
- la rationalisation de certains services;
- la désinstitutionnalisation plus accrue;
- des services diagnostiques et d'interventions externes;
- le développement de certains services gériatriques.

Actuellement, près de 50% des journées d'hospitalisation dans les centres hospitaliers de courte durée sont utilisées par la population de 65 ans et plus. Si à ces coûts nous additionnons ceux de l'hébergement en longue durée et ceux des programmes communautaires et de maintien à domicile, nous pouvons facilement estimer que 60% des

coûts de santé sont consacrés aux personnes âgées au Québec, alors qu'elles ne représentent que 11% de la population.

Les programmes de soins à domicile n'ont pas, de toute évidence, été en mesure de ralentir de façon significative la progression des coûts, malgré leur pertinence réelle.

La solution réside possiblement dans un continuum et une variété de programmes gériatriques, réellement accessibles permettant de répondre aux besoins variés et multiples des personnes âgées.

Pour réduire les coûts de santé, il faut considérer la problématique au-delà du taux d'institutionnalisation, et être également en mesure d'influencer la consommation au niveau des soins courte durée. Faute d'une vision globale et de moyens adéquats, nous ne ferons qu'assister impuissant à une progression des coûts, telle que projetée par Woods Gordon (1984).

1.6 Les programmes gériatriques et le maintien à domicile

"L'évolution démographique trace la voie; elle constitue la tendance lourde de demain qui, en la projetant, nous reproduit l'image d'un nouveau "tiers-monde montant" composé de cas de plus en plus lourds, s'adressant

aux portes de maintien à domicile, en premier ou en dernier recours" (Roy J., 1988)

L'alourdissement de la clientèle âgée vivant à domicile a entraîné une augmentation de la quantité et de la diversité des services requis pour répondre aux besoins de cette clientèle, mais il s'agit là d'un développement récent au Québec.

Déjà en 1972, le Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, précisait l'importance des mesures visant le maintien à domicile des personnes âgées:

"On peut déplorer que la politique de construction d'établissement d'hébergement n'ait pas été accompagnée de programmes de services à domicile qui auraient permis aux personnes âgées de demeurer le plus longtemps possible dans leur milieu naturel... .

Une très grande proportion des personnes âgées vivent dans l'insécurité et n'ont souvent d'autres choix que de demander leur admission en établissement d'hébergement parce que, de façon générale, les services de transport, de repas à domicile, d'aide ménagère et familiale, les services d'un centre de jour, etc..., dont elles peuvent avoir besoin à un moment ou

l'autre, sont à peu près inexistant ou, du moins, nettement insuffisants pour répondre à la demande."

Commission d'enquête, 1972, page 94.

En 1985, le ministère de la Santé et des Services sociaux, dans sa politique à l'égard des personnes âgées "Un nouvel âge à partager", réitérait l'importance du maintien dans le milieu de vie naturel et du développement d'hôpitaux de jour et de centres de jour comme un des moyens pour y parvenir.

"Le ministère de la Santé et des Services sociaux favorise leur développement et compte demander aux C.R.S.S.S. d'en établir les priorités d'implantation dans leur région, l'objectif étant de doter chaque territoire de CLSC d'au moins un centre de jour et d'un hôpital de jour par territoire de D.S.C."

M.S.S.S., 1985, page 46.

Ces orientations rompent avec la tradition de l'hébergement institutionnel et le virage en faveur du maintien à domicile se trouve à nouveau consacré dans la réforme du Ministre Côté (Une réforme axée sur le citoyen, 1990).

Aujourd’hui, selon la Direction des services de longue durée (MSSS, 1990), le ministère de la Santé et des Services sociaux dispose de trois grandes catégories de programmes gériatriques à l’intention des personnes âgées.

Les programmes en établissement

- Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (moyen séjour)
- Unité de soins de courte durée gériatrique (U.C.D.G.)
- Équipe ambulatoire de psychogériatrie

Les programmes de services à domicile

- Services à domicile réguliers
- Services intensifs de maintien à domicile (SIMAD)
- Maintien à domicile des personnes handicapées : Fonds régional
- Soins spécialisés à domicile

Les programmes communautaires

- Programme de soutien aux organismes communautaires
- Centre de jour
- Hôpital de jour
- Hébergement temporaire

1.7 Les services à domicile

La pertinence des services gériatriques qui visent le maintien à domicile ne se pose guère plus aujourd’hui lorsque l’on considère des facteurs tels que les besoins, le bien-être et la satisfaction de la clientèle âgée. Toutefois, l’évaluation même positive de tels programmes n’est pas un garant d’efficacité (Gosselin C., 1986).

En effet, on est loin d’un large consensus lorsque l’on considère les études de coûts et d’impacts concernant l’utilisation des ressources socio-sanitaires et la substitution de service.

Certaines études américaines et canadiennes font état d’économies substantielles lorsque certains soins ou services sont administrés à domicile, plutôt que dispensés dans un centre hospitalier. Kane et al (1988) ont démontré que le coût quotidien de l’antibiothérapie intraveineuse à domicile est de 108 \$, par rapport à 717 \$ lorsqu’administré en centre hospitalier.

D’autres auteurs, tels que O’Donohue et al (1986); Storm et Baumgartner (1987) ont démontré que les services de ventilation mécanique à domicile représentent des économies annuelles très substantielles. La chimiothérapie à domicile, pour le traitement du cancer, représente des économies de 25 000 \$ par patient selon Mahmud et al, (1986).

Townsend et al (1988) ont démontré que les soins à domicile réduisaient les réhospitalisations chez la clientèle ayant déjà été hospitalisée. Nielsen et al (1972) constatent pour leur part une durée d'hospitalisation, dans les hôpitaux de courte durée, significativement moins longue pour la clientèle bénéficiant de soins et services à domicile.

Cette dernière observation n'est pas entièrement partagée par Gerson, L.W. et Hughes O. P. (1976) chez la clientèle chirurgicale. Pour la majorité des cas de chirurgie, les services de soins à domicile ont permis de réduire la durée d'hospitalisation, mais lorsque l'on considère le coût des soins à domicile, aucune économie n'en résulte. Pour certains types de chirurgie orthopédique, gastrique, gynécologique et hernie discale, les services de soins à domicile se sont additionnés aux coûts, car aucune réduction d'hospitalisation n'a été observée.

Plus près de nous, Constandriopoulos A. P. et al (1984) ont constaté que l'implantation du programme de soins à domicile n'a pas permis, du moins à court terme (8 mois) de réduire l'utilisation des autres ressources socio-sanitaires : les services externes et d'urgence, les services ambulatoires et les services hospitaliers (diagnostiques) chez la clientèle de 65 ans et plus.

Pour leur part, Katz S. et al (1972) ont démontré que chez la clientèle très âgée ou les plus sévèrement atteints, les services de soins à domicile ont contribué à accroître l'accès aux hôpitaux, aux services médicaux et professionnels.

Béland F., (1982) souligne que les soins à domicile sont incapables de prévenir l'institutionnalisation et d'influencer positivement l'évolution de la clientèle, car les services sont parcimonieux, spécialisés et à court terme, ainsi qu'une mauvaise sélection de la clientèle.

Enfin, Bélanger L. et Bolduc M. (1991) ont fait des observations similaires. A peine 14 % des personnes recevaient des soins et seulement 25 % bénéficiaient d'aide à domicile avant leur demande d'hébergement ($N = 2846$) de sorte que la pauvreté des services a favorisé l'orientation des personnes vers les ressources institutionnelles.

De plus, cette même étude révèle que les montants consacrés en soins à domicile varient de 716 \$ à 2 080 \$ par personne de 75 ans et plus au Québec. Toutefois, les régions administratives qui dépensent le plus per capita en soins à domicile ont le plus haut taux de dépenses pour l'institutionnalisation, cette observation s'applique particulièrement à l'Abitibi-Témiscamingue, la région de l'Outaouais et la Côte-Nord.

1.8 L'hôpital de jour

Le concept de l'hôpital de jour est né en Russie en 1932 dans le cadre de services externes d'un hôpital psychiatrique. En 1946, deux hôpitaux de jour psychiatriques sont inaugurés, l'un à Londres (Angleterre) et l'autre à Montréal (Canada).

Toutefois, ce n'est qu'en 1958 à Oxford (Angleterre) que l'on assiste à la création du premier hôpital de jour gériatrique. Ceci se traduit par une séparation formelle de l'hôpital général et par l'engagement d'un personnel spécialement attitré.

L'implantation des soins et services de jour s'est alors développé à un rythme très rapide de sorte que l'Angleterre comptait déjà 90 hôpitaux de jour en 1969 et plus de 300 en 1978 (Brocklehurst J.C., 1980).

Aujourd'hui, l'Angleterre compte environ 350 hôpitaux de jour et presque tous les hôpitaux ayant un service de gériatrie exploitent un hôpital de jour.

Si le développement des hôpitaux de jour a été très rapide en Angleterre, il a été beaucoup plus lent dans les autres pays, notamment en Australie, en Nouvelle-Zélande, aux États-Unis et au Canada.

Aux États-Unis, le premier hôpital de jour gériatrique a pris naissance à New-York en 1973 au "Burke Rehabilitation Center" sous la désignation de "Day-Care Center".

Au début des années 1980, plus de 500 étaient en opération (Edward L. et al, 1984). Aux États-Unis le terme "Day-Care Center" inclut les centres de jour tels que nous les connaissons au Québec. Cette distinction a été précisée aux États-Unis par Weissert (1980). Les hôpitaux de jour mettent l'emphase sur les services d'évaluation, de traitement et de réhabilitation à des personnes âgées atteintes de problèmes de fonctionnement organique. Les centres de jour offrent davantage des services sociaux et de support (États-Unis).

Au Canada, le premier hôpital de jour gériatrique est né au "Winnipeg Municipal Hospital" en 1961 au Manitoba (Fisher R.H., 1981). Au Québec, le premier hôpital de jour à dispenser des services gériatriques est l'hôpital "Maimonides" de Montréal, également au début des années 1970. Toutefois, la plupart se sont développés au milieu, voire à la fin des années 1980, dans le cadre des mesures de désengorgement des urgences avec l'objectif de contribuer au maintien à domicile des personnes âgées. En 1992, on comptait 23 établissements au Québec.

Qu'il s'agisse de l'Angleterre, des États-Unis ou du Canada, le développement des hôpitaux de jour s'inscrit dans le contexte de la désinstitutionnalisation des soins et services à long

terme et à contrer les difficultés du réseau institutionnel et hospitalier à répondre adéquatement aux besoins et attentes des personnes âgées.

L'hôpital de jour s'inscrit dans un continuum de soins entre les soins à domicile et les visites ambulatoires comme besoins minimum et l'institutionnalisation comme besoins maximum (Weissert, 1978).

1.8.1 Hôpital de jour : orientations de 1986, M.S.S.S.

L'hôpital de jour est un service dans un centre hospitalier recevant en externe des personnes âgées qui, en raison de leur multidysfonctionnalités physiques associées à des troubles psycho-sociaux, requièrent des soins médicaux, infirmiers et de réadaptation qu'elles ne pourraient recevoir ailleurs sans être hospitalisées.

L'hôpital de jour fait partie intégrante du réseau de soins et de services pour le maintien dans le milieu de vie naturel; il utilise l'approche globale de la personne par une prise en charge multidisciplinaire (Hôpital de jour, orientations, 1986).

1.8.2 Objectif général

L'hôpital de jour a comme objectif de maintenir la personne âgée dans son milieu de vie naturel dans des conditions adéquates et acceptables en traitant les

problèmes bio-psycho-sociaux sur une base externe et en utilisant toutes les ressources hospitalières nécessaires pour son évaluation, son diagnostic et son traitement (Hôpital de jour, orientations, 1986).

1.8.3 Objectifs spécifiques

- 1- Évaluer l'individu afin de poser un diagnostic précis;
- 2- Traiter la personne en tenant compte du plan d'intervention;
- 3- Stabiliser l'état de santé physique et mental par une réadaptation intensive au moment de la phase active de déstabilisation;
- 4- Assurer le suivi après le traitement en concertation avec les autres ressources du réseau;
- 5- Assurer la famille du support constant de l'équipe multidisciplinaire durant la phase de traitement;
- 6- Réévaluer immédiatement un bénéficiaire en cas de besoin, lorsque la famille, une personne significative, le médecin traitant ou l'organisme par qui il a été référé le demande;
- 7- Dans un centre hospitalier universitaire, l'hôpital de jour doit être un milieu de recherche et de formation;
- 8- Dans les centres hospitaliers de longue durée, l'hôpital de jour peut offrir des services à plus long terme afin de renforcer et maintenir

le réseau du support permettant au bénéficiaire de demeurer dans sa communauté.

(Hôpital de jour, orientations, 1986)

1.8.4 Clientèle-cible

La clientèle-cible est composée de personnes âgées malades qui ont besoin d'évaluation diagnostique, de soins et de traitements tant médicaux qu'infirmiers et d'un programme de réadaptation fonctionnel adéquat.

1.8.5 Coût/efficacité des hôpitaux de jour

Bien que les hôpitaux de jour soient en opération depuis plus de 25 ans, le nombre d'études et de publications est fort restreint comparativement aux soins à domicile.

Les études descriptives ont examiné principalement des sujets tels que la philosophie et les objectifs des hôpitaux de jour, la clientèle et les données démographiques, les diagnostics, les services offerts et les plans d'intervention, les ressources humaines et les coûts d'exploitation. (Cosin L., 1954; Martin, A. et Millard, P.H., 1976; Farguhar, 1981; Fisher, 1981; Cape, 1982; Pablo, 1982; Jackson, 1983 et Kaban, 1984, Brocklehurst, J.C., 1964, 1973, 1980)

Les études sommatives de résultats visent particulièrement à évaluer l'efficacité des programmes et les services de réadaptation dispensés par les hôpitaux de jour. Ces publications n'ont pas en général suscité beaucoup de controverses, si l'on se réfère à l'atteinte des objectifs sur les plans thérapeutiques et cliniques. (Eagle J.D., 1991, Dudgeon, Tremblay S., 1992, Flathman, David P., 1976, Wan T.H. et al, 1980, MacFarlane J.P.R. et al 1979). Précisons que l'hôpital de jour utilise, en général, les mêmes ressources médicales, professionnelles, de réadaptation et techniques que l'hôpital général et questionner son efficacité, c'est questionner en partie le système actuel, à moins bien sûr que ce soit le niveau, l'intensité ou l'adéquation des services de l'hôpital de jour qui soient mises en cause. Ces questions orientent le débat vers le coût/bénéfices des services dispensés par l'hôpital de jour.

L'objectif de l'hôpital de jour étant de préserver ou d'augmenter les capacités fonctionnelles des clients et d'éviter l'utilisation inappropriée des autres services dont l'hospitalisation ou d'en diminuer la durée et ce, sans qu'il soit nécessaire d'hospitaliser le client 24 heures par jour. Cela a conduit quelques intervenants, dont Woodford-Williams (1962), à soutenir que les services offerts par l'hôpital de jour étaient moins dispendieux que ceux dispensés par les centres hospitaliers.

Toutefois, les études qui rencontrent les critères scientifiques rigoureux sont très peu nombreuses et une seule a démontré que les services offerts par l'hôpital de jour étaient moins dispendieux que l'hospitalisation.

L'étude de Woodford-Williams et al (1962) révèle que les coûts de l'hôpital de jour sont d'au moins 50% moindre que ceux prévus pour l'hébergement. Précisons que seuls la secrétaire et l'ergothérapeute étaient rémunérés, alors que les trois autres ressources étaient des volontaires. De plus, seuls les coûts directs ont été considérés.

Presque deux décades plus tard, Weissert et al (1980) ont constaté aucune différence statistiquement significative entre le groupe expérimental et le groupe témoin pour l'amélioration des capacités physiques, l'institutionnalisation ou les décès. Toutefois le coût moyen a été de 6 501 \$ pour les clients de l'hôpital de jour contre 3 809 \$ pour le groupe contrôle.

Weissert ne remet pas en cause les hôpitaux de jour, mais considère que les soins de jour viennent tout simplement s'additionner aux services institutionnels, entraînant par le fait même une augmentation des coûts. En conséquence, il recommande que les services à domicile et de jour ne soient réservés qu'aux personnes présentant un risque élevé d'institutionnalisation.

Tucker, M.A. et al (1984) ont pour leur part observé que les clients du groupe expérimental avaient amélioré leurs capacités fonctionnelles de façon légèrement supérieure à ceux du groupe contrôle. De plus, les clients du groupe expérimental n'ont été hospitalisés que 8 jours en moyenne, comparativement à 16 jours pour le groupe contrôle. Malgré cet écart considérable, le coût moyen a été de 2 083 \$ pour le groupe contrôle et de 3 052 \$ pour les clients de l'hôpital de jour, principalement à cause de la faiblesse du taux d'occupation et de la performance globale.

L'étude de Cumming, V. et al (1985) corrobore les observations de Weissert (1980) et de Tucker (1984). Cumming constate que le niveau de réhabilitation est identique pour les deux groupes, mais le coût moyen a été de 14 082 \$ pour le groupe contrôle et de 16 966 \$ pour les clients de l'hôpital de jour, principalement à cause du taux d'occupation. Un taux d'occupation de 90% aurait reflété une légère économie en faveur de l'hôpital de jour.

Enfin, l'étude de Skellie et al (1982) est intéressante car ils ont évalué globalement le "coût-efficacité" (cost-effectiveness) d'un ensemble de services communautaires soit : les services en pavillon, de l'hôpital de jour, l'aide et les soins à domicile, incluant des services spécialisés en réadaptation, comparativement

au "coût-efficacité" de l'hébergement (Nursing home care) et de l'aide à domicile, sans aucun service spécialisé.

Malgré la grande particularité de l'étude, soit l'analyse d'impact d'un regroupement de services, les résultats de Skellie confirment les observations et les conclusions de Weissert (1980).

En effet, Skellie n'observe pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes pour la mobilité, l'autonomie pour la marche, les activités de la vie quotidienne et le bien-être physique et mental.

Par contre, le taux de mortalité s'est révélé plus élevé chez le groupe contrôle, 21%, comparativement à 13% pour le groupe expérimental. Les coûts se sont avérés plus importants chez le groupe expérimental, soit une moyenne de 90 \$ de plus par mois par personne.

Toutefois, parmi le sous-groupe des clients à risque d'hébergement (N = 93) pour le groupe expérimental et (N = 31) pour le groupe contrôle, les résultats sont fort différents.

Chez le groupe expérimental, la durée de l'hébergement a été beaucoup moins longue, soit 63 jours comparativement à 97 jours pour le groupe témoin.

Le groupe expérimental présente également un taux de survie supérieur et des coûts pour les services de santé de près de 10% inférieurs.

1.9 Objet de l'étude et pertinence

La grande majorité des auteurs font une association positive entre l'utilisation adéquate des soins à domicile, les services de l'hôpital de jour et l'amélioration ou le maintien de l'autonomie des personnes âgées et constatent un effet positif sur le taux de mortalité, le bien-être physique et mental et la qualité de la vie.

Plusieurs de ces auteurs ont également observé une réduction de la durée de séjour en hébergement, ainsi qu'une différence parfois significative de la fréquence d'hospitalisation en centre hospitalier de courte durée.

À l'inverse, plusieurs ont soulevé l'inadéquation ou l'insuffisance des ressources et ses effets négatifs, ainsi que l'importance de bien sélectionner les clientèles-cibles.

Ce constat conduit au concept de la substitution des soins et services soulevé par quelques auteurs, dont Weissert (1980), pour qui le coût des services de l'hôpital de jour et à domicile risque tout simplement de s'additionner aux coûts des services déjà existants. Pour une réelle substitution, les nouveaux services offerts doivent être en mesure de réduire la demande auprès des établissements de soins de courte durée et de longue durée, donc un système plus efficient.

L'ensemble des coûts peuvent augmenter ou rester stable, selon l'accroissement de la clientèle âgée, mais le coût total par client ou per capita doit diminuer. C'est précisément ce que la présente étude compte évaluer.

Cette étude s'inscrit donc en partie dans le prolongement de celle de Skellie et al (1982) qui ont évalué l'efficience d'une combinaison de services communautaires, dont l'hôpital de jour, aux États-Unis, mais dans un environnement de financement et d'accessibilité des services médicaux très différents.

Dans un contexte de rareté de ressources, la spécificité de cette étude au Québec revêt un caractère nouveau et plein d'intérêts.

De type descriptif et quantitatif, l'objet premier de l'étude est d'évaluer si le développement et l'implantation de nouveaux programmes gériatriques visant le maintien

à domicile au Québec tels que : hôpitaux de jour, les soins à domicile, programme de gériatrie active, les centres de jour, etc., ont conduit, chez la clientèle de 65 ans et plus, à une substitution de service dans les centres hospitaliers de soins de courte et de longue durée.

Notre étude compte donc mesurer la rentabilité économique d'un ensemble de programmes gériatriques visant le maintien à domicile. Il s'agit d'une analyse coût/efficacité (cost-effectiveness) afin de vérifier la capacité réelle de ces programmes à réduire l'utilisation des ressources institutionnelles, donc de réduire les coûts, per capita, des services de santé chez la clientèle de 65 ans et plus.

De plus, tel que précisé précédemment, un chapitre sera consacré à la description de la clientèle et des services offerts par ces trois hôpitaux de jour.

Enfin, l'étude ne vise pas à déterminer dans quelle mesure les services gériatriques disponibles ont été en mesure de répondre aux attentes, aux besoins et au bien-être de la clientèle âgée (efficacité). L'étude ne vise pas non plus à évaluer l'impact sur le niveau de consommation de d'autres services tels que les services ambulatoires, les services diagnostiques et les services médicaux spécialisés.

1.10 Objectifs spécifiques

Le premier objectif est de montrer que l'implantation d'un service gériatrique tel que l'hôpital de jour, lorsqu'il est combiné à une gamme variée de services visant le maintien à domicile, peut influencer à la baisse le taux d'hospitalisation et la durée de séjour dans les établissements de courte durée chez la clientèle âgée de 65 ans et plus.

Le deuxième objectif est de mesurer l'impact de ces mêmes programmes gériatriques sur le taux d'insititutionnalisation dans les établissements de soins de longue durée ainsi que la variation des listes d'attente.

Le troisième objectif est d'évaluer les économies potentielles dégagées suite à l'implantation de ces programmes gériatriques.

Enfin, le dernier objectif est d'identifier de façon descriptive la clientèle desservie par les trois hôpitaux de jour, les services offerts et la place de l'hôpital de jour dans le continuum des services gériatriques.

Les précisions concernant les aspects méthodologiques, la collecte et l'analyse des informations sont présentées dans le chapitre suivant.

CHAPITRE II

MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre présente les divers aspects méthodologiques retenus lors de la réalisation de cette étude, la clientèle visée et desservie, les programmes gériatriques et la substitution de services dans les établissements de longue durée et les unités de soins de courte durée, les principales variables retenues et la stratégie d'analyse, limite de l'étude et généralisation des résultats.

De façon plus spécifique, le présent chapitre précise les différents indicateurs qui seront utilisés pour mesurer la variation de la demande pour les services socio-sanitaires chez la clientèle de 65 ans et plus pour quatre zones de CLSC du Québec.

La consommation évaluée est l'hébergement en institution de longue durée, d'une part, et les journées d'hospitalisation en soins de courte durée, d'autre part et ce, en fonction de la diversité et du niveau de financement, per capita, des programmes gériatriques disponibles pour la clientèle âgée.

Pour réaliser cet objectif, on évaluera en deux temps, sur une période de 5 ans, soit les années financières 1987-88 et 1991-92, la variation de la demande chez la clientèle de

65 ans et plus en services institutionnels dans trois zones de CLSC où s'est implanté en début de période, un hôpital de jour, soit à St-Jean-sur-Richelieu, à Trois-Rivières et à St-Hyacinthe. On procédera à la même analyse dans une zone de CLSC où il n'y a pas d'hôpital de jour et qui ne compte que 2 programmes gériatriques visant le maintien à domicile, soit Val-d'Or.

On utilisera comme indicateur de substitution de service le taux d'hospitalisation, la durée de séjour et le taux de journées d'hospitalisation pour les unités de soins de courte durée et le taux d'institutionnalisation et les listes d'attente pour les établissements de soins de longue durée et d'hébergement.

Pour évaluer les besoins d'hébergement de la clientèle de 65 ans et plus, ainsi que pour mesurer l'écart entre l'offre et la demande, l'on a retenu la norme "Desy" qui prévoit: 0,938 lits pour les 18-64 ans; 12,826 lits pour les 65-74 ans et 98,136 lits pour les 75 ans et plus par 1000 de population.

Précisons également que l'on peut difficilement évaluer l'impact ou l'efficience des programmes gériatriques sur la demande d'hébergement en longue durée sans considérer simultanément ses effets sur la consommation des services et des soins dans les unités de courte durée par la clientèle de 65 ans et plus.

En effet, une réduction artificielle du taux d'institutionnalisation, compte tenu des places d'hébergement disponibles, conduit à un gonflement des listes d'attente pour l'hébergement et éventuellement à une progression de la durée de séjour dans les unités de soins de courte durée.

Pour qu'il y ait réduction des coûts, il faut s'attendre à une substitution réelle des services institutionnels généralement plus coûteux à des services non institutionnels.

La diminution du nombre de bénéficiaires hospitalisés et en attente de placement, la réduction des admissions en centres hospitaliers et en centres d'accueil d'hébergement, la réduction des durées de séjour dans ces établissements représentent des indicateurs privilégiés pour mesurer le phénomène de substitution.

De plus, plutôt que de s'en tenir à l'évaluation d'une seule ressource et dont la portée risque d'être limitée, on a évalué les coûts et l'impact de l'hôpital de jour en ajout aux autres programmes visant le maintien à domicile. Cette stratégie de recherche permet de considérer ces ressources comme des éléments d'un système plus vaste et interrelié.

Enfin, pour cerner l'influence des programmes de l'hôpital de jour, un chapitre est consacré à son fonctionnement et aux différents diagnostics et problématiques qui caractérisent sa clientèle.

2.1 L'évaluation de programmes et les devis de recherche utilisés

Pineault et Daveluy (1986) distinguent trois types d'évaluation de programmes, soit l'évaluation structurelle, l'évaluation des processus et l'évaluation des effets.

L'évaluation de la structure pose des questions relativement à la quantité, la qualité et l'agencement des ressources humaines, physiques et financières du programme. L'évaluation du processus se rapporte aux services prodigués et utilisés dans le cadre du programme. L'évaluation des effets porte sur les résultats spécifiques obtenus en regard des objectifs pré-établis ou encore sur les conséquences ou l'impact du programme.

Pour l'évaluation économique, Rheault (1991) en identifie trois types : l'évaluation de la productivité, soit la relation entre les services produits et les ressources mobilitées; l'évaluation de l'efficacité, soit la relation entre les services produits et les effets; et l'évaluation du rendement ou de l'efficience, soit la relation entre les effets, résultats et conséquences et les ressources investies. L'évaluation de l'efficience utilise les analyses coût-efficacité, coût-avantage et coût-utilité.

Les recensions existantes des écrits sont la source première d'information, Grandmaison A. et Gosselin C. (1986) et Trahan L. (1989) ont recensé et analysé un grand nombre de projets concernant les soins et les services à domicile. Cependant, on a retenu

que ceux qui poursuivaient comme objectif celui de réduire l'hébergement et/ou les services hospitaliers. A ces études s'ajoutent les projets qui coordonnent et contrôlent l'accès aux ressources communautaires, ainsi que l'utilisation des services hospitaliers et des ressources d'hébergement (Access, Alternative health services, CLTC, Home care project, OPEN, CCOL et On Lek). S'ajoute également les études de Tucker M.A. (1984) et de Skellie F.A. (1982) qui ont évalué l'impact de l'hôpital de jour, associé à un ou plusieurs programmes communautaires, sur l'utilisation des ressources institutionnelles.

Parmi les onze auteurs qui ont analysé l'impact des services gériatriques visant le maintien à domicile sur l'admission en établissement d'hébergement et/ou de courte durée, cinq d'entre eux ont utilisé un modèle expérimental avec répartition au hasard des sujets expérimentaux et de contrôles. Il s'agit de Nielson et al (1972), Katz et al (1972), Weissert et al (1980), Tucker et al (1984) et Skellie et al (1982). Quatre ont utilisé un modèle quasi-expérimental, Hugues et al (1984), Davis (1980), Béland F. (1982) et Jetté (1983).

Pour leur part, Kraus et Armstrong (1977) ont utilisé un devis avant/après sans groupe contrôle. Contandriopoulos et al (1976) ont également utilisé un devis avant/après, mais comparent l'ensemble des utilisateurs sur un territoire donné au temps I avec l'ensemble des utilisateurs au temps II (8 mois après). De ces onze études, seulement trois

ont évalué l'impact sur l'hébergement et l'hospitalisation, soit Katz, Weissert et Hughes et seulement deux ont considéré les coûts, Weissert et Davies.

Les résultats varient d'une étude à l'autre, car les groupes comparés sont parfois fort différents. Weissert, Béland et Skellie comparent des personnes vivant dans leur milieu naturel et qui recevaient des services à domicile à celles qui n'en recevaient pas. Davies et Challis ont comparé des personnes qui recevaient des services conventionnels à celles qui recevaient des services novateurs; le groupe expérimental de Katz était composé de personnes qui avaient reçu leur congé d'un centre hospitalier de soins de courte durée, celui de Nielsen sortait d'une unité gériatrique de réadaptation.

La taille des échantillons se situe pour la majorité entre 100 et 200 personnes. Seuls Davies et Challis ont étudié des groupes plus faibles, soit 35 personnes. La période d'observation varie considérablement. Elle est au minimum de 6 mois chez un auteur (Béland) et de 5 ans chez un autre (Jetté). La moyenne est d'environ un (1) an.

Pour les projets qui coordonnent et contrôlent l'accès aux ressources socio-sanitaires, tous américains, quatre ont été évalués avec un devis expérimental et cinq avec un devis quasi-expérimental avec formation de groupes comparatif. La taille des échantillons varie de 280 à 1400 personnes et la période d'observation est en moyenne de 2 ans.

Parmi ces projets, ON LOK (San-Francisco - Californie) et TRIAGE (Central Connecticut) sont les deux seuls à intégrer la gamme complète des services soit :

- 1- Les soins aigus ou actifs dispensés par les centres hospitaliers de courte durée;
- 2- Les services et soins fournis par les centres hospitaliers de soins de longue durée et par les centres d'accueil d'hébergement;
- 3- Les soins et services offerts à domicile;
- 4- Les services communautaires dispensés à l'extérieur du domicile, (transport, centre de jour, hôpital de jour, etc.).

Le projet ACCESS (New-York) exclut les services dispensés dans les centres hospitaliers de courte durée, alors que les autres projets restreignent la coordination aux services dispensés à domicile et dans la communauté.

Au Québec, seuls les services et soins dispensés par les centres hospitaliers de longue durée (CHSLD), par les centres d'accueil d'hébergement et les pavillons publics et privés conventionnés, ainsi que les soins et les services offerts à domicile sont coordonnés et à accès contrôlés. Les soins et les services dans les centres hospitaliers de courte durée et les services communautaires échappent à cette coordination.

La question de la réduction des coûts est au cœur de l'évaluation des systèmes de coordination. Sept des neuf projets ont procédé à l'évaluation des coûts/efficacité dans leur programme respectif. Seulement trois projets rapportent des réductions de coûts (OPEN, Nursing home without Walls et ON LOK) alors que les quatre autres ne rapportent aucune économie ou une augmentation des coûts des services dispensés (Triage, CCO, Access, Alternative health Services).

Il faut toutefois émettre des réserves quant aux possibilités de comparaison de ces projets. De grandes différences subsistent entre les projets eux-mêmes et les méthodes de calcul des coûts.

De plus, Triage et Access ont rendu les services à domicile plus accessibles. Les clientèles de OPEN ont bénéficié d'une gamme de services plus diversifiés et les clientèles de ON LOK ont bénéficié d'une plus grande variété de services dispensés par les organismes communautaires.

2.2 Devis de recherche retenu

L'étude expérimentale randomisée permet d'évaluer avec beaucoup plus de certitude la relation de cause à effets d'un programme parmi les deux groupes et de mieux contrôler l'ensemble des variables indépendantes et dépendantes.

Malheureusement, l'étude expérimentale randomisée n'est pas réalisable dans le cadre de cette étude pour les motifs suivants :

- 1- Il n'était pas possible de constituer deux groupes identiques en terme de caractéristique socio-démographique d'une centaine de personnes de 65 ans et plus et nécessitant des soins et services gériatriques pour une période de deux ans et plus.
- 2- La constitution de deux groupes dont l'un aurait bénéficié exclusivement des services gériatriques de l'hôpital de jour ou d'une même combinaison de services communautaires, alors que le second utiliserait les services normalement disponibles et différents, pose de sérieux problèmes d'éthique et de participation des médecins traitants.
- 3- Priver une clientèle d'un service disponible contrevient à la loi des services de santé et des services sociaux.
- 4- Une telle étude exige des ressources humaines et financières qui ne sont pas disponibles.

Après avoir écarté l'étude expérimentale randomisée, l'on a évalué la possibilité d'utiliser l'étude expérimentale non randomisée avec un groupe témoin dont la ressemblance serait le plus près possible des sujets à l'étude.

Un tel regroupement d'équivalence en terme de caractéristiques socio-démographiques, de statut fonctionnel n'est guère plus accessible.

Suite aux observations ci-haut précisées, l'on a opté pour une méthode pré-expérimentale de type longitudinale avec groupe statique de comparaison.

Le devis utilisé peut être exprimé de la façon suivante :

0_1	X	0_2
<hr/>		
		0_3

X : représente les programmes gériatriques, incluant l'hôpital de jour

0_1 : représente l'observation "pré-test" : temps I de la population à l'étude;

0_2 : représente l'observation "post-test" : temps II de la population à l'étude.

0_3 et 0_4 : représente l'observation "pre-test - post-test" du groupe statique de comparaison ou groupe témoin.

Notre groupe de comparaison n'est pas un groupe équivalent mais possède des caractéristiques sociales et démographiques similaires, de sorte que l'on peut raisonnablement attribuer aux programmes gériatriques évalués, les résultats observés sous réserve de l'influence des variables concomittantes. De plus, l'influence de plusieurs variables concomittantes et des événements historiques s'applique aux deux groupes au cours de la période d'évaluation.

Enfin, un devis transversal sans groupe témoin est utilisé pour l'étude de la clientèle des hôpitaux de jour avec analyse univariée.

Notre étude tend à mesurer la rentabilité économique d'un ensemble de programmes gériatriques visant le maintien à domicile. Il s'agit donc d'une analyse coût/efficacité réelle (cost-effectiveness), afin de mesurer les effets de ces programmes (efficience) en terme de réduction du taux d'institutionnalisation et des journées d'hospitalisation en courte durée chez la clientèle de 65 ans et plus.

Pour l'analyse coût/efficacité et des effets de nos programmes gériatriques, l'on a retenu six indicateurs et ils représentent nos variables dépendantes.

Indicateurs de mesure (variables dépendantes)

Institutionnalisation :

- le taux d'institutionnalisation
- les listes d'attente, hébergement longue durée;
- la norme "Desy".

Hospitalisation unité de courte durée :

- le taux d'hospitalisation;
- la durée de séjour;
- les journées d'hospitalisation.

Les services gériatriques considérés sont les suivants : (variables indépendantes)

- l'hôpital de jour;
- les centres de jour;
- les soins et l'aide à domicile;
- les unités de courte durée gériatrique (UCDG);
- les unités de moyen séjour;
- l'hébergement temporaire.

Population visée (variables indépendantes)

- personnes âgées de 65 à 74 ans
- personnes âgées de 75 ans et plus.

Zones à l'étude (territoire de concentration)

- Trois-Rivières;
- St-Hyacinthe;
- St-Jean-sur-Richelieu

Zone comparée (territoire de concentration)

- Val-d'Or : groupe témoin.

Nous avons retenu cette zone car elle ne possède que deux programmes gériatriques, soit les soins et l'aide à domicile et un programme communautaire : centre de jour et ne bénéficie pas des services d'un hôpital de jour.

Un territoire de concentration représente la zone géographique de desserte par un ensemble de ressources socio-sanitaires. Sauf exception, un tel territoire comprend plusieurs zones de CLSC.

Période visée

- 1987-1988 à 1991-1992

2.3 Description des volets de l'étude

Dans un premier temps, l'évaluation porte sur trois hôpitaux de jour et quelques éléments de structure, tels que les ressources humaines et les ressources financières. Toutefois, ce premier volet vise particulièrement à décrire la clientèle desservie et les services utilisés. Le second volet évalue et quantifie l'ensemble des programmes gériatriques de quatre territoires de concentration, dont trois bénéficient des services de l'hôpital de jour afin de mesurer sur une période de cinq ans, soit de 1987-88 à 1991-92 inclusivement, la variation de la demande pour l'hébergement chez la clientèle de 65 ans et plus. Le dernier volet mesure l'impact de ces mêmes programmes gériatriques en terme de substitution de service sur une période de cinq ans, dans les unités de courte durée, chez la clientèle de 65 ans à 74 ans et 75 ans et plus. Cette dernière évaluation vise quatre centres hospitaliers et cinq zones de CLSC des quatre territoires de concentration plus haut précisés.

2.4 Les hôpitaux de jour à l'étude

Les trois établissements qui ont accepté de participer à la présente étude sont les hôpitaux de jour du Centre hospitalier Cooke de Trois-Rivières, du Centre hospitalier Hôtel-Dieu de St-Hyacinthe et de l'Hôpital du Haut-Richelieu de St-Jean et les principales zones de CLSC desservies par ces derniers sont les suivantes :

Clientèle

<u>Hôpitaux de jour</u>	<u>Zones de CLSC visées</u>
1- C.H. Cooke Trois-Rivières	- Du Rivage - Les Forges
2- Hôtel-Dieu St-Hyacinthe	- Maskoutins - Vallée des Patriotes - La Chenaie
3- C.H. du Haut-Richelieu St-Jean	- Vallée des Forts - Richelieu - Jardin du Québec

Le choix des hôpitaux de jour

Le choix des hôpitaux de jour sélectionnés repose sur trois critères :

- L'implantation de l'hôpital de jour devait correspondre à la première des cinq années visée par l'étude, soit 1987-88 ou le plus près possible;
- L'hôpital de jour ne devait pas être situé dans une très large agglomération urbaine afin de bien circonscrire la clientèle desservie, mais également l'ensemble des autres programmes gériatriques et de maintien à domicile utilisés par la population de 65 ans et plus de ce territoire;
- Les zones de CLSC desservies par l'hôpital de jour devait, idéalement, ne compter qu'un seul centre hospitalier de soins de courte durée, deux au maximum.

Dans une ville comme Montréal ou Québec, un centre hospitalier de courte durée n'a pas de frontière naturelle, ce qui rend plus difficile l'utilisation d'indicateurs tels que: taux d'hospitalisation et durée de séjour de la clientèle âgée d'un territoire visé, à moins bien sûr d'analyser tous les centres hospitaliers de soins de courte durée de ce territoire "élargi" en fonction d'une zone de CLSC précise.

2.5 La population à l'étude

Pour l'étude de la clientèle desservie par les trois hôpitaux de jour, on a considéré les données socio-démographiques et les données médicales.

Le premier niveau d'analyse concerne toute la clientèle qui fréquente l'hôpital de jour de l'hôpital du Haut-Richelieu de St-Jean, du Centre hospitalier Cooke de Trois-Rivières et de Centre hospitalier Hôtel-Dieu de St-Hyacinthe, afin de dégager un portrait type de la clientèle et faire ressortir les points convergents et divergents. L'ensemble des données se rapporte à l'année 1991-92.

Le deuxième niveau d'analyse vise à préciser la nature des problèmes médicaux et les déficits fonctionnels de la clientèle, ainsi que les services reçus. Cette dernière analyse n'inclut qu'une partie des personnes qui fréquentent nos trois hôpitaux de jour, soit celles âgées de 65 à 74 ans.

Mode de sélection des sujets et sources d'information

Au total, trois groupes de 30 personnes forment notre population cible et l'échantillonnage s'est effectué en deux étapes. La première étape a consisté à dresser la liste des personnes de 65 à 74 ans inclusivement. Cette strate d'âge regroupe 211

personnes, soit 69 personnes à St-Jean, 48 à Trois-Rivières et 94 à St-Hyacinthe. Cette première étape s'est réalisée avec l'aide du personnel des trois hôpitaux de jour. La seconde est l'échantillonnage aléatoire de 30 personnes pour chaque hôpital de jour.

Considérant que chaque individu sélectionné devait accorder son consentement, car une partie importante des informations sont tirées de leur dossier médical, le résultat net est de 83 personnes, soit 30 personnes à St-Jean, 24 à Trois-Rivières et 29 à St-Hyacinthe. Malgré que le nombre de sujets ne soit pas très important, l'échantillonnage représente 39,3% de la population cible visée, et s'avère donc représentatif. Par établissement, le taux de participation est le suivant : 43,5% à St-Jean, 50,0% à Trois-Rivières et 30,8% à St-Hyacinthe.

On a étudié la clientèle âgée de 65 à 74 ans, car cette strate d'âge est la plus représentative, en terme de nombre, de la clientèle des hôpitaux de jour participants, sauf à St-Jean où les 70-74 ans et les 75-79 ans étaient les plus nombreux.

La deuxième raison de ce choix est dictée par le temps et les ressources disponibles. L'étude de toutes les strates d'âges aurait nécessité un échantillonnage beaucoup plus important.

L'analyse des dossiers médicaux, après autorisation écrite des bénéficiaires, a été réalisée par deux (2) archivistes médicales et un neuropsychologue et les informations suivantes ont été tirées :

- l'âge;
- le sexe;
- le diagnostic principal;
- les diagnostics secondaires;
- les services reçus;
- les intervenants au dossier;

Les informations concernant l'ensemble de la clientèle qui a utilisé les services de l'hôpital de jour en 1991-92 proviennent des registres et autres documents produits par les établissements participants.

Évaluation des éléments de structure

L'évaluation des éléments de structure représente une donnée moins pertinente à notre étude. Toutefois, afin de comparer la composition des équipes, les coûts d'exploitation, ainsi que les modalités d'imputation des coûts, l'évaluation des ressources humaines et financières représentait un intérêt certain.

De plus, plusieurs auteurs (Tucker, 1984; Cumming, 1985) ont souligné les coûts élevés des services de l'hôpital de jour, notamment à cause d'un taux d'occupation et d'une performance globale trop faible. Ces observations nous ont incités à analyser certains éléments de structure de ces trois hôpitaux de jour.

2.6 Les ressources d'hébergement institutionnels

Dans cette étude, les établissements considérés comme ressources d'hébergement institutionnels sont les centres d'accueil d'hébergement (CAH) publics et conventionnés, les pavillons et les centres hospitaliers de longue durée (CHSLD), incluant les unités de soins de longue durée des hôpitaux généraux (CHSCD). Les familles d'accueil sont considérées comme des ressources légères et assimilées au milieu de vie naturel ou s'y rapprochant le plus possible.

L'on n'a pas considéré les centres d'hébergement et les résidences pour personnes âgées privées non conventionnées pour les motifs suivants :

- Une seule Régie régionale sur les trois concernées possède un inventaire de ce type de ressources sur son territoire;

- Les personnes âgées qui y sont admises ne sont pas référencées par le Comité régional d'orientation et d'admission (COA) suite à une évaluation bio-psycho-sociale complète de la personne à l'aide d'une grille unique et standardisée et connue sous le nom de C.T.M.S.P. "Classification par type en milieu de soins prolongés".

- Les centres d'accueil et résidences privées accueillent en partie, voire en totalité dans certains cas, des personnes âgées autonomes qui choisissent ce mode de résidence pour de multiples raisons, dont l'encadrement et la sécurité.

De plus, pour évaluer les besoins d'hébergement de la clientèle de 65 ans et plus, l'on a retenu la norme "Desy" qui prévoit l'utilisation de cette norme présente l'avantage d'évaluer les besoins de façon uniforme et de déterminer si un territoire est en pénurie ou en excédent de ressources d'hébergement et ce, en fonction de la demande.

L'offre est donc le nombre de lits prévu selon la norme "Desy" et la demande est égale au nombre de lits réels auquel s'ajoute les clients de la liste d'attente référencés par le COA.

Source de données

La liste des établissements d'hébergement publics et privés conventionnés par catégories, incluant le nombre de lits au permis ainsi que les listes d'attente, provient des régies régionales concernées soit de la Montérégie, de la Mauricie-Bois-Francs et de l'Abitibi-Témiscamingue.

2.7 Les programmes gériatriques de maintien à domicile

Tous les programmes gériatriques de maintien à domicile ou qui y contribuent sont considérés dans le cadre de cette étude.

1- Les programmes en établissement :

- Les unités de réadaptation fonctionnelle intensive (moyen séjour);
- Les unités de courte durée gériatrique (UCDG)

2- Les programmes de services à domicile :

- Les services à domicile réguliers;
- Les services intensifs de maintien à domicile (SIMAD);
- Les soins spécialisés à domicile (physiothérapie, ergothérapie, inhalothérapie, etc.)

3- Les programmes communautaires :

- Les centres de jour;
- L'hôpital de jour;
- L'hébergement temporaire.

Le Fonds régional pour personnes handicapées n'a pas été considéré car ce programme s'adresse à toutes les catégories d'âge de la population. N'a pas été retenu également le programme de soutien aux organismes communautaires, car la ventilation des dépenses régionales ne permet pas de préciser les montants d'argent spécifiquement utilisés pour le maintien à domicile comparativement à ceux utilisés pour les activités sociales, culturelles ou communautaires.

Source des données

Les informations relatives à la catégorie et au nombre de programmes gériatriques disponibles en 1987-88 et 1991-92 pour chacun des quatre territoires à l'étude proviennent des régies régionales.

Les données financières des soins et l'aide à domicile, ainsi que celles des centres de jour proviennent du MSSS, Service des études opérationnelles, mars 1993. Celles des hôpitaux de jour sont tirées des rapports financiers AS-471. Pour les coûts d'exploitation

des unités de moyen séjour, de courte durée gériatrique et d'hébergement temporaire, les rapports financiers sont insuffisants, ces derniers ne présentent que les coûts de la main d'oeuvre directe et les fournitures médicales et générales.

Les coûts des services diagnostiques et thérapeutiques ne sont pas comptabilisés ainsi que ceux des services administratifs et de soutien. On a donc utilisé l'évaluation des coûts tels qu'estimée par l'Association des hôpitaux du Québec (1994) pour l'année 1992-93.

Tableau no. 4 : Coût des programmes gériatriques en établissement de longue durée (CHSLD) 1992-93	
PROGRAMME	COÛTS
Gériatrie active	246,47 \$/jour/présence
Moyen séjour	248,37\$/jour/présence
Hébergement : (CHSLD)	
Longue durée	169,37 \$/jour/présence
Centre d'accueil	110,10 \$/jour/présence

Source : AHQ (1994)

Les coûts sont établis en fonction de trois (3) composantes :

- composante fonctionnement;
- composante clinique;
- composante thérapeutique.

Dans cette étude toutes les dépenses de 1991-92 sont traduites en coûts constants de 1987-88 afin de mieux suivre l'évaluation des budgets octroyés. Considérant l'augmentation du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus entre 1987-88 et 1991-92, toutes les dépenses ont été ramenées en "coût per capita" afin de pouvoir comparer le niveau de financement d'une région à l'autre et d'une période à l'autre.

La désindexation des dépenses de 1991-92 a été réalisée en fonction de l'indexation des salaires et autres dépenses du MSSS, pour chacune des années, selon les taux suivants:
1987-88 = 4,30%; 1988-89 = 4,04%; 1989-90 = 3,22%; 1990-91 = 4,69%;
1991-92=4,25%.

2.8 Substitution des services, unités de courte durée

Pour l'analyse du taux d'hospitalisation, du taux de séjour moyen et les journées d'hospitalisation chez la clientèle de 65 à 74 ans et 75 ans et plus, l'on a considéré que les zones de CLSC où est situé l'hôpital de jour. Val-d'Or est notre zone témoin ou de comparaison.

Ce choix repose sur les considérations suivantes :

- Les résidents des zones périphériques et frontières consomment, dans certains cas, une partie importante des soins de courte durée à l'extérieur du territoire dont ils sont rattachés.
- Pour les zones de CLSC situées à plus de 16 kilomètres de l'hôpital de jour, le niveau de fréquentation des personnes âgées est très faible.

Plusieurs auteurs ont fait cette observation, dont Renato, P. et al (1982) qui ont analysé le lieu de résidence et le niveau de fréquentation de la clientèle au "Parkwood Day Hospital" London, Ontario. L'étude démontre que 45% de la clientèle résidait à moins d'un (1) mille de l'hôpital de jour, 48% résidait entre 2 à 5 milles et 6% résidait entre 6 à 10 milles et plus. Les résultats de notre étude confirme cette observation.

2.9 Unités de courte durée considérées

L'analyse de nos indicateurs repose sur la clientèle de 65 à 74 ans et 75 ans et plus admises dans les unités de médecine et chirurgie, incluant les unités de gériatrie active, court et moyen séjour, s'il y a lieu et ce, pour les années 1987-88 et 1991-92.

Sont donc exclues les admissions et les journées d'hospitalisation des unités de soins prolongés, les unités psychiatriques spécialisées et de la chirurgie d'un jour, s'il y a lieu.

Sources de données

Les données concernant la population de 65 à 74 ans et 75 ans et plus de chacune des zones de CLSC proviennent du service des études opérationnelles, mars 1993, MSSS.

Le nombre d'admissions, les journées d'hospitalisation et la durée de séjour proviennent de Med-Echo.

2.10 Description des principales variables retenues pour l'étude

Les principales variables étudiées sont présentées dans les pages qui suivent et l'on retrouve des informations de nature qualitative et quantitative. Elles visent d'une part à décrire l'hôpital de jour et sa clientèle, et d'autre part à mesurer le coût/efficacité des programmes gériatriques en terme de substitution de service.

Hôpital de jour

Les éléments de structure (ressources)

Ces variables décrivent les ressources humaines (formation et composition de l'équipe) et les ressources financières, soit l'imputation des dépenses et l'analyse du coût unitaire par visite. Se greffent aux données financières, les données statistiques telles que: le nombre d'admissions, le taux d'occupation et l'index des nouveaux patients, le nombre total de visites et la présence moyenne par jour.

Caractéristiques de la clientèle

Les données sur la clientèle permettent de comparer les clientèles visées et celles effectivement rejointes et de faire des comparaisons entre les hôpitaux de jour participants. Les variables employées pour décrire la clientèle utilisatrice sont les caractéristiques socio-démographiques (âge et sexe), la provenance des clients, la source de référence, les diagnostics et les services dispensés.

Coût/efficacité des programmes gériatriques en terme de substitution de services

Les variables utilisées permettent d'évaluer et de quantifier avec précision la demande et l'utilisation de ressources hospitalières en courte durée et hébergement par la clientèle de 65 ans et plus, tout en tenant compte du caractère dynamique d'une population ouverte, c'est-à-dire l'effet de clientèle sur une période de cinq ans.

Variables (indicateurs) utilisées pour l'hébergement

1- Norme "Desy"

Cette variable permet d'évaluer de façon uniforme "l'offre" en lits d'hébergement pour chaque sous région en fonction des objectifs de maintien à domicile du MSSS. L'offre ne correspond pas nécessairement au réel observé, ni à la demande totale.

2- Le taux d'institutionnalisation

Le taux d'institutionnalisation indique le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus vivant en institution d'hébergement. Ce taux s'exprime en nombre par 100 personnes d'un territoire ou d'une zone. Dans la présente étude, le taux observé concerne les années 1987-88 et 1991-92.

3- Le nombre de personnes en attente d'hébergement (liste d'attente)

Le nombre de personnes sur les listes d'attente, par catégorie d'établissement, ajouté au nombre réel de lits d'hébergement représente la demande totale d'hébergement pour une population donnée. Les variables taux d'institutionnalisation et les listes d'attente évaluent l'écart entre les objectifs de maintien à domicile (norme Desy) et le réel observé, ainsi que la variation de la demande entre 1987-88 et 1991-92 inclusivement.

Variables utilisées en hospitalisation dans les unités de courte durée (CHSCD) :

Pour mesurer le niveau d'utilisation "per capita" des ressources hospitalières en courte durée, ainsi que les changements observés, on a retenu trois variables. Ces dernières mesurent le nombre d'admissions, le séjour moyen ainsi que le nombre de journées d'hospitalisation par 1000 personnes desservies.

Taux d'hospitalisation par 1000 :

Nombre d'hospitalisations d'un groupe d'âge _____ X 1000
 Nombre de personnes de ce groupe d'âge de la population

Taux de journées d'hospitalisation par 1000 :

Nombre de journées d'hospitalisation d'un groupe d'âge _____ X 1000
 Nombre de personnes de ce groupe d'âge de la population

Séjour moyen spécifique :

Nombre de journées d'hospitalisation d'un groupe d'âge _____ X 1000
 Nombre d'hospitalisations (admissions) d'un groupe d'âge

Le premier indicateur précise le nombre d'hospitalisations (admissions) d'un groupe d'âge par 1000 de population, le deuxième mesure le nombre total de journées d'hospitalisation de ce même groupe d'âge et le dernier indicateur détermine le nombre de journées, en moyenne, par chaque utilisateur. Ces indicateurs mesurent avec précision le niveau de consommation "per capita" d'un groupe d'âge de la population en temps I (1987-88) et le nouveau niveau de consommation en temps II (1991-92) tout en tenant compte de la variation du nombre de personnes visées.

L'écart dans le taux des journées d'hospitalisation par 1000 personnes entre le temps I et II représente les gains s'il y a lieu, ou l'efficience des programmes gériatriques en terme de substitution de service et de rentabilité économique.

Tous les programmes gériatriques disponibles dans les zones de CLSC à l'étude ont été considérés et évalués. Pour être en mesure de les analyser et de les comparer sur une période de cinq (5) ans, soit de 1987-1988 à 1991-1992, tous les programmes ont fait l'objet d'une quantification en dollars constants et per capita.

Enfin, d'autres variables peuvent influencer les résultats obtenus, ces dernières n'ont pas fait l'objet d'évaluation dans le cadre de la présente étude et sont considérées comme des variables concomittantes.

Variables concomitantes

- Le nombre de places d'hébergement privé;
- l'aide des proches;
- la pratique médicale et professionnelle;
- l'environnement et le logement;
- les valeurs;
- les nouvelles habitudes de vie;
- la clientèle priorisée;
- la maturation;
- la chirurgie d'un jour;
- les changements technologiques.

Généralisation des résultats

Le devis de recherche utilisé ne permet pas la généralisation des résultats observés. De plus, les résultats de cette étude sont des effets bruts (gross outcome) de l'ensemble des programmes gériatriques d'un territoire, car l'étude d'impacts "post facto" d'un seul programme, tel que l'hôpital de jour, représente une entreprise démesurée et incertaine lorsque cinq ou six programmes s'adressent simultanément à une même clientèle âgée et qu'ils peuvent être utilisés concurremment, tel que l'hôpital de jour, l'aide à domicile et le centre de jour, afin de répondre à des besoins variés.

Enfin, le nombre de variables concomitantes ou de confusion jouent un rôle non négligeable, mais difficile à préciser dans l'atteinte des objectifs, de sorte que l'on peut difficilement conclure que les services rendus par l'hôpital de jour sont la cause principale des changements observés dans l'utilisation des ressources alternatives à l'hébergement ou des journées d'hospitalisation en courte durée.

Les résultats de l'étude sont susceptibles d'indiquer s'il y a une étroite relation entre le nombre et l'étendue des programmes gériatriques, la réduction des taux d'hébergement et l'utilisation des services hospitaliers de courte durée par les personnes âgées de 65 ans et plus.

Cette étude devrait fournir également des informations utiles aux divers intervenants concernés par les hôpitaux de jour, au MSSS et aux Régies régionales pour déterminer la combinaison et le niveau d'investissement dans les programmes gériatriques afin d'atteindre les objectifs de maintien à domicile.

Enfin, l'étude devrait indiquer qu'il y a un niveau de substitution de service au-delà duquel tout investissement additionnel pourrait conduire à des "rendements décroissants".

CHAPITRE III

L'HÔPITAL DE JOUR ET SA CLIENTÈLE : LE CONCEPT ET SA RÉALISATION

Le chapitre III précise, en premier lieu, les objectifs et la mission de l'hôpital de jour au Québec. En second, il traite des caractéristiques générales de la clientèle de l'hôpital de jour à la lumière d'une étude comparative de trois hôpitaux de jour soit : l'hôpital de jour de l'Hôpital du Haut-Richelieu à St-Jean, du Centre hospitalier Cooke de Trois-Rivières et du Centre hospitalier Hôtel-Dieu de St-Hyacinthe. Les caractéristiques de la clientèle sont également décrites et comparées sur le plan des diagnostics et des interventions cliniques et thérapeutiques à partir d'une population cible de 83 clients âgés de 65 à 74 ans. Finalement, les éléments de structure sont vus sommairement par la description des ressources humaines et des ressources financières.

3.1 Objectifs et mission de l'hôpital de jour

Afin de bien définir l'hôpital de jour, il importe de bien décrire et d'identifier les objectifs poursuivis et la clientèle visée par ce programme.

Pour beaucoup de gens, même parmi certains professionnels de la santé, la distinction entre l'hôpital de jour et les centres de jour est loin d'être nette et précise.

Les motifs sont nombreux, mais découlent principalement de l'évolution importante du concept des centres de jour au Québec au cours des dix dernières années.

Il y a 20 ans, les centres de jour étaient qualifiés de "sociaux", de "loisir", "d'occupationnel" et de "clubs de l'Age d'Or" (Tourigny A., et al., 1993)

En 1986, le ministère de la Santé et des Services sociaux suggère comme définition de centre de jour :

"Une ressource qui offre à une clientèle inscrite et qui présente une perte d'autonomie pouvant entraîner son maintien à domicile des programmes de nature préventive, thérapeutique ou de réadaptation" (MSSS, 1986)

Les objectifs spécifiques sont :

- de maintenir et récupérer l'autonomie fonctionnelle;
- de réduire l'impact psychologique du vieillissement;
- d'améliorer l'état physique;
- de maintenir le plus longtemps possible la personne âgée dans son milieu naturel de vie;
- de contribuer à réduire l'engorgement des salles d'urgence;

- d'accorder du répit et du dépannage aux familles, aux proches et aux aidants naturels en offrant des services de gardiennage.

À plusieurs égards, l'hôpital de jour partage un bon nombre d'objectifs avec les centres de jour nouvelle vague, mais également avec les ressources institutionnelles comme les unités de réadaptation, de moyen séjour et les unités de courte durée gériatriques.

Dans ce contexte, la mission et les objectifs de l'hôpital de jour s'inscrivent dans un espace de plus en plus étroit entre les centres de jour et les services institutionnels gériatriques de courte durée.

Malgré certaines ressemblances avec les centres de jour, ce qui caractérise l'hôpital de jour et précise son identité, ce sont la nature et le niveau d'intervention, ainsi que la catégorie de clientèle desservie.

En ce sens, l'hôpital de jour se définit comme un service dans un centre hospitalier qui reçoit en externe des personnes âgées malades qui ont besoin d'évaluation diagnostique, de soins et de traitements tant médicaux qu'infirmiers et d'un programme de réadaptation fonctionnel adéquat, qui à défaut de ce programme, seraient hospitalisées.

À cet effet, l'hôpital de jour utilise toutes les ressources hospitalières, tant professionnelles que techniques disponibles, tout en favorisant une approche globale selon l'état d'instabilité et la diversité des problèmes bio-psycho-sociaux de la personne âgée.

Dès la période de stabilisation atteinte, l'hôpital de jour oriente la personne âgée vers d'autres types de ressources telles que les centres de jour ou les soins à domicile, s'il y a lieu.

L'hôpital de jour reçoit également, et de plus en plus, des personnes âgées des unités de courte durée permettant de poursuivre sur une base externe l'ensemble des traitements de réadaptation nécessaire à leur réhabilitation et leur guérison.

En ce sens, l'hôpital de jour est un maillon important, voire essentiel, entre d'une part les programmes de maintien à domicile et, d'autre part, les services institutionnels.

Les prochaines pages de ce chapitre décrivent les types de clientèle desservie, ainsi que la nature des interventions thérapeutiques.

3.2 Caractéristiques générales de la clientèle

Tableau no 5 Distribution de la clientèle selon l'âge Hôpitaux de jour de St-Jean, Trois-Rivières et St-Hyacinthe						
	St-Jean		Trois-Rivières		St-Hyacinthe	
Âge	Nombre	Pourcent	Nombre	Pourcent	Nombre	Pourcent
74 ans et moins	79	31,5%	85	54,8%	115	56,4%
75 ans et plus	172	68,5%	70	45,2%	89	43,6%
TOTAL	251	100%	155	100%	204	100%

Source : Registres des établissements : 1991-92

Tableau no 6 Âge moyen de la clientèle Hommes et femmes, selon l'établissement			
	St-Jean	Trois-Rivières	St-Hyacinthe
Hommes	76,5	N/D	61,1
Femmes	76,6	N/D	69,5
TOTAL	76,6	70,6	65,4

Source : Registres des établissements : 1991-1992

La clientèle desservie par l'hôpital de jour de St-Jean est beaucoup plus âgée que celle de St-Hyacinthe et de Trois-Rivières. En effet, 68,5% des usagers de St-Jean sont

âgés de 75 ans et plus, alors que seulement 43,6% des personnes ont 75 ans et plus à l'Hôtel-Dieu de St-Hyacinthe et 45,2% à l'Hôpital Cooke de Trois-Rivières.

De plus, l'âge moyen de l'ensemble de la clientèle est de 76 ans pour St-Jean, 70 ans pour Trois-Rivières et de 65 ans à St-Hyacinthe, soit un écart de plus de 10 ans.

L'âge moyen est plus faible à St-Hyacinthe et à Trois-Rivières car ces hôpitaux de jour accueillent une proportion plus importante de personnes âgées de 74 ans et moins, mais également en raison d'un plus grand nombre de clients de moins de 60 ans.

Au cours de l'année 1991-92, l'Hôtel-Dieu de St-Hyacinthe a admis 29 personnes de moins de 60 ans, le Centre hospitalier Cooke : 25, alors que l'Hôpital du Haut-Richelieu n'en accueillait que trois.

Tableau no 7 Distribution de la clientèle selon la provenance de la référence						
	St-Jean		Trois-Rivières		St-Hyacinthe	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Cabinets privés (médecins)	113	37,8%	51	32,9%	143	70,1%
C.L.S.C.	40	13,4%	31	20,0%	14	6,9%
C.H.S.C.D.	125	41,8%	45	29,0%	12	5,9%
C.H.S.L.D.	0	0	1	0,6%	28	13,7%
C.S.S.	9	3,0%	13	8,4%	0	0
Autres	12	4,0%	14	9,1%	7	3,4%
TOTAL	299	100%	155	100%	204	100%

Source : Registres des établissements, 1991-1992

Alors qu'environ un tiers de la clientèle de l'hôpital de jour de Trois-Rivières et de St-Jean est référée par le médecin traitant, à l'Hôtel-Dieu de St-Hyacinthe plus de 70% de la clientèle est référée par les cabinets privés des médecins. Il s'agit donc d'une clientèle beaucoup plus externe au réseau d'établissements.

A l'inverse, 42% de la clientèle de St-Jean provient des centres hospitaliers de courte durée par rapport à 29% pour Trois-Rivières et seulement 5,9% à St-Hyacinthe. Il faut toutefois tenir compte de la référence longue durée de ce secteur (13,7%) et ce, compte tenu que l'Hôtel-Dieu de St-Hyacinthe dispose de programmes gériatriques de

courte durée, tels qu'une unité de courte durée gériatrique et une unité de réadaptation fonctionnelle intensive (moyen séjour).

En raison d'un plus grand nombre de référence des centres hospitaliers de courte durée, on peut penser que les hôpitaux de jour de St-Jean et de Trois-Rivières participent davantage aux mesures de désengorgement des urgences et à la réduction des temps d'hospitalisation en courte durée. St-Hyacinthe serait plus actif au plan préventif.

Enfin, soulignons que 19% de la clientèle est référée par les CLSC et le Centre des Services sociaux (C.S.S.) à St-Jean et 28% à Trois-Rivières; alors que ces mêmes organismes ne réfèrent que 6,9% de la clientèle à St-Hyacinthe.

Tableau no. 8 Distribution de la clientèle selon le sexe						
	St-Jean		Trois-Rivières		St-Hyacinthe	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Hommes	92	36,7%	53	34,2%	64	31,4%
Femmes	159	63,3%	102	65,8%	140	68,6%
TOTAL	251	100%	155	100%	204	100%

Source : Registres des établissements : 1991-1992

Les données démographiques de ces trois régions indiquent un ratio de 40% pour les hommes et 60% pour les femmes pour l'ensemble de la population de 65 ans et plus.

Il y a donc une légère surreprésentation de la clientèle féminine pour les trois établissements, mais de façon un peu plus marquée à St-Hyacinthe.

Tableau no. 9 Distribution de la clientèle selon l'orientation au congé						
	St-Jean		Trois-Rivières		St-Hyacinthe	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Domicile	191	83,5%	123	78,3%	171	90,0%
Hébergement ¹	21	9,2%	17	18,8%	10	5,3%
C.H.C.D.	17	7,3%	9	5,8%	1	0,5%
Autres	0	0	8	5,1%	8	4,2%
TOTAL	229	100%	157	100%	190	100%

1) Incluant famille d'accueil

Source : Registre des établissements : 1991-1992.

Près de 80% et plus de la clientèle retourne à domicile au congé de traitement, ce qui confirme l'orientation du maintien à domicile de l'hôpital de jour. L'Hôtel-Dieu de St-Hyacinthe obtient à ce chapitre la meilleure performance, soit 90%. Rappelons qu'une plus grande partie de la clientèle provient, à l'admission, du milieu de vie naturel, soit 77%.

Il est également intéressant de noter que près de 84% de la clientèle est orientée à domicile à St-Jean, si l'on considère que 42% de ses références proviennent d'un centre hospitalier de courte durée. Trois-Rivières s'acquitte également bien des objectifs de

maintien à domicile avec un taux de 78%, sa clientèle provenant à 30% du milieu institutionnel.

Enfin, à St-Hyacinthe, seulement 5% de la clientèle est orientée en hébergement, alors que l'on note des taux de 9% à St-Jean et de 18% à Trois-Rivières.

Tableau no. 10
Distribution de la clientèle par établissement
selon la zone de CLSC de référence

C.H. HAUT-RICHELIEU		
Zone de C.L.S.C.	Nombre	Pourcentage
Vallée des Forts (St-Jean)	195	77,7%
Richelieu (Richelieu)	37	14,7%
St-Rémi (Napierville)	14	5,6%
La Pommeraie (Cowansville)	5	1,9%
TOTAL	251	100 %

C.H. COOKE TROIS-RIVIÈRES		
Zone de C.L.S.C.	Nombre	Pourcentage
Les Forges (Trois-Rivières)	116	74,8%
Du Rivage (Cap-de-la-Madeleine)	28	18.1%
Les Chenaux (Bastican)	4	2,6%
Valentine-Lupien (Maskinongé)	7	4,5%
TOTAL	155	100%

HOTEL-DIEU ST-HYACINTHE (estimation)		
Zone de C.L.S.C.	Nombre	Pourcentage
Maskoutins (St-Hyacinthe)	184	± 90%
Vallée des Patriotes (Beloeil)	10	± 5%
La Chenaie (Acton Vale)	10	± 5%
TOTAL	204	100%

Source : Registres des établissements : 1991-1992

Plus de 75% des admissions proviennent de la zone de CLSC dans laquelle est implantée l'hôpital de jour. À St-Hyacinthe, les admissions ne sont pas comptabilisées par zone de CLSC, mais la coordonnatrice estime à 90% et plus la clientèle provenant de la même zone de CLSC que l'hôpital de jour, compte tenu de l'absence de transport assumé par l'établissement.

Cette dernière observation n'est pas confirmée par notre étude, car pour les hôpitaux de jour de St-Jean et de Trois-Rivières, les admissions sont également très faibles, 5% et moins, pour les zones de CLSC situées à 16 kilomètres et plus (10 milles) de l'établissement et ce, malgré la présence d'un transport adapté.

De la même façon, Renato P. (1982) évaluait à 6% seulement le nombre de clients qui résidaient de 6 à 10 milles et plus du "Parkwood Day Hospital" London, Ontario.

Ce constat questionne l'orientation du M.S.S.S. (l'hôpital de jour, Orientations 1986) qui prévoit un hôpital de jour de 25 places et qui répond aux besoins d'une population de 100 000 à 150 000 habitants, avec un temps de transport n'excédant pas 60 minutes en milieu semi-urbain ou rural.

Précisons que la disponibilité d'un service de transport à l'intention de la clientèle n'a pas pour effet d'accroître de façon significative la fréquentation à l'hôpital de jour pour la

clientèle résidant à plus de 16 kilomètres. Un service de transport rend plus accessible les services à une partie importante de la clientèle très âgée et dont la mobilité est souvent très restreinte, mais à la condition que celle-ci demeure relativement près de l'établissement.

3.3 Description de la clientèle, 65 à 74 ans, selon le diagnostic

L'échantillon des clients étudiés est composé de 83 personnes âgée de 65 à 74 ans et bénéficiant des services des trois hôpitaux de jour au cours de 1991-92. Les pages qui suivent traitent de la distribution de la clientèle selon le diagnostic principal et les diagnostics secondaires identifiés dans le dossier médical des patients.

Par diagnostic principal, l'on entend la raison médicale invoquée par le médecin traitant lors de la demande d'admission ou le principal déficit de la personne âgée.

Par diagnostic secondaire, l'on entend les autres problèmes de santé dont la personne âgée est également atteinte et pour lesquels elle recevra un ou des traitements. Ces diagnostics suivent la classification internationale des maladies (9e révision), dite encore CIM-9.

Les informations concernant le diagnostic et les services reçus proviennent du dossier médical et permettent de bien identifier les problèmes de santé de la clientèle desservie par

chacun des établissement et de les comparer entre eux. Il est intéressant de comparer le type de clientèle selon les trois établissements fréquentés, mais également en fonction de la prévalence des principaux problèmes de santé chroniques au Québec.

Selon le rapport du groupe d'experts sur les personnes ainées, 31% des personnes âgées de 65 à 74 ans sont atteintes d'une incapacité, alors que le taux atteint 50% chez les 75 ans et plus.

**Tableau no. 11
Prévalence des principaux problèmes de santé 65-74 ans, Québec 1987**

Problèmes	Population estimée	Pourcentage (%)
Hypertension et maladie cardiaque (système circulatoire)	187 594	46,2 %
Arthrite et rhumatisme (système ostéo-articulaire)	142 696	35,1 %
Troubles mentaux et cognitifs	86 167	21,2 %
Troubles digestifs	39 072	9,6 %

Tiré de "Vers un nouvel équilibre des âges" page 27

Tableau no. 12
Distribution de la clientèle selon le diagnostic principal, 65 - 74 ans
Hôpital de jour - C.H. Haut-Richelieu, St-Jean 1991-92

CLASSIFICATION INTERNATIONNALE DES MALADIES CIM-9	FEMMES		HOMMES		TOTAL N=30
	65-69 ans (7)	70-74 ans (11)	65-69 ans (5)	70-74 ans (7)	
Maladie système nerveux et organes des sens	1				1
Maladie appareil circulatoire	2	2	3	4	11
Troubles mentaux	3	6		1	10
Maladies encocriniennes, de la nutrition et du métabolisme et des troubles immunitaires		2	1	1	4
Maladie système ostéo- articulaire, muscles et tissu conjonctif	1				1
Autres		1	1	1	3
TOTAL	7	11	5	7	30

Source : Dossier médical

La clientèle de 65-74 ans de l'hôpital de jour du Haut-Richelieu (St-Jean) se regroupe presque totalement sous trois classifications des maladies, lorsque l'on ne considère que le diagnostic principal (voir tableau no. 12).

- Les maladies de l'appareil circulatoire (36,7%);
- Les troubles mentaux et déficits cognitifs (33,4%);
- Les maladies endocriniennes (13,3%)

Si on ne considère que le diagnostic principal, plus du tiers de la clientèle échantillonnée (11 cas sur 30) souffre de maladie de l'appareil circulatoire parmi lesquelles on retrouve le plus souvent (8 cas sur 11) des accidents cérébro-vasculaires (A.C.V.). Sous la dénomination des maladies de l'appareil circulatoire, on retrouve principalement l'hypertension, les maladies cardiaques et les A.C.V. Les personnes qui sont atteintes sont majoritairement des hommes, soit 7 cas sur 11.

Les troubles mentaux et les déficits cognitifs viennent au deuxième rang avec un tiers de la clientèle (10 cas sur 30). Il est assez étonnant de constater que 90% (9 cas sur 10) de ce nombre sont des femmes. Les maladies endocriniennes, de la nutrition et du métabolisme suivent avec seulement 4 cas sur 30. Enfin, les maladies du système ostéo-articulaire, qui incluent les rhumatismes, l'arthrite et les fractures ne comptent que pour une seule personne de notre échantillonnage.

Il est bien connu que les personnes âgées sont atteintes de plus d'une problématique ou déficit fonctionnel.

Si on considère le diagnostic principal et les diagnostics secondaires, le tableau clinique est le suivant :

Appareil circulatoire :	23
Troubles mentaux :	22
Maladies endocriniennes :	16
Système génito-urinaire :	12
Système nerveux :	10
Système digestif :	6
Système respiratoire :	5
Système ostéo-articulaire :	5

En plus du diagnostic principal, chaque personne est admise, en moyenne, avec trois autres diagnostics secondaires (voir tableau no 52 en annexe).

Tableau no. 13
Distribution de la clientèle selon le diagnostic principal, 65 - 74 ans
Hôpital de jour - Cooke de Trois-Rivières, 1991-92

CLASSIFICATION INTERNATIONNALE DES MALADIES CIM-9	FEMMES		HOMMES		TOTAL N=24
	65-69 ans (5)	70-74 ans (9)	65-69 ans (5)	70-74 ans (5)	
Maladie système nerveux et organes des sens	2			1	3
Maladie appareil circulatoire	2	2	2	2	8
Maladies encocriniennes, de la nutrition et du métabolisme et des troubles immunitaires		1	1		2
Maladie système ostéo-articulaire, muscles et tissu conjonctif	1	5	2	2	10
Maladie appareil digestif		1			1
TOTAL	5	9	5	5	24

Source : Dossier médical

La clientèle de 65 à 74 ans de l'hôpital de jour, Cooke de Trois-Rivières se regroupe également sous trois classifications des maladies (voir tableau no. 13)

- Les maladies du système ostéo-articulaire (41,7%);
- Les maladies de l'appareil circulatoire (33,3%);
- Les maladies du système nerveux (12,5%).

Si on ne considère que le diagnostic principal, plus de quatre clients sur dix échantillonnés (10 cas sur 24) souffrent de maladie du système ostéo-articulaire parmi lesquelles on retrouve majoritairement des femmes. Un tiers de la clientèle (8 cas sur 24) souffre de maladie de l'appareil circulatoire et les huit cas recensés sont tous des accidents cérébro-vasculaires (A.C.V.). Les maladies du système nerveux ne touchent que trois personnes, suivent les maladies endocriniennes avec seulement deux personnes atteintes.

Enfin, il n'y a aucun cas de maladie mentale ou de déficit cognitif dans notre échantillon lorsque l'on ne considère que le diagnostic principal.

Si on considère le diagnostic principal et les diagnostics secondaires, le tableau clinique est le suivant :

Appareil circulatoire :	20
Système ostéo-articulaire :	16
Maladies endocriniennes :	14
Système nerveux :	13
Système respiratoire :	12
Système digestif :	12
Système génito-urinaire :	11
Troubles mentaux :	8

En plus du diagnostic principal, chaque personne est admise, en moyenne, avec quatre autres diagnostics secondaires (voir tableau no.53 en annexe).

CLASSIFICATION INTERNATIONNALE DES MALADIES CIM-9	FEMMES		HOMMES		TOTAL N=29
	65-69 ans (4)	70-74 ans (13)	65-69 ans (4)	70-74 ans (8)	
Maladie système nerveux et organes des sens		2	2		4
Maladie appareil circulatoire	1			3	4
Maladie système ostéo-articulaire, muscles et tissu conjonctif	3	10	2	5	20
Maladies infectieuses et parasitaires		1			1
TOTAL	4	13	4	8	29

Source : Dossier médical

Les diagnostics principaux de la clientèle de l'hôpital de jour de l'Hôtel-Dieu de St-Hyacinthe se retrouvent dans trois grands groupes de maladies : (voir tableau no. 54, en annexe)

- Les maladies du système ostéo-articulaire (68,9%);
- Les maladies de l'appareil circulatoire (13,8%);
- Les maladies du système nerveux (13,8%)

Précisons qu'il s'agit du même regroupement que l'on a observé à Trois-Rivières.

Les maladies du système ostéo-articulaire touchent un peu plus des 2/3 des personnes de notre échantillonnage (20 cas sur 29) dont une nette majorité de femmes (13 sur 20).

Les maladies de l'appareil circulatoire n'affectent que quatre personnes, il faut toutefois préciser que les A.C.V. sont très majoritairement classés dans les diagnostics secondaires à St-Hyacinthe.

Les maladies du système nerveux sont également au nombre de quatre et touchent en nombre égal les hommes et les femmes.

Enfin, tout comme à Trois-Rivières, l'échantillonnage ne présente aucun cas de maladie mentale ou de déficit cognitif.

Si on considère le diagnostic principal et les diagnostics secondaires, le tableau clinique est le suivant :

Système ostéo-articulaire :	24
Appareil circulatoire :	22
Maladies endocriniennes :	22
Système nerveux :	17
Système génito-urinaire :	9
Troubles mentaux :	6
Système respiratoire :	6
Maladies de la peau :	6
Système digestif :	5

En plus du diagnostic principal, chaque personne est admise, en moyenne, avec trois autres diagnostics secondaires (voir tableau no. 54 en annexe).

Tableau no. 15
Analyse comparative de la clientèle par établissement
selon le diagnostic principal, 1991-92

	ST-JEAN	TROIS-RIVIÈRES	ST-HYACINTHE	TOTAL
Classification internationale des maladies	Nombre	Nombre	Nombre	
Troubles mentaux	10	0	0	10
Systèmes nerveux	1	3	4	8
Appareil circulatoire	11	8	4	23
Ostéo-articulaire	1	10	20	31
Endocriniannes	4	2	0	6
Autres	3	1	1	5
TOTAL	30	24	29	83

Source : Dossier médical

Nous avons observé en début de ce chapitre, une différence assez importante des clientèles qui fréquentent ces hôpitaux de jour lorsque l'on considère le facteur âge.

Lorsqu'on analyse la clientèle des 65 à 74 ans, selon le diagnostic principal, la différence est encore plus importante, particulièrement si nous juxtaposons les clientèles de Trois-Rivières et de St-Hyacinthe à celle de St-Jean (voir tableau no.15).

Un tiers de la clientèle échantillonnée de l'Hôpital de St-Jean présente des troubles mentaux et des déficits cognitifs, alors que ce n'est le cas pour aucun patient à Trois-Rivières et à St-Hyacinthe parmi les personnes échantillonnées.

La deuxième grande distinction concerne les maladies du système ostéo-articulaire. A St-Hyacinthe, ce regroupement touche 20 personnes sur 29 et 10 personnes sur 24 à Trois-Rivières, comparativement à une seule personne à St-Jean pour l'année 1991-92.

La troisième distinction vise les maladies de l'appareil circulatoire où l'on retrouve un tiers de la clientèle à St-Jean et Trois-Rivières, alors qu'on y retrouve moins de deux clients sur dix dans cette même catégorie de diagnostic à St-Hyacinthe.

Pour les autres grandes catégories de maladies, il y a certaines différences, toutefois moins importantes.

En référence au taux de prévalence des principaux problèmes de santé au Québec, on observe à l'hôpital de jour de St-Jean une sur-représentation de la clientèle atteinte d'un déficit cognitif et une nette sous-représentation de la clientèle atteinte d'un déficit ostéo-articulaire.

A l'inverse pour les hôpitaux de jour de Trois-Rivières et de St-Hyacinthe, il y a une nette sous-représentation de la clientèle atteinte des maladies mentales et/ou cognitifs, alors

que les déficits du système ostéo-articulaire sont surreprésentés, particulièrement à St-Hyacinthe.

Il faut toutefois interpréter ces données avec réserve compte tenu de la petitesse des échantillonnages même s'ils sont représentatifs de la clientèle de 65 à 74 ans de ces trois hôpitaux de jour.

Le but de cette étude n'est pas d'analyser ces écarts, mais il serait par contre intéressant lors d'une étude ultérieure d'analyser les facteurs environnementaux, les ressources du milieu et les pratiques professionnelles qui expliqueraient ces écarts.

3.4 Les interventions cliniques et thérapeutiques

Tableau no. 16 Distribution de la clientèle par hôpital de jour, selon la nature des soins reçus			
INTERVENANTS	ST-JEAN N=30	TROIS- RIVIÈRES N=24	ST-HYACINTHE N=29
Soins infirmiers	30	24	29
Soins médicaux	30	24	29
Physiothérapeute	21	24	28
Ergothérapeute	20	24	15
Diététiste	10	2	5
Orthophoniste	2	1	0
Travailleur social	22	1	1
Psycho-gériatrie	18	3	0
Consultation médicale spécialisée	16	8	12

Source : Dossiers médicaux

La nature et l'intensité des interventions sont fonction des clientèles que nous avons décrites plus haut.

Pour la clientèle échantillonnée, la fonction réadaptation en physiothérapie et en ergothérapie prend moins d'importance à St-Jean qu'à Trois-Rivières et St-Hyacinthe,

confirmant la prédominance des problématiques biologiques et physiques de ces deux derniers établissements.

A l'inverse, les fonctions de travail social et de psycho-gériatrie sont beaucoup plus importantes à St-Jean, compte tenu de l'importance de la clientèle présentant des déficits cognitifs.

Les responsables des hôpitaux de jour de Trois-Rivières et de St-Hyacinthe déplorent toutefois le peu de disponibilité en travail social et en psychologie, mais ne disposent pas des ressources financières nécessaires. Les membres de l'équipe doivent, en partie, suppléer aux besoins psychologiques et sociaux de la clientèle.

3.5 Les éléments de structure : rattachement administratif, les ressources humaines et financières

3.5.1 Rattachement administratif des hôpitaux de jour

Présentement, seulement 5 hôpitaux de jour sur 23 relèvent d'un établissement gestionnaire de la courte durée et avec la réforme du MSSS, le rattachement des hôpitaux de jour a été confirmé au secteur de la longue durée.

Des trois hôpitaux de jour à l'étude, un établissement est rattaché à un centre hospitalier de courte durée, soit l'hôpital de jour de St-Jean, les deux autres sont rattachés à un établissement de longue durée, soit celui de Trois-Rivières et de St-Hyacinthe.

Dans le cadre de la présente étude, on n'a pas évalué les avantages et les désavantages d'un tel rattachement administratif, mais les ressources techniques et diagnostiques ont semblé plus accessibles en courte durée, ainsi qu'une plus grande disponibilité de ressources professionnelles, autres que la réadaptation, comparativement à la longue durée.

Toutefois, quel que soit le rattachement administratif, l'hôpital de jour est dirigé par un coordonnateur ou une coordonnatrice assumant la gestion des programmes et des ressources humaines, financières et matérielles. Les ressources humaines comportent une équipe interdisciplinaire qui lui est rattachée entièrement ou une équipe de base restreinte à laquelle se greffent des heures ou des interventions de d'autres disciplines. L'organisation des ressources doit permettre de fournir des réponses adéquates sur les plans physiques, psychiques et sociaux de la personne âgée et très âgée.

3.5.2 Les ressources humaines

Composition des équipes multidisciplinaires selon les établissements :

St-Jean

Équipe de base :

1 coordonnatrice à temps complet;

1 infirmière à temps complet;

1 secrétaire à temps complet;

1 préposé aux bénéficiaires à temps complet;

1 ergothérapeute à temps complet;

1 physiothérapeute à temps complet;

1 travailleur social, 3 jours/semaine;

1 préposé à l'entretien, 1 jour/semaine.

Équipe complémentaire selon les besoins et disponibilité

- nutritionniste;
- orthophoniste;
- neuro-psychologue.

Il s'ajoute bien entendu un médecin ou des médecins à temps partiel pour les évaluations médicales, traitements, demandes de consultation spécialisée, etc.

Trois-Rivières

Équipe de base :

- 1 coordonnateur à temps complet;
- 1 infirmière à temps complet;
- 1 secrétaire médicale à temps complet;
- 1 préposé aux bénéficiaires à temps complet;

Équipe complémentaire permanent

- 1 ergothérapeute à temps complet;
- 1 physiothérapeute à temps complet;
- 1,2 entretien ménager à temps complet.

Équipe complémentaire selon les besoins et disponibilité

- neuro-psychologue;
- diététiste;
- orthophoniste;
- travailleur social (CLSC)

St-Hyacinthe**Équipe de base :**

- 1 coordonnatrice à temps complet;
- 2 infirmières à temps complet;
- 1 secrétaire médicale à temps complet;
- 1 réceptionniste à temps complet.

Équipe complémentaire permanent

- 2 physiothérapeutes à temps complet;
- 1,2 ergothérapeute à temps complet.

Équipe complémentaire selon les besoins et disponibilité

- travailleur social;
- diététiste;
- orthophoniste.

Les équipes multidisciplinaires sont très similaires d'un établissement à l'autre lorsque l'on tient compte de l'équipe de base et des ressources complémentaires affectées en permanence à l'hôpital de jour. La distinction est d'ordre financier principalement, car seule l'équipe de base est généralement budgétée dans les coûts

d'opération du service. Cette pratique conduit à des distorsions importantes et rend difficile toute comparaison des coûts entre les établissements.

3.5.3 Les ressources financières

L'analyse brute des rapports financiers des établissements (AS-471) visés par notre étude démontre un coût global, pour 1991-1992, variant du simple au double, soit 161 985 \$ pour l'hôpital de jour Hôtel-Dieu de St-Hyacinthe et 343 854 \$ pour l'hôpital de jour Cooke de Trois-Rivières .

Sur la base des coûts unitaires ou par visite, la différence est encore plus marquée, soit 37,94\$ et 133,16\$ respectivement pour St-Hyacinthe et Trois-Rivières, alors que nous observons un taux unitaire de 123,23 \$ à St-Jean-Richelieu.

L'analyse plus détaillée des ressources utilisées et les échanges avec les coordonnateurs des hôpitaux de jour ont toutefois permis de constater qu'il y a des pratiques d'imputation forts différentes des charges salariales et des autres coûts d'exploitation d'un établissement à l'autre et ce, tel que plus haut précisé.

Afin de rendre comparables les coûts d'opération de ces trois hôpitaux de jour, on a analysé chaque composante et procédé à une imputation identique pour les trois

établissements, en tenant compte des ressources humaines réellement utilisées et des volumes d'activités.

Tableau no. 17
Ressources utilisées et comptabilisées dans le coût d'exploitation,
selon les hôpitaux de jour, 1991-92

Imputation des coûts						
	St-Jean		Trois-Rivières		St-Hyacinthe	
Ressources utilisées	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
Coordonnateur	X		X			X
Infirmières	X		X		X	
Pers. clérical	X		X		X	
Physio.	X		X			X
Ergo.	X		X			X
Autres ressources humaines	X		en partie			X
Entretien ménager	X			X		X
Repas	X		X			X
Transport	X		X			N/A

Source : documents administratifs des établissements et rapports financiers AS-471

Seul l'hôpital de jour de St-Jean comptabilise l'ensemble des dépenses de fonctionnement pour les items précisés au tableau no 17. Afin de rendre les données comparables on a ajusté les coûts d'opération pour les deux autres établissements,

particulièrement en ce qui concerne l'hôpital de jour de St-Hyacinthe. Les coûts ajustés sont une estimation la plus précise possible de la main d'oeuvre et autres fournitures.

Tableau no. 18
Coût d'exploitation après ajustement des dépenses

	St-Jean	Trois-Rivières	St-Hyacinthe
Coût total avant ajustement 1991-92	341 869,00 \$	343 188,00 \$	161 985,00 \$
Coût unitaire (visite)	123,23 \$	133,16 \$	37,94 \$
Coût total ajusté ¹	341 869,00 \$	408 496,00 \$	432 307,00 \$
Coût unitaire ajusté ¹	123,23 \$	154,50 \$	101,20 \$

¹⁾ Estimation

Source : Rapport financier AS-471

Le coût d'opération après ajustement n'inclut pas les dépenses suivantes: les services diagnostiques, les professionnels autres, tels que les archives, la pharmacie, etc, la partie imputable des frais d'administration générale, les assurances, le chauffage et l'électricité, l'entretien des installations matérielles, etc. L'ensemble de ces services représentent entre 40% et 45% des coûts de fonctionnement dans un centre hospitalier de soins de courte durée (CHSCD).

L'Association des hôpitaux de la province de Québec a procédé à une telle évaluation et estime le coût moyen, par visite ou présence, à 219,26 \$ avec des écarts variant de 146,23 \$ à 357,37 \$ la visite, pour l'année financière 1992-93 (AHQ, janvier 1994)

Si l'on tient compte des autres coûts assumés par la clientèle tels que : les repas, les médicaments, le transport s'il y a lieu, etc, on observe un coût relativement près de ceux comptabilisés pour les unités de moyen séjour ou les unités de courte durée gériatrique, alors que certains hôpitaux de jour les surpassent.

Les hôpitaux de jour de St-Jean, de Trois-Rivières et de St-Hyacinthe possèdent tous les trois un permis théorique de 25 places, mais ne disposent que d'une seule équipe pour répondre à la demande. Dans les faits, l'hôpital de jour de St-Jean et de Trois-Rivières exploitent chacun 12 places, alors que St-Hyacinthe en exploite 18.

Tableau no. 19 Taux d'occupation selon l'établissement, 1991-92			
	St-Jean	Trois-Rivières	St-Hyacinthe
<u>Nombre visites</u>	97,6	91,7	98,9
Capacité théorique			

Le taux d'occupation est comptabilisé en fonction de 240 jours ouvrables en utilisant la formule suivante :

$$\text{Taux d'occupation} = \frac{\text{Nombre visites} \times 100}{\text{Nombre places} \times \text{nombre jours ouvrables}}$$

Le taux d'occupation est excellent mais n'indique qu'une partie du taux d'activité, Martin et Millard (1975) estiment que cette unité de mesure peut à la limite encourager le maintien à plus long terme de la même clientèle.

Pour évaluer le niveau de prise en charge de la nouvelle clientèle, Martin et Millard ont développé la formule suivante :

$$\text{Index des nouveaux patients} = \frac{\text{Nouveaux patients} \times 10}{\text{Nb de places} \times \text{Nb de jours ouvrables dans l'année}}$$

Un service desservant la même clientèle sera près de 0 et un service très actif sera près de 1.

Tableau no. 20 Index des nouveaux patients selon l'établissement			
	St-Jean	Trois-Rivières	St-Hyacinthe
Index nouveaux patients	0,87	0,54	0,47

Si l'on considère l'index des nouveaux patients de Martin et Millard (1975), c'est l'hôpital de jour du Haut-Richelieu qui est le plus actif.

Tableau no. 21 Données opérationnelles comparatives par établissement, 1991-92			
	ST-JEAN	TROIS-RIVIÈRES	ST-HYACINTHE
Nb de places	12	12	18
Nb d'admissions	251	155	204
Taux d'occupation	97,6	91,7	98,9
Index des nouveaux patients	0,87	0,54	0,47
Nb total de visites	2 812	2 642	4 272
Nb moyen de visites par client	11,3	17,1	20,9
Présence moyenne par jour	11,7	11,0	17,8

Source : Rapports financiers AS-471

Cette observation est confirmée par le "nombre moyen de visites par client" qui est de 11,3 à St-Jean comparativement à 20,91 visites pour St-Hyacinthe (voir tableau no. 21). Rappelons que l'hôpital de jour de St-Jean ne dessert pas la même clientèle que St-Hyacinthe.

CHAPITRE IV

LES TAUX D'INSTITUTIONNALISATION

Les chapitres IV et V présentent les résultats de l'étude, soit l'évaluation et l'impact des programmes gériatriques visant le maintien à domicile en terme de substitution de service pour l'hébergement et les journées d'hospitalisation en courte durée. Le degré de substitution sera mesuré à l'aide des indicateurs et méthodes d'analyses qui ont été précisés au chapitre II.

De façon plus spécifique, le chapitre IV évalue l'ensemble des ressources gériatriques institutionnelles et de maintien à domicile de quatre territoires, soit de St-Jean, de Trois-Rivières, de St-Hyacinthe et de Val-d'Or pour la période de 1987-88 à 1991-92, ainsi que leur clientèle cible, soit les personnes âgées de 65 ans et plus.

La consommation des services par la population de 65 ans et plus de chaque territoire de concentration sera évaluée en fonction du taux d'institutionnalisation observé et de l'état des listes d'attente, c'est-à-dire la capacité de chaque sous-région de répondre adéquatement à la demande globale d'hébergement de la clientèle âgée et ce, compte tenu des ressources disponibles.

L'efficience des programmes gériatriques est évaluée en fonction des objectifs d'hébergement attendus, soit la norme "Desy" (l'offre) et le réel observé, incluant les listes d'attente, c'est-à-dire la demande.

Mais la question la plus importante au sujet des programmes gériatriques et de maintien à domicile est peut-être de savoir si, après tout, ces soins sont vraiment rentables.

Dans quelle mesure ces soins permettent-ils de satisfaire un ensemble de besoins déterminés, à moins de frais, que les autres modes de soins?

Dans quelle mesure ces soins permettent-ils de prévenir le recours aux autres modes de soins, plus coûteux, qui existent actuellement?

Enfin, pour mieux comparer l'ensemble des ressources disponibles d'une période à une autre, ainsi que d'un territoire à l'autre, toutes les dépenses ont été ramenées en "coût per capita" et en dollars constants.

La population à l'étude dans ce chapitre est la même que celle desservie par l'hôpital de jour et traitée au chapitre précédent, à laquelle s'ajoute celle d'un territoire de concentration ne bénéficiant pas des services de l'hôpital de jour, soit Val-d'Or.

4.1 Population desservie par territoire 1986-1991

St-Jean-sur-Richelieu : population par zone de CLSC

Tableau no. 22 Distribution de la population de 65 à 74 ans et de 75 ans et plus par zone de CLSC TERRITOIRE DE CONCENTRATION ST-JEAN-SUR-RICHELIEU					
Zone de CLSC		1986	1991		% Variation
RICHELIEU (Richelieu)	Age: 65-74 ans 75 ans et plus Total 65 ans et plus Population totale % 65 ans et plus	1 508 1 005 2 513 29 416 8,54%	1 670 1255 2 925 32 286 9,06%		10,74% 24,88% 16,39% 9,76%
ST-JEAN (Vallée-des-Forts)	Age: 65-74 ans 75 ans et plus Total 65 ans et plus Population totale % 65 ans et plus	5 020 2 796 7 816 84 184 9,28%	6 300 3 590 9 890 95 363 10,37%		25,50% 28,40% 26,54% 13,28%
ST-RÉMI NAPIERVILLE (Jardin du Québec)	Age: 65-74 ans 75 ans et plus Total 65 ans et plus Population totale % 65 ans et plus	1 237 759 1 996 20 993 9,51%	1 360 980 2 340 22 985 10,18%		9,94% 29,12% 17,23% 9,49%
TOTAL TERRITOIRE DE CONCENTRATION St-Jean-sur-Richelieu					
	Population totale 65 ans et plus % 65 ans et plus	134 593 12 325 9,15%	150 634 15 155 10,06%		11,92% 22,96%

Source : Services des études opérationnelles, M.S.S.S., Mars 1993

Le territoire de concentration de St-Jean-sur-Richelieu comptait en 1991, 150 634 citoyens alors qu'il en comptait 134 593 en 1986, selon les données du recensement canadien, ce qui représente une augmentation de 11,92% de sa population. Cet accroissement est de beaucoup supérieur à la moyenne québécoise qui est de 3,75% (voir tableau no. 22).

La population âgée de 65 ans et plus a connu une progression de l'ordre de 22,96%, passant de 12 325 personnes en 1986 à 15 155 personnes en 1991.

Des trois zones de CLSC du territoire de concentration de St-Jean-sur-Richelieu, celle de St-Jean-sur-Richelieu connaît, à la fois, la plus forte croissance de sa population totale et de sa population de 65 ans et plus. Cette dernière croît de 26,54%, alors que la population totale de cette zone connaît un accroissement de 13,28% pour la période de 1986 à 1991. St-Jean est d'ailleurs la zone où la progression relative est la plus importante des régions à l'étude.

Enfin, notons que les 75 ans et plus ont progressé de 29,12% à St-Rémi, de 28,40% à St-Jean et de 24,88% à Richelieu. Lorsque l'on réfère à l'importance et au niveau de consommation de soins et services de santé des 75 ans et plus, cette forte augmentation est susceptible d'accroître de façon sensible la demande auprès des établissements de soins de courte durée et d'hébergement.

Trois-Rivières : population par zone de CLSC

Tableau no. 23
Distribution de la population de 65 à 74 ans et de 75 ans et plus
par zone de CLSC
TERRITOIRE DE CONCENTRATION TROIS-RIVIÈRES

Zone de CLSC		1986	1991		% Variation
CAP-DE-LA-MADELEINE (Du Rivage)	Age:				
	65-74 ans	2 493	3 035		21,74%
	75 ans et plus	1 449	1 815		25,26%
	Total 65 ans et plus	3 942	4 850		23,03%
	Population totale	44 723	47 749		6,77%
	% 65 ans et plus	8,81%	10,15%		
TROIS-RIVIÈRES (Les Forges)	Age:				
	65-74 ans	4 924	5 845		18,70%
	75 ans et plus	3 165	3 905		23,38%
	Total 65 ans et plus	8 089	9 750		20,53%
	Population totale	76 930	81 155		5,49%
	% 65 ans et plus	10,51%	12,01%		
TOTAL TERRITOIRE DE CONCENTRATION					
Trois-Rivières					
	Population totale	121 653	128 904		5,96%
	65 ans et plus	12 031	14 600		21,35%
	% 65 ans et plus	9,88%	11,32%		

Source : Services des études opérationnelles, M.S.S.S., Mars 1993

Le territoire de concentration de Trois-Rivières compte quatre zones de CLSC, deux à nette prédominance rurale, Des Chenaux et Valentine-Lupien et deux urbaines, Les Forges (Trois-Rivières) et Du Rivage (Cap-de-la-Madeleine). Ces deux dernières zones de CLSC comptent pour près de 75% de la population de la zone de concentration de Trois-Rivières.

À l'instar des autres régions, la population âgée de 65 ans et plus du territoire de concentration de Trois-Rivières (Les Forges et Du Rivage) a progressé beaucoup plus rapidement que sa population globale. Cette dernière connaît une augmentation de 5,96%, alors que la population de 65 ans et plus croît de 21,35% passant ainsi de 12 031 à 14 600 individus de 1986 à 1991 (Voir tableau no. 23).

Des deux zones de CLSC, c'est celle de Trois-Rivières qui est la plus âgée avec 12,01% de sa population ayant 65 ans et plus, soit un taux légèrement supérieur à la moyenne provinciale qui était de 10,9% en 1991.

La population du Cap-de-la-Madeleine est légèrement moins âgée que celle de Trois-Rivières avec un taux de 10,15%. Toutefois, la progression des 65 ans et plus a connu une augmentation de 23,03% au cours de ces 5 dernières années, comparativement à 20,53% pour Trois-Rivières.

Chez les 75 ans et plus, la progression est également forte avec des taux de croissance de 25,26% et 23,28% respectivement pour le territoire de CLSC du Cap-de-la-Madeleine et de Trois-Rivières.

St-Hyacinthe : population par zone de CLSC

Tableau no. 24						
Distribution de la population de 65 à 74 ans et de 75 ans et plus						
par zone de CLSC						
TERRITOIRE DE CONCENTRATION ST-HYACINTHE						
Zone de CLSC			1986	1991		% Variation
ST-HYACINTHE (Maskoutins)	Age:					
	65-74 ans	4 899	5 570			13,70%
	75 ans et plus	3 344	4 170			24,70%
	Total 65 ans et plus	8 243	9 740			18,16%
	Population totale	69 608	79 115			13,66%
	% 65 ans et plus	11,84%	12,31%			
BELOEIL (Vallée des Patriotes)	Age:					
	65-74 ans	4 038	5 045			24,94%
	75 ans et plus	2 152	2 595			20,59%
	Total 65 ans et plus	6 190	7 640			23,42%
	Population totale	98 399	108 818			10,59%
	% 65 ans et plus	6,29%	7,02%			
ACTON VALE (La Chenaie)	Age:					
	65-74 ans	1 121	965			-13,92%
	75 ans et plus	612	570			-6,86%
	Total 65 ans et plus	1 733	1 535			-11,43%
	Population totale	19 801	15 028			-24,10%
	% 65 ans et plus	8,75%	10,21%			
TOTAL TERRITOIRE DE CONCENTRATION						
St-Hyacinthe						
	Population totale	187 808	202 961			8,07%
	65 ans et plus	16 166	18 915			17,00%
	% 65 ans et plus	8,60%	9,31%			

Source : Services des études opérationnelles, M.S.S.S., Mars 1993

La population du territoire de concentration de St-Hyacinthe présente des particularités que l'on ne retrouve pas dans les trois autres régions analysées.

La première distinction concerne les écarts de stratification d'âge parmi les trois zones de CLSC de ce territoire.

La population âgée de 65 ans et plus de la zone de CLSC de St-Hyacinthe représente 12,31% de la population totale, alors que pour la zone de Beloeil, cette même population de 65 ans et plus ne représente que 7,02% de la population. Ce taux est très inférieur à la moyenne régionale et provinciale. Il faut préciser que Beloeil a connu un développement important au cours des années comme ville de banlieue et périphérique de Montréal.

La zone de CLSC de Beloeil est également plus populeuse que celle de St-Hyacinthe, soit 108 818 et 79 115 respectivement, mais la presque totalité des ressources socio-sanitaires se trouvent à St-Hyacinthe (voir tableau no. 24).

La zone de CLSC d'Acton Vale est la seule des 9 zones de CLSC étudiées qui connaît à la fois une baisse significative de sa population totale, soit une réduction de 24,10% et une réduction de 11,43% des personnes âgées de 65 ans et plus.

Malgré ces particularités, la population globale du territoire de concentration de St-Hyacinthe s'est accrue de 8,07%, alors que celle de 65 ans et plus a progressé de 17%. Cette dernière progression est toutefois la plus faible des quatre territoires de concentration à l'étude.

Pour les 75 ans et plus, c'est la zone de CLSC de St-Hyacinthe où le taux de progression est le plus fort avec 24,7%, suivi de Beloeil avec un accroissement de 20,59%. Acton Vale connaît une baisse de 6,86% au cours des années 1986-1991.

Val-d'Or : population par zone de CLSC

Tableau no. 25
Distribution de la population de 65 à 74 ans et de 75 ans et plus
par zone de CLSC
TERRITOIRE DE CONCENTRATION VAL-D'OR

Zone de CLSC		1986	1991		% Variation
VAL-D'OR (Senneterre)					
Age:					
65-74 ans	1 949	2 350			20,57%
75 ans et plus	940	1 146			21,91%
Total 65 ans et plus	2 889	3 496			21,01%
Population totale	41 640	43 280			3,94%
% 65 ans et plus	6,93%	8,07%			

Source : Services des études opérationnelles, M.S.S.S., Mars 1993

La zone de concentration de Val-d'Or/Senneterre est celle qui présente la plus faible densité de population avec 43 280 habitants et n'inclut qu'une seule zone de CLSC. C'est également la plus jeune avec seulement 8,07% de personnes âgées de 65 ans et plus en 1991, alors que ce taux était de 6,93% en 1986 (voir tableau no. 25).

Contrairement aux autres régions, la population de 65 à 74 ans connaît une augmentation aussi importante que les 75 ans et plus avec des progressions de 20,57% et 21,91% respectivement.

En résumé, pour l'ensemble des 4 territoires de concentration à l'étude, la progression du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus est très importante, la moyenne est de 20,58% avec des écarts variant entre 17,0% et 22,96%.

Pour les 75 ans et plus, la progression est encore plus importante avec une augmentation moyenne de 24,78% et des écarts variant de 20,59% et 29,12%, exception faite pour la zone de CLSC d'Acton Vale qui, elle, a connu une baisse de 6,86%.

Toutefois, c'est cette dernière catégorie, soit les personnes très âgées, qui exercent les pressions les plus importantes sur le réseau institutionnel de soins médicaux et d'hébergement.

4.2 Les programmes gériatriques et budget par territoire : 1987-88 et 1991-92

Toutes les dépenses de 1991-92 sont des coûts constants de 1987-88 afin de permettre de mieux suivre l'évolution des budgets disponibles. De plus, pour tenir compte de l'accroissement du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus entre 1987-88 et 1991-92, toutes les dépenses ont été ramenées en "coût per capita" afin de pouvoir comparer le niveau de financement d'une période à l'autre et d'une région à l'autre.

Les services gériatriques considérés dans ce chapitre sont les suivants :

- l'hôpital de jour;
- les centres de jour;
- les soins et aide à domicile;
- les unités de courte durée gériatrique;
- les unités de moyen séjour;
- l'hébergement temporaire.

Tableau no. 26
Programmes gériatriques(1), territoire de concentration de St-Jean
1987-88 et 1991-92, en dollars constants

Zones de CLSC : Vallée-des-Forts Richelieu St-Rémi	Réel 1987-88	\$ constants 1991-92
1) Programme en établissement		
- Moyen séjour 7 places X 62,600 20 places X 62,600	438 200 \$	1 252 000 \$
- Unité courte durée gériatrique 25 places X 62,600	1 565 000 \$	1 565 000 \$
	TOTAL	2 003 200
	Per capita	162,53 \$
2) Programmes services à domicile		
- Soins et aide à domicile	2 507 322 \$	2 883 325 \$
	Per capita	203,43 \$
3) Programmes communautaires		
- Centre de jour	451 281 \$	528 815 \$
- Hébergement temporaire (2) 3 places X 27,766 11 places X 27,766	83 299 \$	305 426 \$
- Hôpital de jour	232 637 \$	285 008 \$
	TOTAL	767 217 \$
	Per capita	62,24 \$
TOTAL Programmes	5 277 739 \$	6 819 574 \$
Per capita	428,21	449,99 \$

(1) Selon nomenclature MSSS, (1990), Direction de services de longue durée.

(2) Incluant lits de transition et convalescence

Source : *Régie régionale de la Montérégie et MSSS (SIFO)*

Pour les trois zones de CLSC du territoire de concentration de St-Jean, les budgets consacrés aux programmes gériatriques excluant l'hébergement, totalisent la somme de 6 819 574 \$ en 1991-92 et ce, en dollars constants de 1987-88.

En référence au tableau no. 26, la région dispose actuellement de tous les programmes gériatriques, soit les programmes de services à domicile, les programmes communautaires et les programmes en établissement.

Les principaux développements au cours de la période de 1987-88 à 1991-92 sont les suivants :

- 1- Moyen séjour : 20 places;
- 2- Hébergement temporaire : 11 places.

L'hôpital de jour a été inauguré en décembre 1986, mais a connu sa première année complète d'opération en 1987-88.

En terme réel et per capita, le financement des programmes en établissement a progressé de 14,74%; les services à domicile connaissent un recul de 6,47% et les programmes communautaires progressent de 17,56%.

Pour l'ensemble des programmes, la région recevait 428,78 \$ per capita en 1987-88 et en reçoit 449,99 \$ en 1991-92 pour une progression globale réelle de 4,9%.

Tableau no. 27 Programmes gériatriques(1), territoire de concentration de Trois-Rivières 1987-88 et 1991-92, en dollars constants			
Zones de CLSC : Les Forges Durivage		Réel 1987-88	\$ constants 1991-92
1) Programme en établissement			
- Moyen séjour 42 places X 62,600 X 0.75 (2)		1 971 900 \$	1 971 900 \$
12 places X 62,600 X 0.75 (2)			
- Unité courte durée gériatrique 25 places X 62,6000		563 400 \$	563 400 \$
	TOTAL	2 535 300 \$	2 535 300 \$
	Per capita	218,74 \$	173,65 \$
2) Programmes services à domicile			
- Soins et aide à domicile		1 472 707 \$	1 849 526 \$
	Per capita	122,41 \$	126,68 \$
3) Programmes communautaires			
- Centre de jour		374 645 \$	437 630 \$
- Hébergement temporaire (2)			
5 places X 27,766			138 830 \$
- Hôpital de jour (3)			342 402 \$
	TOTAL	374 645 \$	918 867 \$
	Per capita	31,14 \$	62,94 \$
TOTAL Programmes		4 382 652 \$	5 303 693 \$
Per capita		364,28	363,27 \$

(1) Selon nomenclature MSSS, (1990), Direction de services de longue durée.

(2) Estimation

(3) Coûts ajustés

Source : Régie régionale Mauricie-Bois-Francs et MSSS (SIFO)

Le territoire de concentration de Trois-Rivières inclut quatre zones de CLSC. Dans le cadre de cette étude, seules les deux principales zones de CLSC, soit Trois-Rivières et Cap-de-la-Madeleine ont été considérées, ces dernières regroupent près de 75% de la population de ce territoire.

La population de ce territoire peut, en 1991-92, compter sur la gamme complète des programmes gériatriques en établissement, à domicile et communautaires pour répondre à ses besoins et les budgets qui y sont consacrés représentent 5 303 693 \$ en dollars constants de 1987-88.

Au cours de la période de 1987-88 à 1991-92 inclusivement, les développements de programmes sont peu nombreux, soit deux lits d'hébergement temporaire dans la zone de CLSC du Cap-de-la-Madeleine et trois lits d'hébergement temporaire à Trois-Rivières. L'hôpital de jour a été inauguré à la fin de l'année 1987-88 et seuls quelques clients ont pu bénéficier de ce nouveau service. Les dépenses n'ont donc pas été comptabilisées pour cette première année.

En terme réel et per capita, le financement des programmes en établissement connaît un recul de 20,61% passant de 218,74 \$ à 173,65 \$ per capita au cours de cette période. Le coût des services à domicile ne connaît qu'une très légère progression en terme réel de 3,49% (voir tableau 50 en annexe).

Les programmes communautaires connaissent une progression de plus de 100% avec l'addition du programme d'hôpital de jour et de cinq lits d'hébergement temporaire.

Pour l'ensemble des programmes, la région de Trois-Rivières recevait 364,28 \$ en 1987-88 et reçoit 363,27 \$ en 1991-92 pour un recul de moins de 1% en terme réel et per capita.

Tableau no. 28
Programmes gériatriques(1), territoire de concentration de St-Hyacinthe
1987-88 et 1991-92, en dollars constants

Zones de CLSC : Les Maskoutins La Chenaie Vallée des Patriotes	Réel 1987-88	\$ constants 1991-92
1) Programme en établissement		
- Moyen séjour 20 places X 62,600	1 252 000 \$	1 252 000 \$
- Unité courte durée gériatrique 34 places X 62,600	2 128 000 \$	2 128 000 \$
	TOTAL	3 380 000 \$
	Per capita	209,08 \$
2) Programmes services à domicile		
- Soins et aide à domicile	2 212 025 \$	3 754 520 \$
	Per capita	136,83 \$
3) Programmes communautaires		
- Centre de jour	446 614 \$	489 519 \$
- Hébergement temporaire (2) 35 places X 27,766	971 810 \$	971 810 \$
- Hôpital de jour (3)		351 725 \$
	TOTAL	1 418 424 \$
	Per capita	87,74 \$
TOTAL Programmes	7 010 449 \$	8 947 574 \$
Per capita	433,65 \$	473,04 \$

(1) Selon nomenclature MSSS, (1990), Direction de services de longue durée.

(2) Incluant lits de transition et convalescence

(3) Coûts ajustés

Source : Régie régionale de la Montérégie et MSSS (SIFO)

Le territoire de concentration de St-Hyacinthe comprend trois zones de CLSC. Les budgets consacrés aux programmes gériatriques sur ce territoire totalisaient en 1991-92 la somme de 8 947 574 \$ en dollars constants de 1987-88.

La population âgée de ce territoire dispose de la gamme complète des programmes gériatriques en établissement, à domicile et communautaires et a bénéficié de plusieurs développements de services au cours de la période de 1987-88 et 1991-92.

A l'Hôtel-Dieu de St-Hyacinthe, plusieurs lits d'hébergement longue durée ont été transformés en programme de moyen séjour, de courte durée gériatrique, ainsi que pour l'hébergement temporaire en 1987-88.

L'hôpital de jour a été inauguré en décembre 1987 et très peu de clients ont pu bénéficier de ce nouveau programme gériatrique au cours de l'année 1987-88. Tout comme à Trois-Rivières, on n'a pas considéré les dépenses d'exploitation de la première année. Ces budgets ont davantage servi à la mise en place du programme, au recrutement et à la formation du nouveau personnel.

En terme réel et per capita, le financement des programmes en établissement connaît un recul de 14,53% passant de 209,08 \$ à 178,69 \$ per capita en 1991-92. Les services à

domicile font un bond de 45 067 \$ (voir tableau no 50 en annexe), alors que le financement des programmes communautaires croît de 9,24% avec l'ajout de l'hôpital de jour.

Pour l'ensemble des programmes, la région de St-Hyacinthe recevait 433,65 \$ per capita en 1987-88 et en reçoit 477,04 \$ en dollars constants en 1991-92 pour une progression réelle de 8,46%.

Tableau no. 29 Programmes gériatriques(1), territoire de concentration de Val-d'Or 1987-88 et 1991-92, en dollars constants			
Zones de CLSC : Val-d'Or/Senneterre	Réel 1987-88	\$ constants 1991-92	
1) Programme en établissement			
- Nil	0 \$	0 \$	
	TOTAL	0 \$	0 \$
2) Programmes services à domicile			
- Soins et aide à domicile	493 462 \$	870 647 \$	
	Per capita	170,81 \$	249,04 \$
3) Programmes communautaires			
- Centre de jour	128 903 \$	156 751 \$	
	Per capita	44,62 \$	44,84 \$
TOTAL Programmes	622 365 \$	1 027 398 \$	
Per capita	215,42	293,88 \$	

(1) Selon nomenclature MSSS, (1990), Direction de services de longue durée.

Source : MSSS (SIFO)

Le territoire de concentration de Val-d'Or ne compte qu'une seule zone de CLSC, soit Val-d'Or/Senneterre et ne dispose que de deux programmes gériatriques : les services à domicile et deux centres de jour (voir tableaux no. 50 et 51 en annexe).

De plus, au cours de la période de 1987-88 à 1991-92, aucun nouveau programme ne s'est ajouté, contrairement aux trois autres régions à l'étude.

En 1991-92, un budget pour cinq lits en courte durée gériatrique a été consenti, mais le service n'a été opérationnel que l'année suivante. Pour ce motif, on n'a pas comptabilisé ce budget pour l'année 1991-92 comme service gériatrique disponible pour les 65 ans et plus.

En terme réel et per capita, le financement des soins à domicile a progressé de 45,80%, soit un budget de 170,81 \$ per capita en 1987-88 et de 249,04 \$ en 1991-92. Le financement des centres de jour est stable avec un budget de 44,62 \$ per capita en 1987-88 comparativement à 44,84 \$ en 1991-92.

Pour l'ensemble des deux programmes, la région connaît une progression de 36,42% en terme réel, compte tenu de la forte progression du financement des services à domicile.

Tableau no. 30 Budget par programme et per capita, par territoire de concentration : 1991-92, dollars constants 1987-88 Tableau comparatif				
PROGRAMMES	ST-HYACINTHE	ST-JEAN	TROIS-RIVIÈRES	VAL-D'OR
Établissement	178,69	185,88	173,65	0
Domicile	198,49	190,26	126,68	249,04
Communautaire	95,85	73,85	62,94	44,84
TOTAL	473,04	449,99	363,27	293,88

Le financement des programmes en établissement est relativement identique pour les trois territoires de concentration et exclut bien entendu la région de Val-d'Or.

Mais, comme on peut le constater, il y a des disparités importantes entre les régions. Ainsi, pour les services à domicile, les écarts sont très grands, les coûts variant de 126,68 \$ per capita sur le territoire de concentration de Trois-Rivières à 249,04 \$ per capita à Val-d'Or.

Malgré cet écart favorable, la zone de CLSC de Val-d'Or/Senneterre est la seule à ne pas offrir des services spécialisés à domicile, tels que l'inalothérapie, la physiothérapie, etc. (voir tableau no. 50 en annexe).

Pour les trois régions qui disposent d'un hôpital de jour, on observe un écart de 34,33% dans le financement des programmes communautaires. Pour l'ensemble des

programmes, la région de St-Hyacinthe bénéficie du meilleur financement per capita, soit 473,04 \$ et Trois-Rivières le plus faible avec 363,27 \$ pour un écart de plus de 25%.

C'est toutefois la région de Val-d'Or "dite de comparaison" qui a le moins de programmes gériatriques et par conséquent le moins de financement per capita.

On analysera plus loin l'impact de ces différences d'investissement sur le taux d'institutionnalisation en hébergement et le taux de journée d'hospitalisation en courte durée.

4.3 Lits d'hébergement par territoire de concentration, 1987-88 et 1991-92 et taux d'institutionnalisation

St-Jean

Tableau no. 31 Ressources d'hébergement (publics et privés conventionnés), territoire de concentration de St-Jean et taux d'institutionnalisation : 1986-87 et 1991-92		
	1986-1987	1991-1992
Lits soins prolongés	167	167
Lits centre d'accueil	675	618
Lits en pavillon	18	18
TOTAL	860	803
Population 65 ans et plus	12 325	15 155
Taux d'institutionnalisation	6,98%	5,29%

Source : Régie régionale de la Montérégie

Le nombre de lits de type soins prolongés est demeuré identique entre 1986-87 et 1991-1992, soit 167 lits. Précisons qu'il s'agit de la plus faible proportion de ce type de ressources des quatre sous-régions à l'étude et ce, compte tenu de la population à desservir. Les lits d'hébergement en centre d'accueil connaissent une baisse de près de 5% et passent de 675 à 647 au cours de la même période, malgré un accroissement de 22,96% du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus dans ce secteur.

La diminution du nombre de lits est une conséquence des changements apportés à la mission de quelques centres d'accueil. Certains lits d'hébergement servent maintenant de dépannage, de moyen séjour et de réadaptation. Pour les lits en pavillon, il n'y a pas de changement (voir tableau no. 48 en annexe).

Taux d'institutionnalisation : St-Jean

En 1986-87, le secteur de St-Jean comptait 860 lits d'hébergement publics et privés conventionnés pour desservir 12 325 personnes âgées de 65 ans et plus, soit un taux d'institutionnalisation de 6,98%, un taux très voisin de la moyenne provinciale à 7% lorsqu'on ne considère que cette catégorie d'établissement pour l'hébergement.

En 1991-92, on dénombre 803 lits pour desservir une population de 15 155 personnes de 65 ans et plus, pour un taux d'institutionnalisation de 5,29%, ce qui représente une réduction de 1,7% en taux absolu par rapport à 1986-87.

Besoin en lits d'hébergement selon la norme "Desy"

Le territoire de concentration de St-Jean, en 1991, comptait 5 825 citoyens de 75 ans et plus, 9 330 personnes de 65 à 74 ans et 64 305 personnes de 18 à 64 ans.

Selon la norme "Desy", les besoins en lits d'hébergement sont de 572 lits pour les 75 ans et plus, 120 lits pour les 65 - 74 ans et 93 lits pour les 18-64 ans; pour un grand total de 785 lits d'hébergement, excluant les lits en pavillon ou de ressources intermédiaires telles que les familles d'accueil.

Considérant que le territoire de concentration de St-Jean compte 785 lits, excluant ceux en pavillon, cette sous-région présente donc un équilibre parfait en 1991-92, selon la norme "Desy".

Provenance de la clientèle hébergée

Sur un total de 218 admissions en 1991-92 près des 2/3 (64,03%) proviennent des centres hospitaliers de courte durée, alors que les références du domicile sont relativement faible (17,57%). Les références "autres" (18,40%) sont en grande partie des transferts interétablissements, tels que des pavillons vers les centres d'accueil et vers les lits de "soins prolongés" ou de clientèle en provenance des résidences privées non conventionnées.

Trois-Rivières

Tableau no. 32 Ressources d'hébergement (publiques et privées conventionnées) territoire de concentration de Trois-Rivières et taux d'institutionnalisation 1986-87 et 1991-92		
	1986-1987	1991-1992
Lits soins prolongés	265	265
Lits centre d'accueil	406	405
Lits en pavillon	102	102
TOTAL	773	772
Population 65 ans et plus	12 031	14 600
Taux d'institutionnalisation	6,42 %	5,29 %

Source : Régie régionale Mauricie-Bois-Francs

Dans les zones de CLSC de Trois-Rivières et du Cap-de-la-Madeleine, on n'observe aucun changement quant au nombre de lits en centre d'accueil et en soins prolongés au cours de la période de 1986-87 à 1991-92, ainsi que pour les lits en pavillon.

En 1986-87, on comptabilisait 773 lits pour répondre aux besoins de 12 031 personnes de 65 ans et plus, soit un taux d'institutionnalisation de 6,42%.

En 1991-92, la population âgée de 65 ans et plus atteint 14 600 personnes et 772 lits sont disponibles, soit un taux d'institutionnalisation de 5,29%, comparable à ceux observés à St-Jean et St-Hyacinthe.

Besoin en lits d'hébergement selon la norme "Desy"

La zone de CLSC du Cap-de-la-Madeleine et de Trois-Rivières compte 5 720 personnes de plus de 75 ans, 8 880 personnes de 65 à 74 ans et 82 912 personnes de 18 à 64 ans pour un besoin total de 753 lits d'hébergement, excluant les pavillons.

Cette sous-région a donc un "déficit" important de 83 lits, car elle ne compte que 670 lits en centre d'accueil et de longue durée. Le déficit est donc de l'ordre de 10,89% en 1991-92.

Provenance de la clientèle hébergée

Les patients admis en lits d'hébergement proviennent dans une proportion des deux tiers (66,2%) des CHSCD, tout comme à St-Jean. La référence du domicile est toutefois meilleure avec 26,2%. Les références autres ne représentaient que 7,6% pour le territoire de concentration de Trois-Rivières en 1991-92 sur un total de 117 patients.

St-Hyacinthe

Tableau no. 33 Ressources d'hébergement (publiques et privées conventionnées) territoire de concentration de St-Hyacinthe et taux d'institutionnalisation 1986-87 et 1991-92		
	1986-1987	1991-1992
Lits soins prolongés	502	444
Lits centre d'accueil	491	507
Lits en pavillon	89	60
TOTAL	1 082	1 011
Population 65 ans et plus	16 166	18 915
Taux d'institutionnalisation	6,69 %	5,34 %

Source : Régie régionale de la Montérégie

Le territoire de concentration de St-Hyacinthe comprend 3 zones de CLSC, soit Acton Vale, Beloeil et St-Hyacinthe et comptait 1 011 lits d'hébergement en 1991-92 pour desservir

18 915 personnes de 65 ans et plus, soit un taux d'institutionnalisation de 5,34%. Ce taux était de 6,69% en 1986-87, pour une baisse de 1,35% en valeur absolue. Dans ce secteur, les lits de soins prolongés sont passés de 502 à 444, les lits en centre d'accueil de 491 à 507 et les lits en pavillon de 89 à 60.

La diminution du nombre de lits est une conséquence des changements apportés à la mission de l'Hôtel-Dieu de St-Hyacinthe. De 1986-87 à 1987-88, on a développé des programmes gériatriques tels que des unités de courte durée, de moyen séjour, des lits de dépannage et l'hôpital de jour.

Besoin en lits d'hébergement selon la norme "Desy"

Le territoire de concentration de St-Hyacinthe, en 1991, comptait 11 580 personnes de 65 à 74 ans, 7 335 personnes de 75 ans et plus et 123 609 personnes de 18 à 64 ans.

En référence à la norme "Desy", la zone de St-Hyacinthe a besoin de 985 lits, alors qu'elle en compte 951 en 1991-92, excluant les lits en pavillon.

La région de St-Hyacinthe présente donc un léger déficit de 34 lits en terme de besoin, selon la norme "Desy".

Provenance de la clientèle

Au cours de l'année 1991-92, on comptabilise 326 admissions en longue durée. Les références des centres hospitaliers de courte durée sont plus faibles que la moyenne observée, avec seulement 43,25% ainsi que les références provenant du domicile avec 15,75% respectivement. Les données statistiques ne précisent malheureusement pas la provenance de la clientèle classée dans la catégorie "autres" et qui représente 39,5% de l'ensemble.

VAL-D'OR

Tableau no. 34 Ressources d'hébergement (publiques et privées conventionnées) territoire de concentration de Val-d'Or et taux d'institutionnalisation 1986-87 et 1991-92		
	1986-1987	1991-1992
Lits soins prolongés	58	58
Lits centre d'accueil	144	144
Lits en pavillon	29	29
TOTAL	231	231
Population 65 ans et plus	2 889	3 496
Taux d'institutionnalisation	7,99 %	6,60 %

Source : Régie régionale de l'Abitibi-Témiscamingue

Le territoire de concentration de Val-d'Or ne compte qu'une seule zone de CLSC, il est le moins populeux avec 43 280 personnes et sa population est la plus jeune des quatre territoires à l'étude.

De 1986-87 à 1991-92, on n'observe aucun changement dans le nombre de lits d'hébergement, quelle que soit la catégorie d'établissement (voir tableau no. 47 en annexe).

Malgré une population jeune comprenant seulement 6,93% d'individus âgés de 65 ans et plus, on observe un taux d'institutionnalisation de près de 8% en 1986-87. En 1991-92, le taux d'institutionnalisation est de 6,77%.

Besoin en lits d'hébergement selon la norme "Desy"

Le territoire de Val-d'Or compte 1 146 personnes de 75 ans et plus, 2 350 personnes de 65 à 74 ans et 27 725 personnes de 18 à 64 ans, soit un besoin de 168 lits d'hébergement de longue durée et en centre d'accueil. On dénombrait 202 places d'hébergement, excluant les lits en pavillon, en 1991-92 pour un "excédent" de 34 lits ou de 20,23%.

Provenance de la clientèle hébergée

Pour l'année 1991-92, on n'a pas de statistiques validées pour la provenance de la clientèle hébergée. Toutefois, une connaissance empirique de la situation démontre que les références en provenance du centre hospitalier de courte durée est importante, tel qu'observé d'ailleurs pour les trois autres régions.

Tableau no. 35 Taux d'institutionnalisation - Données comparatives en pourcentage (%) par territoire de concentration 1986-87 et 1991-92		
Territoire de concentration	1986-1987	1991-1992
St-Jean	6,98 %	5,29 %
Trois-Rivières	6,42 %	5,29 %
St-Hyacinthe	6,69 %	5,34 %
VAL-D'OR	7,99 %	6,60 %

Source : Régie régionale de l'Abitibi-Témiscamingue

L'impact direct du gel du nombre de lits d'hébergement, voire la réduction dans certaines régions, alors que l'on observe un accroissement important du nombre de personnes âgées, se traduit par la réduction du taux d'institutionnalisation.

Observer une baisse du taux d'institutionnalisation est une donnée très intéressante.

À titre d'exemple, une réduction du taux de 1,7% pour la région de St-Jean représente une économie de 257 places d'hébergement sur une période de cinq ans, considérant que ce territoire de concentration comptait 15 155 personnes âgées de 65 ans et plus en 1991.

Toutefois, le taux d'institutionnalisation n'est qu'une donnée partielle, voire insuffisante. En effet, le taux d'institutionnalisation ne nous renseigne pas sur l'orientation de la clientèle.

Y a-t-il un plus grand nombre de personnes âgées en attente d'hébergement ou un accroissement du taux des journées d'hospitalisation et de la durée de séjour? Compte tenu de la décroissance relative des ressources d'hébergement.

Avec le taux d'institutionnalisation, l'état ou la variation de la liste d'attente des personnes âgées pour une place d'hébergement est le second indicateur important pour ce volet de l'étude.

4.4 Les listes d'attente pour hébergement

Rappelons que les personnes âgées actuellement sur les listes d'attente pour hébergement ont toutes été référencées par le Comité d'orientation et d'admission régionale

(C.O.A.) suite à une évaluation bio-psycho-sociale complète. L'inscription d'une personne âgée sur ces listes d'attente représente donc la meilleure référence possible, compte tenu des besoins individuels et de ressources gériatriques disponibles sur ce même territoire.

Tableau no. 36
Liste d'attente au 31 mars par territoire de concentration et
par catégorie d'établissement
1987-88 à 1991-92

		St-Jean	Trois-Rivières	St-Hyacinthe	Val-d'Or
1987-1988					
Longue durée		7	N/D	19	10
Centre d'accueil		26		37	10
Pavillon		0		1	2
TOTAL		33		57	22
1988-1989					
Longue durée		9	N/D	37	10
Centre d'accueil		15		77	8
Pavillon		0		1	1
TOTAL		24		115	19
1989-1990					
Longue durée		10	60	10	14
Centre d'accueil		31	160	58	12
Pavillon		0	4	5	0
TOTAL		41	224¹	73	26
1990-1991					
Longue durée		21	49	9	16
Centre d'accueil		24	90	42	11
Pavillon		0	9	0	2
TOTAL		45	148¹	51	29
1991-1992					
Longue durée		12	46	13	16
Centre d'accueil		11	53	49	13
Pavillon		0	13	1	7
TOTAL		23	112² 138¹	63	36

1) 4 zones de CLSC

2) Zones de CLSC du Cap-de-la-Madeleine et de Trois-Rivières

Source : Régie régionale Montérégie, Abitibi-Témiscamingue et Mauricie-Bois-Francs

Liste d'attente, St-Jean

La liste d'attente du territoire de concentration de St-Jean comptait 33 inscriptions au 31 mars 1988, alors qu'on en compte que 23 au 31 mars 1992. On observe également certaines variations atteignant 41 et 45 personnes en 1990 et 1991. Par ailleurs, il n'y a aucune inscription pour une place en pavillon.

Notons que la région a connu une baisse de ses lits d'hébergement, alors que 28 de ces lits ont été transformés pour des programmes de réadaptation, de dépannage et de courte durée gériatrique au cours de cette période.

Liste d'attente, Trois-Rivières

L'analyse de la liste d'attente du territoire de concentration de Trois-Rivières présente quelques difficultés. Tout d'abord, les données pour 1987-88 et 1988-89 ne sont pas disponibles. En second lieu, les inscriptions de 1989-90 à 1991-92, soit 224, 148 et 138 personnes, représentent la liste d'attente totale pour les quatre zones de CLSC du territoire de Trois-Rivières.

Précisons toutefois que 112 des 138 personnes en attente au 31 mars 1992 proviennent des deux zones de CLSC à l'étude, soit Trois-Rivières et Cap-de-la-Madeleine et que ces

dernières zones de CLSC représentent 73,5% des personnes âgées du territoire de concentration de Trois-Rivières.

Toutefois, sur une période de trois ans, de 1989-90 à 1991-92, on observe une réduction de la liste d'attente de 38,4%, soit 224 à 138 personnes. Pour la même période, la demande d'hébergement en centre d'accueil chute de 160 inscriptions à 53 inscriptions.

Liste d'attente, St-Hyacinthe

Pour le territoire de concentration de St-Hyacinthe, la liste d'attente est demeurée relativement stable de 1987-88 à 1991-92. En début de période, on observe 57 personnes référencées non admises, alors qu'au 31 mars 1992, on en comptabilise 63 pour une légère augmentation de 6 personnes.

La seule exception est pour 1988-89, alors qu'on retrouve 115 personnes en attente. Cette période correspond à la fermeture récente de 18 lits d'hébergement et de 58 lits de soins de longue durée à l'Hôtel-Dieu de St-Hyacinthe. Ces lits ont été transformés pour des programmes de réadaptation courte durée gériatrique et l'hôpital de jour.

Enfin, la liste d'attente pour les pavillons est presque nulle avec qu'une seule inscription au 31 mars 1992.

Liste d'attente, Val-d'Or

Des quatre territoires de concentration à l'étude, seule la zone de Val-d'Or/Senneterre connaît un accroissement significatif de sa liste d'attente. De 1987-88 à 1991-92, le nombre de personnes en attente d'hébergement passe de 22 à 36 pour un accroissement de 63,63 %, alors que le nombre de places d'hébergement est demeuré stable au cours de cette période.

4.5 La demande vs l'offre

Notre troisième et dernier indicateur pour mesurer l'impact des programmes gériatriques sur la demande d'hébergement est la norme "Desy".

Le taux d'institutionnalisation a mesuré le nombre de personnes hébergées dans l'une ou l'autre des catégories d'établissement de chaque territoire, ainsi que la variation de ce taux sur une période de cinq ans.

L'étude des listes d'attente permet d'apprécier le "débordement" ou les besoins non comblés par catégorie d'établissement et par territoire de concentration compte tenu des places disponibles.

La norme "Desy" représente l'offre globale "attendue" pour chacune des régions, il s'agit de l'objectif à atteindre en fonction de la population âgée à desservir. La demande totale représente le nombre de lits réel, auquel s'ajoute le nombre de clients en attente pour un hébergement en centre d'accueil ou en soins prolongés. La norme "Desy" ne prend pas en compte les lits des pavillons.

Tableau no 37 Pourcentage (%) d'écart entre l'offre (norme "Desy") et la demande totale de lits d'hébergement par territoire de concentration 1991-92			
TERRITOIRE	OFFRE	DEMANDE TOTALE	POURCENTAGE
TERRITOIRE	NORME "DESY"	RÉEL ET LISTE D'ATTENTE	ÉCART
ST-JEAN-SUR-RICHELIEU	785	785 + 23 (808)	+2,92%
ST-HYACINTHE	985	951 + 62 (1013)	+2,84%
TROIS-RIVIÈRES	753	670 + 99 (769)	+2,25%
VAL-D'OR	168	202 + 29 (231)	+37,50%

Source : Régie régionale de Montérégie, Abitibi-Témiscamingue et Mauricie-Bois-Francs.

La norme "Desy" n'inclut pas les lits en pavillon, on a donc soustrait du nombre de places total les lits en pavillon des territoires concernés. On a également amputé de la liste d'attente les demandes pour les pavillons.

A St-Jean et à St-Hyacinthe on a constaté plus haut que ces deux régions étaient presqu'en équilibre pour le nombre de lits disponibles et "l'offre" selon la norme "Desy". Si on considère la clientèle en attente d'hébergement, la demande totale n'excède que de 2,92% l'offre à St-Jean et que de 2,84% à St-Hyacinthe. De plus, il n'y a aucune inscription pour les lits de pavillon à St-Jean en 1991-92 et qu'une seule à St-Hyacinthe.

Le territoire de concentration de Trois-Rivières possède la liste d'attente la plus importante malgré une réduction de moitié environ sur une période de trois ans, soit de 224 personnes à 138 personnes entre 1988-89 et 1991-92, dont 112 personnes pour les deux zones de CLSC de Trois-Rivières et Cap-de-la-Madeleine, malgré un déficit de 83 lits en 1991-92.

Considérant le manque de lits de cette région (zones de CLSC de Trois-Rivières et du Cap-de-la-Madeleine), la demande totale d'hébergement n'excède que de 2,25% l'offre, selon la norme "Desy". Bien entendu, les 99 personnes âgées en attente d'hébergement de ce territoire sont plus qu'une simple statistique et subissent durement le manque de lits d'hébergement de ce territoire.

Pour la région de Val-d'Or, la demande totale est 36,50% supérieure à l'offre au 31 mars 1992. En valeur absolue, la liste d'attente n'est pas très importante, soit 29, mais en fonction du nombre de lits et du nombre de personnes âgées de ce territoire, elle est très importante.

A titre d'exemple, si les ratios de Val-d'Or étaient appliqués à St-Hyacinthe et St-Jean, on observerait des listes d'attente de 156 et 125 personnes respectivement.

Certaines hypothèses concernant la situation observée à Val-d'Or pour l'hébergement, comparativement aux autres régions, seront présentées plus loin.

CHAPITRE V

CONSOMMATION DE SOINS DANS LES UNITÉS DE COURTE DURÉE

Le chapitre V présente les résultats de l'impact des programmes gériatriques sur le niveau de consommation de soins dans les unités de courte durée (CHSCD) par la population de 65 à 74 ans et 75 ans et plus.

La population visée ne concerne que les zones de CLSC dans lesquelles sont implantés les trois hôpitaux de jour, soit St-Jean, Trois-Rivières et St-Hyacinthe, auxquels s'ajoute la zone de Val-d'Or qui constitue notre groupe témoin dans le cadre de cette étude.

On a constaté au chapitre précédent une réduction du taux d'institutionnalisation et de la demande per capita pour l'hébergement pour trois territoires de concentration sur quatre, malgré un accroissement important de la clientèle âgée de 65 ans et plus.

On a également observé que près des deux tiers des personnes âgées "séjournaient" dans les unités de courte durée au moment de leur admission dans les établissements d'hébergement de longue durée.

La question qui se pose maintenant est la suivante : le maintien à domicile d'un plus grand nombre de personnes âgées conduit-il à un accroissement, per capita, de la consommation dans les unités de courte durée des centres hospitaliers, soit en terme de séjour moyen ou de journées d'hospitalisation?

Le niveau de consommation de la clientèle des 65 à 74 ans et des 75 ans et plus sera évalué ici en fonction de trois indicateurs, soit le taux d'hospitalisation, la durée de séjour et le taux de journées d'hospitalisation spécifique.

5.1 Les hospitalisations et journées d'hospitalisation par zone de CLSC

St-Jean

Zone de CLSC	1987-1988		1991-1992		VARIATION	
	Nb adm.	Séjour total (jrs)	Nb adm.	Séjour total (jrs)	Admission %	Séjour total %
St-Jean						
65 - 74 ans	970	9 538	1 197	12 136	23,40%	43,68%
75 ans et +	805	9 683	1 163	15 480	44,47%	59,86%
TOTAL	1 775	19 221	2 360	27 616	43,68%	32,96%

Source : Med-Echo

Chez les 65 - 74 ans de la zone de St-Jean, l'analyse brute des données, c'est-à-dire sans tenir compte de la variation du nombre de personnes âgées, permet de constater que le nombre d'admissions est passé de 970 à 1987-88 à 1197 en 1991-92, pour un accroissement des admissions de 23,40% en cinq ans.

En ce qui concerne le séjour total, soit le nombre total de journées d'hospitalisation, on observe, pour ce même groupe d'âge, une progression de 43,68%.

Comparativement à 1987-88, le nombre de journées d'hospitalisation a progressé de près de 60% chez les 75 ans et plus, soit d'un total de 9 683 journées à 15 480 journées en 1991-92, alors que les admissions pour leur part, font un bond de près de 45% au cours de cette même période.

Comme on sera en mesure de le constater plus loin, ces progressions, en valeur absolue, sont les plus importantes des quatre zones de CLSC à l'étude et ce, tant pour le nombre d'admissions que pour les journées d'hospitalisation.

Chez les 75 ans et plus, ces derniers ne représentaient que 36,30% de la population de 65 ans et plus en 1991 (voir tableau no. 38), mais ils ont consommé en 1991-92 plus de 56 % de l'ensemble des journées d'hospitalisation de la clientèle des 65 ans et plus.

Une partie du phénomène s'explique par l'ajout d'une unité de 30 lits en courte durée à l'Hôpital du Haut-Richelieu (St-Jean) en 1991-92, augmentant ainsi la capacité totale d'accueil.

Toutefois, l'analyse du nombre total d'admissions et des journées d'hospitalisation ne prend pas en considération le nombre total de personnes de ce groupe d'âge dans la population. C'est pourquoi on utilisera plus loin le taux spécifique d'admissions et de journées d'hospitalisation par 1000 de population, afin d'uniformiser les données et de les rendre comparables d'une période à l'autre et d'une zone de CLSC à l'autre.

Trois-Rivières

Tableau no 39 Distribution des hospitalisations et des journées d'hospitalisation chez la population de 65 à 74 ans et de 75 ans et plus Zone de CLSC de Trois-Rivières - 1987-88 et 1991-92 C.H. St-Joseph, C.H. Ste-Marie et C.H. Cloutier						
	1987-1988		1991-1992		VARIATION	
Zone de CLSC	Nb adm.	Séjour total (jrs)	Nb adm.	Séjour total (jrs)	Admission %	Séjour total %
Trois Rivières	65-74 ans	968	17 330	1 124	17 715	16,12 %
	75 ans et +	832	22 856	1 121	24 056	34,73 %
TOTAL	1 800	40 185	2 245	41 771	24,72 %	3,95 %

Source : Med-Echo

Contrairement aux autres zones de CLSC, la zone de CLSC de Trois-Rivières possède deux centres hospitaliers de courte durée, on a également inclus les admissions enregistrées au C.H. Cloutier compte tenu de sa proximité immédiate, bien que les admissions ne soient pas nombreuses, 36 admissions en 1987-88 et 28 admissions en 1991-92 pour la clientèle de 65 ans et plus de Trois-Rivières.

Chez la clientèle de 65 à 74 ans, le nombre d'admissions a progressé de 16,12% au cours de la période de 1987-88 à 1991-92, soit une augmentation légèrement inférieure à l'accroissement de la population de 65 à 74 ans qui, elle, progressait de 18,70% (voir tableau no. 39).

Par contre, le nombre total de journées d'hospitalisation (séjour total) ne s'est accru que de 2,22%, passant de 17 330 journées à 17 715 journées de 1987-88 à 1991-92.

Chez les 75 ans et plus, le nombre de journées d'hospitalisation a également peu progressé avec 5,25%, ce qui est nettement inférieur à l'augmentation du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus de la zone de CLSC de Trois-Rivières, soit 23,38%.

Le nombre total d'admissions a toutefois connu une augmentation importante avec un accroissement de 34,73%. De 832 en 1987-88, on observe 1 121 admissions en 1991-92.

St-Hyacinthe

Tableau no 40
Distribution des hospitalisations et des journées d'hospitalisation
chez la population de 65 - 74 ans et de 75 ans et plus
Zone de CLSC de St-Hyacinthe, 1987-88 et 1991-92
C.H. Honoré-Mercier

Zone de CLSC	1987-1988		1991-1992		VARIATION	
	Nb adm.	Séjour total (jrs)	Nb adm.	Séjour total (jrs)	Admission %	Séjour total %
St-Hyacinthe 65-74 ans	849	13 965	943	12 258	11,07 %	-12,22 %
75 ans et +	848	20 807	1 231	22 618	45,17 %	8,70 %
TOTAL	1 697	34 772	2 174	34 876	28,11 %	0,30 %

Source : Med-Echo

La population de 65 ans et plus de la zone de CLSC de St-Hyacinthe a utilisé le même nombre de journées d'hospitalisation en 1987-88 comparativement à 1991-92, soit 34 772 journées et 34 876 journées respectivement, alors que le nombre de personnes de 65 ans et plus progressait de 18,16% (Voir tableau no. 40).

Le maintien du nombre de journées d'hospitalisation, alors que le nombre d'admissions progresse de 1 697 à 2 174 admissions, pour une augmentation globale de 28,11%, indique que le séjour moyen par personne connaît une baisse assez importante.

Chez les 65 - 74 ans, le nombre d'admissions a progressé de 11,07%, alors que les journées d'hospitalisation ont chuté de 13 965 à 12 258 journées pour une baisse de 12,22%.

Chez les 75 ans et plus la consommation est différente, on constate le même nombre d'admissions que chez les 65 - 74 ans, en 1987-1988, 848. Par contre, on observe une augmentation importante dans le nombre d'admissions en 1991-92, soit 1 231 comparativement à 848 en 1987-88 pour une progression de 45,17%, alors que les journées d'hospitalisation n'augmentent que de 8,70%.

Enfin, la clientèle de 75 ans et plus ne représentent que 42% des 65 ans et plus, mais consomment 64,85% des journées d'hospitalisation de ce groupe.

Val-d'Or

Tableau no. 41
Distribution des hospitalisations et des journées d'hospitalisation
chez la population de 65 - 74 ans et de 75 ans et plus
Zone de CLSC de Val-d'Or - 1987-88 et 1991-92
Centre hospitalier de Val-d'Or

Zone de CLSC	1987-1988		1991-1992		Variation	
	Nb adm.	Séjour total (jrs)	Nb adm.	Séjour total (jrs)	Admission %	Séjour total %
Val-d'Or						
65-74 ans	391	4 976	375	4 889	-4,09 %	-1,75 %
75 ans et +	337	5 399	345	7 773	2,37 %	43,97 %
TOTAL	728	10 375	720	12 662	-1,09 %	22,04 %

Source : Med-Echo

Val-d'Or est la seule zone de CLSC où l'on observe une réduction globale des admissions (1,09%) chez les 65 ans et plus. Chez la clientèle de 65 à 74 ans, le nombre d'admissions s'établissait à 391 en 1987-88 et à 375 en 1991-92, pour une baisse de 4,09%, alors que les journées d'hospitalisation chutent de 1,75% pour un séjour total de 4 976 journées en 1987-88 et de 4 889 journées en 1991-92.

Chez les 75 ans et plus, le nombre d'admissions ne progresse que de 2,37% sur une période de cinq ans, mais la consommation en journées d'hospitalisation fait un bond

important de près de 44%, passant de 5 399 en 1987-88 à 7 773 journées en 1991-92, donc un séjour moyen par personne beaucoup plus long.

5.2 Le séjour moyen spécifique selon l'âge

Le séjour moyen spécifique selon l'âge mesure le nombre de journées d'hospitalisation, en moyenne, d'un groupe d'âge tel que 65 à 74 ans et 75 ans et plus.

Tableau no. 42
Séjour moyen par zone de CLSC,
population de 65 à 74 ans et 75 ans et plus,
1987-88 et 1991-92

Zone de CLSC	65 - 74 ans			75 ans et plus		
	1987-88	1991-92	% Variation	1987-88	1991-92	% Variation
	Nb jrs	Nb jrs		Nb jrs	Nb jrs	
ST-JEAN	9,83	10,13	3,0%	12,03	13,31	10,6%
ST-HYACINTHE	16,44	12,99	-20,9%	24,54	18,37	-25,1%
TROIS-RIVIÈRES	17,90	15,76	-12,0%	27,47	21,45	-21,9%
VAL-D'OR	12,72	13,03	2,44%	16,02	22,53	40,6%

Source Med-Echo

Chez la population de 65 à 74 ans, la clientèle des zones de CLSC de St-Jean et de Val-d'Or connaît une hausse de sa durée de séjour d'environ 3%. Cette légère progression au cours des années 1987-88 à 1991-92 ne modifie pas la très bonne position que détenait le C.H. du Haut-Richelieu (St-Jean) en terme de durée de séjour.

Malgré cette progression, la clientèle de St-Jean ne séjournait que 10,13 jours en moyenne en 1991-92 dans les unités de courte durée, alors que la moyenne provinciale se situait à 14,9 jours en 1988-89 (Levasseur M., 1992), le taux observé à Val-d'Or est de 13,03 jours.

Pour les zones de St-Hyacinthe et de Trois-Rivières, on constate des réductions de séjour variant entre 12,0% et 20,9% pour la même période. Toutefois, c'est chez la clientèle de St-Hyacinthe que l'on observe la réduction la plus importante, ainsi que la seconde plus faible durée de séjour en 1991-92, suivi de Val-d'Or et de Trois-Rivières.

Chez les 75 ans et plus, les clientèles des zones de CLSC de St-Hyacinthe et de Trois-Rivières ont bénéficié d'une réduction de séjour de 25,1% et 21,99% respectivement. Pour la zone de St-Jean, la durée de séjour progresse de 10,6%, alors que cette progression atteint plus de 40% à Val-d'Or chez la clientèle de 75 ans et plus entre 1987-88 et 1991-92.

Malgré tout, la clientèle de St-Jean demeure hospitalisée le moins longtemps avec seulement 13,31 jours, très en deçà de ce que l'on peut observer pour les trois autres zones de CLSC, et en deçà de la moyenne provinciale qui était de 20,7 jours en 1988-89 (Levasseur M., 1992).

Plusieurs facteurs peuvent influencer la durée de séjour chez la clientèle âgée, particulièrement chez les 75 ans et plus, dont la pratique médicale et la disponibilité de lits d'hébergement. Toutefois, la pratique médicale ne peut à elle seule expliquer les écarts importants que l'on observe dans ces quatres zones de CLSC.

Chez la clientèle très âgée, ce sont davantage les ressources visant le maintien à domicile et l'importance des listes d'attente pour l'hébergement qui expliqueraient le mieux les durées de séjour observées.

On a constaté plus tôt, lors de l'étude de l'offre et de la demande pour l'hébergement, que la zone de St-Jean était en équilibre pour l'offre et la demande et que la liste d'attente n'était pas trop importante.

Lorsque 60% et plus de la clientèle admise en hébergement provient des unités de courte durée, l'accessibilité pour l'hébergement est un facteur qui influence de façon importante la durée de séjour en courte durée.

Pour la zone de Trois-Rivières, la durée de séjour est élevée, mais on a aussi observé une liste d'attente importante compte tenu de la pénurie de 83 lits d'hébergement. La clientèle âgée séjourne donc plus longtemps avant d'obtenir une place d'accueil.

Pour la clientèle âgée de Val-d'Or, la situation est fort différente. En effet, la zone de CLSC de Val-d'Or bénéficiait en 1991-92 d'un surplus de 34 lits d'hébergement selon la norme "Desy", mais avait également une liste d'attente importante.

Dans ce dernier cas, le nombre total de lits d'hébergement n'explique pas la liste d'attente que l'on connaît, ainsi que la durée de séjour élevée en courte durée chez les 75 ans et plus. Les explications résideraient davantage de la difficulté des programmes gériatriques disponibles d'assurer le maintien à domicile ou d'en favoriser le retour hâtif. Enfin, une durée de séjour élevée aura un impact sur le taux spécifique de journées d'hospitalisation.

5.3 Le taux spécifique d'hospitalisation

Le taux spécifique d'hospitalisation mesure le nombre d'admissions par 1000 de population d'un groupe d'âge sur une période d'une année.

Tableau no. 43 Taux d'hospitalisation par zone de CLSC Population de 65 à 74 ans et 75 ans et plus 1987-88 et 1991-92 - Unités de courte durée						
Zone de CLSC	1987-88	1991-92	% Variation	1987-88	1991-92	% Variation
	Nombre d'admissions/1000			Nombre d'admissions/1000		
	65-74 ans			75 ans et plus		
ST-JEAN	193,2	189,0	-2,17%	346,9	333,4	-3,9%
ST-HYACINTHE	173,6	169,3	-2,5%	253,6	295,2	16,4%
TROIS-RIVIÈRES	196,6	192,3	-2,2%	262,9	287,1	9,2%
VAL-D'OR	200,6	159,6	-20,4%	358,5	301,0	-16,0%

Source Med-Echo

Chez la clientèle de 65 à 74 ans, on observe une diminution du taux d'hospitalisation d'environ 2,5% dans les zones de St-Jean, de St-Hyacinthe et de Trois-Rivières, alors que dans la zone de CLSC de Val-d'Or, ce taux a diminué de 20,4% entre les périodes de 1987-88 à 1991-92.

Chez les 75 ans et plus, seules les zones de St-Jean et de Val-d'Or ont réduit leurs taux spécifiques d'hospitalisation, soit de 3,9% et de 16,0% respectivement. La zone de CLSC de Trois-Rivières connaît une augmentation de 9,2% alors que la progression est de 16,4% pour St-Hyacinthe.

A l'instar de la durée de séjour, plusieurs facteurs influencent à la hausse ou à la baisse le taux spécifique d'hospitalisation.

Un des facteurs importants est sans contredit l'accroissement du nombre de personnes âgées et très âgées. Pour les quatres zones de CLSC à l'étude, la progression a été de 24% chez la clientèle de 75 ans et plus, tout en observant une réduction du taux d'institutionnalisation. Un plus grand nombre de personnes âgées à domicile est susceptible d'exercer une pression à la hausse sur la demande de consommation dans les unités de courte durée. Mais des programmes gériatriques efficents et une réelle substitution de services peuvent réduire ou à tout le moins atténuer de beaucoup la demande.

A l'inverse, on peut observer une décroissance "apparente" de la demande d'hospitalisation si la clientèle très âgée séjourne très longuement dans les unités de courte durée et en attente d'hébergement. La réduction de la demande, dans ce dernier cas, s'explique par une réduction de l'accessibilité à un lit d'hospitalisation et conduit au phénomène de la "porte tournante", mais à l'urgence. D'un lieu de transit, l'urgence devient

l'hospitalisation en mode "ambulatoire" pour un grand nombre de personnes, dans certains cas pour près de 50% par des personnes âgées de 65 ans et plus (Salles d'urgence : évolution 1989-1992 et profil des clientèles, MSSS, 1993).

5.4 Le taux spécifique de journées d'hospitalisation par 1000 de population

Le taux spécifique de journées d'hospitalisation mesure le nombre total de journées d'hospitalisation par 1000 de population d'un groupe d'âge. Ce taux intègre deux variables soit le nombre d'admissions et le séjour moyen par groupe d'âge, 65 - 74 ans et 75 ans et plus.

Tableau no. 44
Taux de journées d'hospitalisation par 1000 de population
par zone de CLSC, 1987-88 et 1991-92
Population de 65 à 74 ans

Nombre de journées/1000			
Zone de CLSC	1987-1988	1991-1992	% variation
St-Jean	1 899	1 914	0,79 %
St-Hyacinthe	2 854	2 199	-22,95 %
Trois-Rivières	3 519	3 030	-13,90 %
Val-d'Or	2 551	2 079	-18,50 %

Source : Med-Écho

Chez la clientèle de 65 à 74 ans, la zone de CLSC de St-Jean a maintenu sa position pour le nombre de journées d'hospitalisation par 1000 de population avec une progression inférieure à 1% pour les années 1987-88 et 1991-92 avec 1 899 et 1 914 journées d'hospitalisation pour chacune de ces années.

Précisons que la moyenne provinciale s'établissait à 3 338 journées en 1988-89 pour ce groupe d'âge (Levasseur M., 1992).

On observe également une chute de 23% à St-Hyacinthe et de près de 19% à Val-d'Or, alors que la zone de CLSC de Trois-Rivières suit avec une réduction de son taux d'hospitalisation de 13,9%.

Malgré les réductions importantes constatées dans ces trois dernières zones de CLSC, la population âgée de 65 ans à 74 ans de St-Jean consommait 85% moins de journées d'hospitalisation que la même population de Trois-Rivières par 1000 de population, soit 1 899 journées comparativement à 3 519 journées en 1987-88. L'écart est réduit à 58% en 1991-92, pour 3 030 journées à Trois-Rivières et 1 914 journées à St-Jean. Toutefois, les écarts sont beaucoup moins importants dans les zones de St-Hyacinthe et de Val-d'Or comparativement à St-Jean.

Tableau no. 45 Taux de journées d'hospitalisation par 1000 de population par zone de CLSC, 1987-88 et 1991-92 Population de 75 ans et plus			
Nombre de journées/1000			
Zone de CLSC	1987-1988	1991-1992	% variation
St-Jean	4 173	4 437	6,33%
St-Hyacinthe	6 223	5 422	-12,87%
Trois-Rivières	7 221	6 158	-14,72%
Val-d'Or	5 743	6 778	18,02%

Source : Med-Echo

Chez la clientèle de 75 ans et plus on observe la même tendance que chez les 65 à 74 ans, sauf à Val-d'Or où l'on constate une nette progression de la consommation.

La zone de CLSC de St-Jean maintient sa première position pour le nombre de journées d'hospitalisation malgré une légère progression de 6,33% de son taux.

Les zones de CLSC de St-Hyacinthe et de Trois-Rivières réduisent leur consommation de 12,87% et de 14,72% respectivement sur une période de cinq ans.

Val-d'Or qui occupait le deuxième rang en 1987-88 se retrouve très nettement en dernière position en 1991-92 avec 6 778 journées d'hospitalisation par 1000 de population de

75 ans et plus. Soulignons que le séjour moyen a progressé fortement en cinq ans dans cette zone, soit de 40,6% pour ce groupe d'âge.

Les séjours très prolongés d'un nombre restreint de personnes expliquent en partie cette situation à Val-d'Or. En 1987-88, seulement 5 personnes âgées de 75 ans et plus ont fait un séjour de plus de 90 jours, alors que 21 personnes ont fait un séjour de 90 jours et plus en 1991-92, la très grande majorité en attente d'hébergement.

5.5 Synthèse

Au cours de la période de 1987-88 à 1991-92, la progression du nombre total d'admissions chez la clientèle de 65 ans et plus a été de 43% à 24%, seule la zone de Val-d'Or a connu une réduction nette de 1%.

Pour le nombre total de journées d'hospitalisation chez la clientèle de 65 ans et plus, on observe une augmentation de la consommation, mais de façon moins importante, soit de près de 33% à St-Jean, de 22% à Val-d'Or, de 3,95% à Trois-Rivières et de seulement 0,30% à St-Hyacinthe. C'est toutefois chez la clientèle de 75 ans et plus que la progression est la plus forte et ce, dans toutes les zones de CLSC. La progression a varié de 59% à 5,25% pour la période de 1987-88 à 1991-92 (voir tableaux no. 38, 39, 40 et 41).

La progression absolue du nombre d'admissions et du séjour total (journées d'hospitalisation) n'est qu'une facette de l'évaluation, car cette méthode, telle que précisée plus tôt, ne tient pas compte de la population âgée desservie.

Taux de séjour moyen

Chez la clientèle de 65 à 74 ans, toutes les zones de CLSC ont réduit leur taux de séjour moyen ou à tout le moins le maintienne. Chez la clientèle de 75 ans et plus, deux zones de CLSC, St-Hyacinthe et Trois-Rivières, réduisent le séjour moyen de façon marquée, alors que Val-d'Or connaît une forte augmentation. La zone de CLSC de St-Jean subit une augmentation de 3%, mais maintient un taux de séjour moyen très en deçà des trois autres régions et ce, tant pour la clientèle de 65 à 74 ans que pour celle de 75 ans et plus.

Taux d'hospitalisation : 1000

Chez la clientèle de 65 à 74 ans, le nombre d'admissions par 1000 de population a chuté dans les quatre zones de CLSC, soit de près de 2,5% pour les zones de St-Jean, de Trois-Rivières et de St-Hyacinthe et de 20% à Val-d'Or.

Chez les 75 ans et plus, les zones de Val-d'Or et de St-Jean affichent une baisse, alors que dans les zones de St-Hyacinthe et de Trois-Rivières on observe une progression, mais en deçà de l'augmentation du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus de ces secteurs.

Taux de journées d'hospitalisation : 1000

Chez la clientèle de 65 ans et plus, on observe une réduction de la consommation en terme de journées totales d'hospitalisation dans toutes les zones de CLSC, sauf pour St-Jean qui maintient son niveau de consommation. La zone de St-Jean conserve toutefois un taux inférieur aux autres zones pour les années 1987-88 et 1991-92.

Chez les clients de 75 ans et plus, deux zones de CLSC, St-Hyacinthe et Trois-Rivières, réduisent de 12,87% et 14,72% respectivement leur consommation totale de journées d'hospitalisation par 1000 de population desservie. La zone de CLSC de Val-d'Or connaît plutôt une progression de 18% de sa consommation, alors qu'on observe une augmentation de plus de 6% à St-Jean, mais toujours à un niveau de consommation inférieur aux trois autres zones de CLSC avec 4 437 journées d'hospitalisation pour 1000 de population en 1991-92.

La moyenne provinciale était de 7 028 journées par 1000 de population de 75 ans et plus en 1988-89.

5.6 L'analyse financière

L'objectif des programmes gériatriques visant le maintien à domicile est de pouvoir offrir à la population âgée des soins et des services adaptés à leurs besoins, sur le plan bio-psycho-social, afin de maintenir leur autonomie le plus longtemps possible.

Cette gamme de services doit également permettre aux clients atteints d'une ou plusieurs incapacités partielles ou totales de vivre dans leur foyer et de prévenir, de remplacer ou de retarder le plus possible les soins dans les unités de courte durée ou les soins de longue durée.

Le législateur n'a pas seulement voulu offrir plus de services aux personnes âgées, mais également réduire les coûts moyens par unité ou par personne, donc des programmes plus efficents.

L'analyse qui suit cherche justement à évaluer l'impact financier des programmes gériatriques sur les coûts en hébergement (CAH et CHSLD) et en courte durée (CHSCD) pour la période de 1987-88 à 1991-92 chez les personnes de 65 ans et plus.

Considérant que le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus varie beaucoup entre 1987-88 et 1991-92, mais encore plus entre les quatre régions à l'étude, on a, tout comme les

programmes gériatriques, évalué les coûts en hébergement et en courte durée par personne et en dollars constants de 1987-88.

Pour l'hébergement en centre d'accueil (CAH), on a retenu le coût moyen de 110,10 \$ par jour/présence de 1992-93, tel qu'évalué par l'Association des hôpitaux du Québec à partir d'un regroupement de 64 établissements. Le coût moyen désindexé par jour/présence en longue durée (CHSLD) est de 169,37 \$ et de 46,90 \$ en pavillon. Ces taux représentent les coûts suivants pour 1987-88 :

CAH : 89,29 par jour/présence ou 30 961 \$ par lit/année avec un taux d'occupation de 95%, ce qui est très réaliste pour la longue durée.

CHSLD: 137,36 \$ par jour/présence ou 47 630 \$ par lit/année.

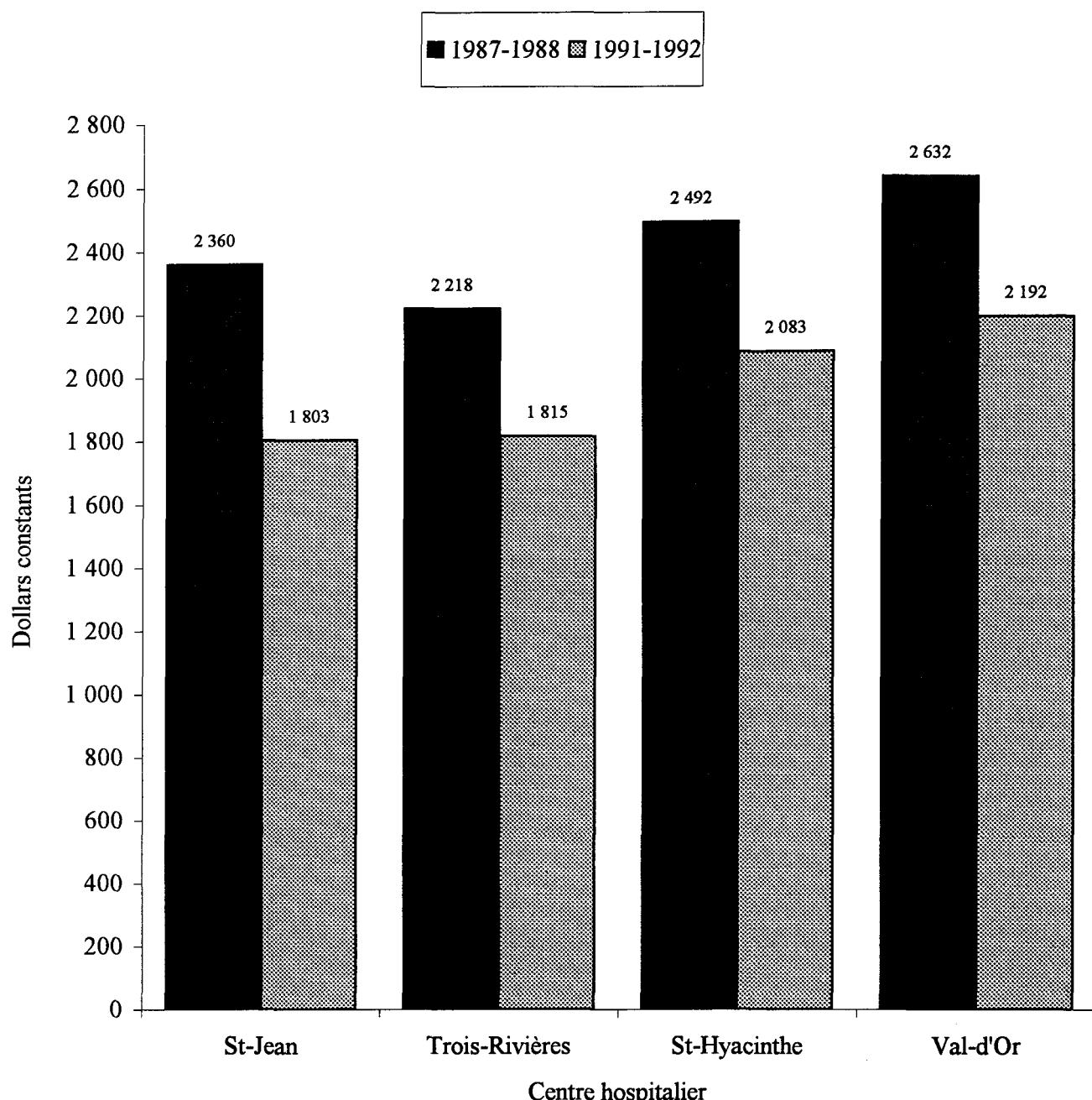
Pavillon : 38,04 \$ par jour présence ou 13 190 \$ par lit/année toujours avec un taux d'occupation de 95%.

Pour la courte durée (CHSCD), on a retenu un coût moyen de 400 \$ par jour/présence en dollars constants de 1987-88.

L'évaluation totale des coûts repose sur le nombre de lits d'hébergement, par catégorie, de chaque zone de CLSC et sur les journées d'hospitalisation en courte durée, pour les personnes de 65 ans et plus, tel que précisé plus tôt et à partir des données de Med-Echo.

5.6.1 Dépenses pour l'hébergement, per capita, en dollars constants de 1987-88

Graphique no. 1
Coût per capita en dollars constants de 1987-88 et par territoire
population de 65 ans et plus



Pour la période de 1987-88 à 1991-92, on observe pour les quatre territoires de concentration une réduction importante des dépenses consacrées à l'hébergement des personnes âgées de 65 ans et plus.

Le territoire de St-Jean consacre le moins de budget per capita, soit 1 803 \$ en 1991-92 pour un fléchissement de 557 \$ ou de 23,6% per capita, comparativement aux coûts de financement de 1987-88.

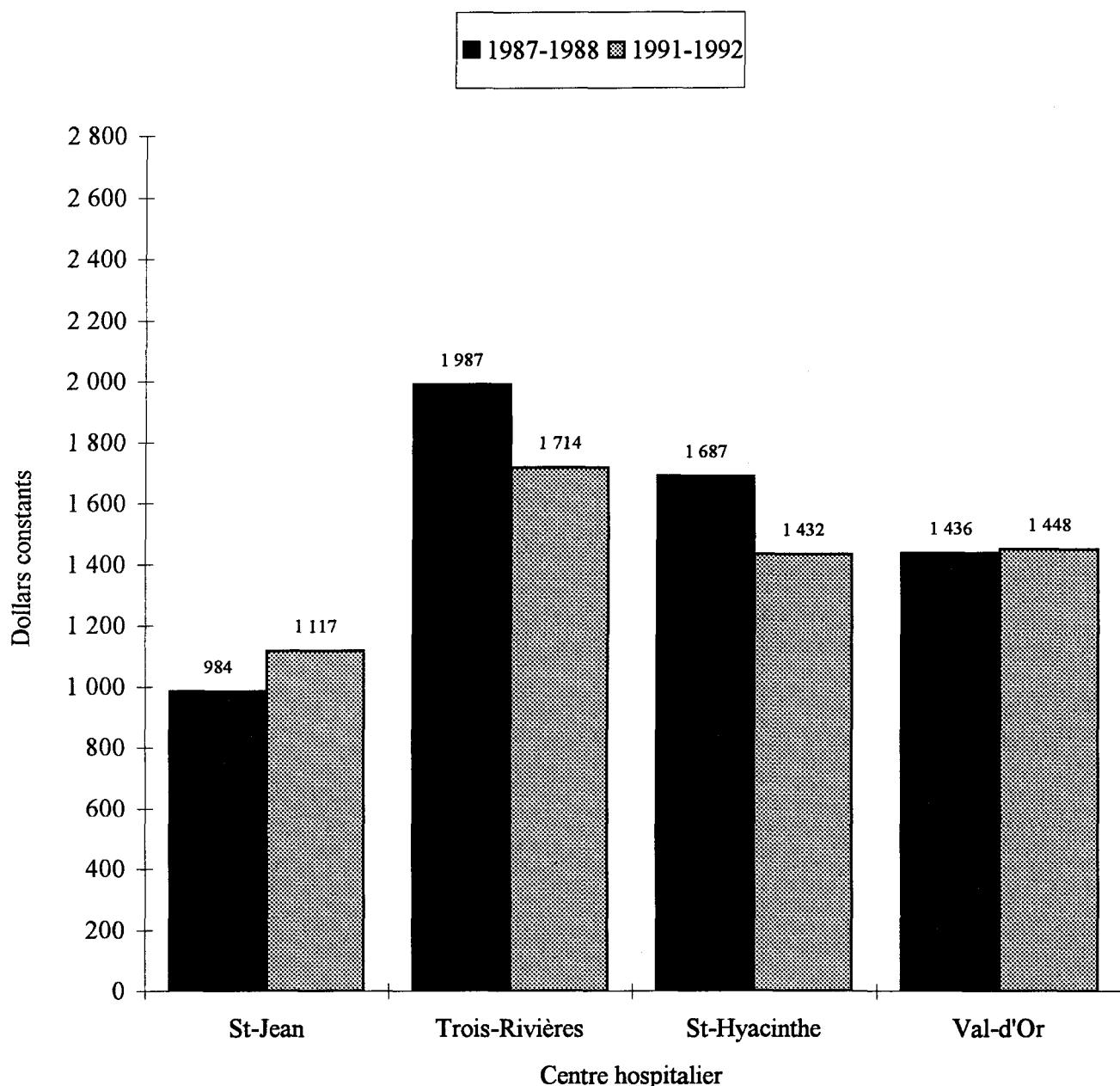
Le territoire de concentration de Trois-Rivières suit avec un coût per capita de 1 815 \$ en 1991-92, une réduction de 18,2% sur une période de cinq ans ou de 403 \$ par personne âgée de 65 ans et plus.

Pour le territoire de concentration de St-Hyacinthe, le coût per capita excède légèrement les 2 000 \$ avec 2 083 \$ en 1991-92, comparativement à 2 492 \$ en 1987-88. Le coût per capita à St-Hyacinthe est plus élevé que ceux de St-Jean et de Trois-Rivières principalement à cause des catégories d'établissements d'hébergement. En effet, le territoire de St-Hyacinthe compte beaucoup plus de lits d'hébergement en centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLC) dont le coût moyen par jour/présence excède de 65% celui d'un lit en centre d'accueil (CAH).

La zone de Val-d'Or consacrait plus d'argent per capita pour l'hébergement que les trois autres territoires, aussi bien pour l'année 1987-88 que pour l'année 1991-92, malgré une réduction de ses coûts per capita de 16,7%. Cette situation découle presqu'exclusivement du fait que la zone de Val-d'Or disposait d'un surplus de lits d'hébergement, selon la norme "Desy" en 1991-92.

5.6.2 Dépenses pour l'hospitalisation en courte durée 1987-88 et 1991-92

Graphique no. 2
Coût pour l'hospitalisation en courte durée per capita et en dollars constants
par zone de CLSC années 1987-88 et 1991-92
Population de 65 ans et plus



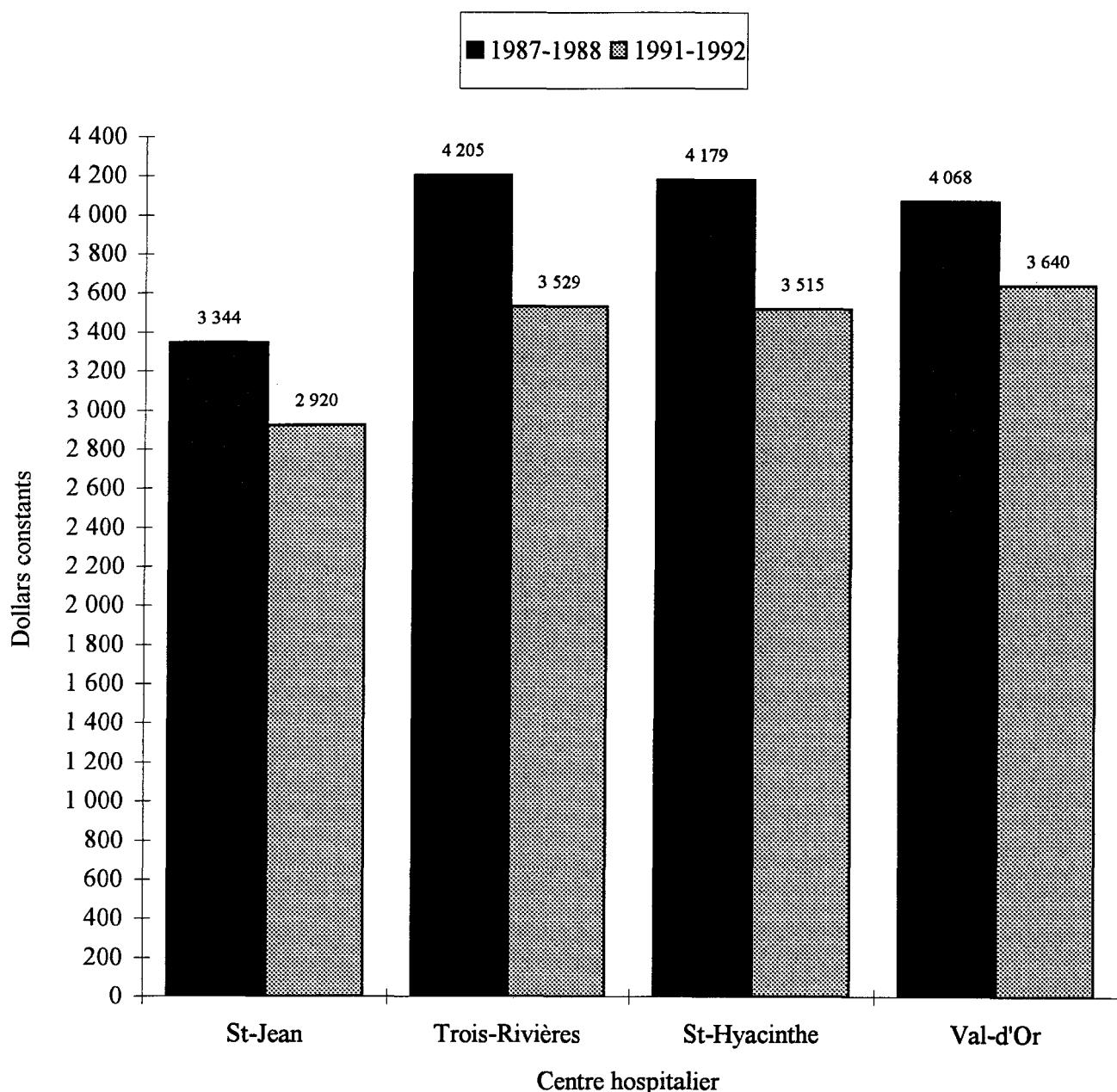
On observe une progression des coûts, per capita, pour l'hospitalisation en courte durée chez la clientèle de 65 ans et plus, dans les zones de CLSC de St-Jean et de Val-d'Or, les coûts pour la zone de Val-d'Or sont toutefois 30% plus élevés que ceux de St-Jean.

Dans les zones de CLSC de Trois-Rivières et de St-Hyacinthe, on constate une réduction des coûts de 13,8% et de 15,1% respectivement, pour l'hospitalisation en courte durée de la population de 65 ans et plus. Les coûts à Trois-Rivières et à St-Hyacinthe sont malgré tout supérieurs à ceux de St-Jean de 53% et de 28%, respectivement, pour l'année 1991-92.

Les coûts, per capita, plus élevés pour l'hospitalisation de la clientèle des 65 ans et plus à Trois-Rivières découlent, en partie, de la pénurie de lits pour l'hébergement, ce qui exerce une pression à la hausse sur la consommation de lits en courte durée.

5.6.3 Dépenses totales, per capita et en dollars constants 1987-88 et 1991-92

Graphique no. 3
Dépenses totales, per capita et en dollars constants de 1987-88
pour l'hébergement et l'hospitalisation en courte durée par zone de CLSC
Population de 65 ans et plus, 1987-88 et 1991-92



Les quatre zones de CLSC connaissent une réduction, per capita, des dépenses totales consacrées à l'hébergement et pour l'hospitalisation en courte durée chez la clientèle de 65 ans et plus, au cours de la période de 1987-88 à 1991-92.

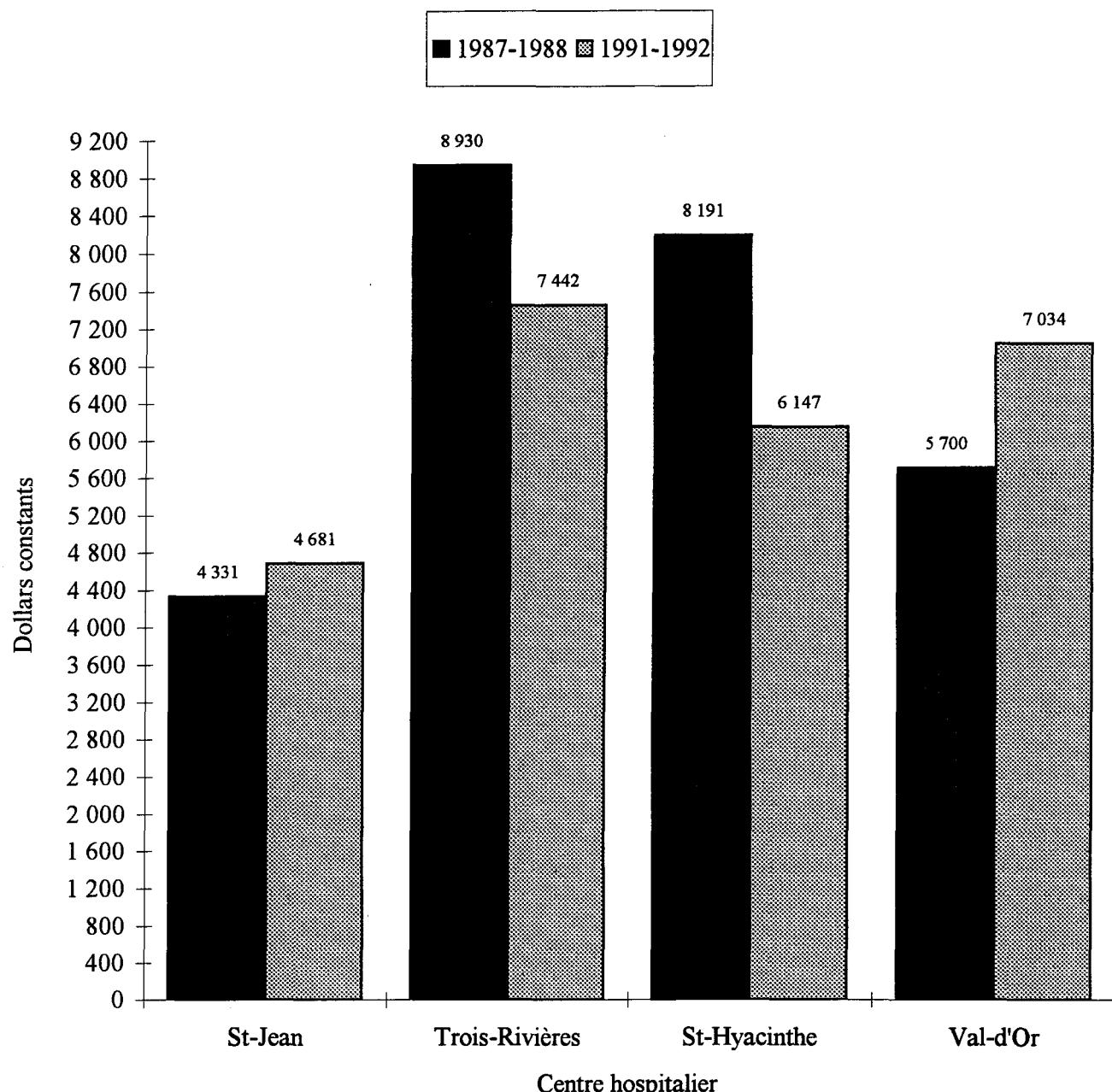
La réduction la plus importante est observée à Trois-Rivières avec une chute de 16,1%, suit St-Hyacinthe avec 15,9%, alors qu'on observe des réductions de 12,7% et de 10,5% à St-Jean et à Val-d'Or.

Avec des dépenses totales, per capita, de 2 920 \$ en 1991-92, la zone de St-Jean consacre 22% moins de budget que la moyenne des dépenses observées dans les trois autres zones de CLSC en 1991-92.

Les dépenses moindres per capita à St-Jean s'expliquent très largement par un taux de séjour moyen, en courte durée, beaucoup plus faible (voir tableau no. 42) comparativement aux trois autres zones. Le taux de séjour a une influence déterminante sur les coûts par hospitalisation, chez la clientèle de 65 ans et plus.

5.6.4 Coût par hospitalisation, unités de courte durée 1987-88 et 1991-92

Graphique no. 4
Coût par hospitalisation, unités de courte durée, en dollars constants de 1987-88,
par zone de CLSC, clientèle de 65 ans et plus, 1987-88 et 1991-92



Chez la clientèle de 65 ans et plus de Trois-Rivières et de St-Hyacinthe on constate une réduction des coûts par hospitalisation en 1991-92, comparativement à 1987-88, de 17% et de 25% respectivement, alors qu'on observe une progression des coûts de 23% à Val-d'Or. Le coût moyen par hospitalisation en courte durée a augmenté à Val-d'Or, principalement à cause de la progression importante, plus de 40%, de la durée de séjour chez les 75 ans et plus. A St-Jean, l'augmentation des coûts pour l'hospitalisation n'a été que de 7,4% en dollars constants, entre 1987-88 et 1991-92.

DISCUSSION ET SYNTHÈSE

Les programmes gériatriques

Les résultats présentés révèlent des différences importantes pour le nombre de programmes gériatriques et le financement, per capita, dans les quatre territoires de concentration à l'étude, ainsi que dans l'atteinte des objectifs de maintien à domicile.

La clientèle âgée de 65 ans et plus de St-Jean, de Trois-Rivières et de St-Hyacinthe bénéficie des services de l'hôpital de jour, ainsi que de l'ensemble des programmes gériatriques visant le maintien à domicile. La clientèle de la zone de Val-d'Or ne profite que de deux programmes gériatriques, soit des soins à domicile offerts par le CLSC et de deux centres de jour.

Dans les trois territoires de concentration qui disposent d'un hôpital de jour, on observe un écart de près de 35% en 1991-92 dans le financement des programmes communautaires. Pour l'ensemble des programmes, la région de St-Hyacinthe bénéficie du meilleur financement per capita, soit 473 \$, suivi de St-Jean avec 428 \$ et de Trois-Rivières avec 364 \$ pour un écart de près de 25%. Le territoire de Val-d'Or, "dit de comparaison",

a le financement per capita le plus faible avec 294 \$, pour un écart de plus de 45% comparativement à la moyenne des trois autres territoires de concentration.

Comparativement à 1987-88 et 1991-92, la région de Trois-Rivières maintient son niveau de financement, per capita, de ses programmes gériatriques, alors que la région de St-Hyacinthe connaît un accroissement de 9% et Val-d'Or de 36%, mais ne vise qu'un seul programme, les soins à domicile. Le territoire de St-Jean est le seul à connaître un recul de près de 5%.

L'hébergement

L'application plus restrictive de la norme "Desy" a eu pour effet direct et immédiat de réduire le taux d'institutionnalisation de plus de 1%, sur une période de cinq ans, dans les quatre territoires de concentration à l'étude. La baisse du taux d'institutionnalisation découle de plusieurs facteurs, dont la disponibilité relative du nombre de places d'hébergement et l'influence directe des programmes gériatriques de maintien à domicile.

Toutefois, l'analyse des différents indicateurs concernant le taux d'institutionnalisation et les listes d'attente a mis en lumière plusieurs constats concernant la capacité des programmes gériatriques d'influencer de façon marquée la demande totale pour l'hébergement.

Les territoires de concentration de St-Jean et de St-Hyacinthe sont en équilibre ou en quasi équilibre avec l'offre "attendue", selon la norme "Desy", alors que la demande totale pour l'hébergement n'excède que de 2,5% la disponibilité de lits d'hébergement. Les programmes gériatriques ont donc été en mesure de réduire sensiblement la demande compte tenu de la progression importante du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus.

La région de Trois-Rivières, malgré une liste d'attente assez importante, mais qui accuse un manque de 83 lits d'hébergement, est également en équilibre pour l'offre "attendue" et la demande globale. Dans ce dernier cas, la demande n'excède que de 2,3% l'offre, mais il s'agit d'un équilibre très précaire et qui n'est obtenu qu'en soustrayant de la demande les places d'hébergement non disponibles, mais requis. Malgré cette situation, la région de Trois-Rivières réduit sa liste d'attente pour l'hébergement en centre d'accueil de 160 inscriptions à 53 inscriptions en trois ans.

La région de Val-d'Or a, au contraire, un excédent de 34 lits d'hébergement selon la norme "Desy" et malgré ce fait, la demande globale dépasse de près de 40% l'offre attendue en 1991-92, alors que la liste d'attente connaît un accroissement de 63,6% sur une période de cinq ans. Dans ce dernier cas, l'insuffisance des programmes gériatriques n'a pas permis d'influencer à la baisse la demande pour l'hébergement.

A l'inverse, dans les trois autres territoires de concentration, mais de façon plus particulière à St-Jean et à St-Hyacinthe, on observe une réelle substitution de services. Pour ces territoires, on constate simultanément une réduction des places d'hébergement et le maintien de la demande globale, voire une réduction, malgré l'accroissement important du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus.

De plus, l'analyse des données suggère que le nombre de programmes gériatriques disponibles, plus qu'un haut niveau de financement de deux ou trois programmes, est susceptible de conduire aux résultats attendus en terme de taux d'institutionnalisation et de substitution de services.

A titre d'exemple, à Val-d'Or, le financement des soins et de l'aide à domicile est passé de 170 \$ per capita en 1987-88 à 249 \$ per capita en 1991-92, alors que la demande pour l'hébergement a continué de croître, donc un rendement nettement décroissant.

La consommation en courte durée

Tel que précédemment mentionné, les programmes gériatriques doivent permettre également de réduire, per capita, la consommation de lits en courte durée. Autrement dit, le fléchissement du taux d'institutionnalisation ne doit pas conduire à un simple déplacement de la demande, chez la population âgée, vers les centres hospitaliers de soins de courte durée.

Les deux indicateurs qui mesurent le mieux l'efficacité des programmes gériatriques (en terme d'impact) pour la courte durée sont le séjour moyen et le taux de journées d'hospitalisation.

Chez la clientèle de 75 ans et plus, on observe une réduction de séjour moyen de 22% à Trois-Rivières et de 25% à St-Hyacinthe, alors qu'à St-Jean l'on assiste à une progression de 10% et de plus de 40% à Val-d'Or en 1991-92, comparativement à 1987-88.

Pour le taux de journées d'hospitalisation par 1000 de population chez la clientèle de 75 ans et plus, on observe dans les zones de CLSC de Trois-Rivières et de St-Hyacinthe un fléchissement du taux de près de 15% et de 13%, respectivement, alors que chez la population de St-Jean on constate une progression de 6% et de 18% à Val-d'Or en 1991-92.

A St-Jean, une partie de l'explication provient de l'augmentation de 30 lits en courte durée, donc une plus grande accessibilité. Pour Val-d'Or, l'explication est très différente. En 1987-88, on comptait 337 admissions et 345 en 1991-92 malgré que le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus ait progressé de 22% au cours de cette période. Par contre, on a comptabilisé 5 399 jours/présence en 1987-88 et 7 773 jours/présence en 1991-92, soit une augmentation de 44%, alors que l'on ne compte que 8 admissions de plus. Les mêmes clients sont donc demeurés hospitalisés beaucoup plus longtemps et pour plusieurs en attente d'une place d'hébergement.

Au delà des variations intéressantes observées de 1987-88 à 1991-92, ce sont les résultats nets des indicateurs qui renseignent le mieux le lecteur. Chez la population de 75 ans et plus, le taux de journées d'hospitalisation par 1000 de population est de 4 437 jours à St-Jean, alors que les taux sont de 5 422 jours à St-Hyacinthe, de 6 158 jours à Trois-Rivières et de 6 778 jours à Val-d'Or.

Des écarts de consommation variant entre 22% et 53% de moins, en faveur de la zone de St-Jean, ne peuvent trouver justification simplement par le nombre et le niveau de financement des programmes gériatriques. En effet, la clientèle âgée de St-Hyacinthe bénéficie du meilleur financement, per capita, des quatre zones de CLSC, mais consomme malgré tout 22% plus de journées d'hospitalisation par 1000 de population que la même clientèle de 75 ans et plus de St-Jean en 1991-92.

Pour le séjour moyen, chez la clientèle de 75 ans et plus, on observe les mêmes écarts importants. Le séjour moyen est de 13,31 jours à St-Jean, de 18,37 jours à St-Hyacinthe, de 21,45 jours à Trois-Rivières et de 22,53 jours à Val-d'Or, soit de 38%, de 61% et de 70% plus long respectivement que la durée de séjour moyen de St-Jean en 1991-92.

Les explications pour de telles différences de consommation chez la clientèle de 75 ans et plus sont certainement nombreuses, mais la pratique médicale, la gestion plus étroite des lits et une clientèle mieux ciblée y est sûrement pour beaucoup.

La rentabilité économique des programmes gériatriques

Les indicateurs utilisés lors de cette étude ont permis de quantifier avec précision le taux d'institutionnalisation ainsi que le taux de journées d'hospitalisation chez la clientèle de 65 ans et plus. Ces taux ont également permis de comptabiliser de façon précise le coût, per capita, pour l'hébergement et les services en courte durée en 1991-92, comparativement à ceux observés en 1987-88.

Les résultats démontrent que les dépenses totales, per capita, et en dollars constants pour l'hébergement et pour l'hospitalisation en courte durée sont inférieures de 424 \$ à 676 \$ en 1991-92, comparativement à 1987-88. A ce chapitre, on observe une réduction des dépenses, per capita, à Val-d'Or, équivalente à celles de St-Jean, soit de 428 \$ et 424 \$ respectivement, alors que la réduction des dépenses, per capita, est de 664 \$ à St-Hyacinthe et de 676 \$ à Trois-Rivières.

Une analyse sommaire des résultats financiers pourrait conduire à conclure que les deux programmes gériatriques de la zone de Val-d'Or ont permis d'atteindre les mêmes objectifs, en terme de réduction des coûts per capita, que ceux de la zone de St-Jean et dans une moindre mesure à ceux observés à St-Hyacinthe et à Trois-Rivières.

Tout d'abord, la totalité de la réduction des dépenses globales de la zone de Val-d'Or provient d'un coût per capita, en dollars constants, moindre pour l'hébergement, suite à l'application de la norme "Desy" et de l'accroissement de la population âgée, alors que les coûts pour l'hospitalisation en courte durée ont connu une légère progression.

Pour les zones de St-Hyacinthe et de Trois-Rivières, la réduction des dépenses per capita pour l'hébergement et l'hospitalisation est de 16%, alors que la réduction est de 10,5% à Val-d'Or.

A St-Jean, les dépenses pour l'hébergement ont été réduites de 23% comparativement à 16% à Val-d'Or, alors que les coûts per capita pour l'hospitalisation ne connaissaient qu'une très légère progression malgré une plus grande accessibilité de lits.

Dans un deuxième temps, la réduction de 428 \$ des dépenses totales per capita à Val-d'Or représente une baisse de 10,5% des coûts, alors que la réduction de 424 \$ des dépenses à St-Jean représente une baisse de près de 13%.

Enfin, il faut également tenir compte des dépenses globales nettes per capita, celles de St-Jean sont de 20% inférieures à celles observées à Val-d'Or, à St-Hyacinthe et à Trois-Rivières.

L'hôpital de jour

L'hôpital de jour partage avec d'autres programmes gériatriques des objectifs tels que maintenir la personne âgée le plus longtemps possible dans son milieu naturel, récupérer l'autonomie fonctionnelle, réduire l'impact psychologique du vieillissement, etc. Toutefois, l'hôpital de jour est le seul programme gériatrique, qui grâce à son équipe multidisciplinaire et aux ressources techniques et diagnostiques dont il dispose, soit en mesure de traiter en externe une clientèle âgée dont l'état exigerait une hospitalisation. L'hôpital de jour est également le seul service gériatrique à traiter sur une base ambulatoire des personnes âgées, en provenance des unités de courte durée, afin de poursuivre l'ensemble des soins et des traitements de réadaptation nécessaires à leur guérison.

Pour réduire les durées de séjour et les taux de journées d'hospitalisation et par conséquent, l'engorgement des urgences, l'hôpital de jour doit maintenir, voire améliorer dans certains cas, le niveau de références et de prises en charge de la clientèle des unités de courte durée.

L'hôpital de jour doit, pour maintenir et assurer la spécificité de son approche bio-psycho-sociale, élargir la composition de son équipe de base et y inclure les services de psychologie et de travail social. Cet élargissement permettrait une plus grande accessibilité

à la clientèle psychogériatrique et ainsi une meilleure réponse aux problèmes sociaux de la clientèle âgée.

Considérant les coûts élevés des interventions et des évaluations de la clientèle par les hôpitaux de jour, ces derniers se doivent de cibler avec soins leurs clients. En conséquence, l'hôpital de jour doit être un service gériatrique de deuxième ligne complémentaire et n'admettre que la clientèle qui n'est pas en mesure de recevoir les services attendus par d'autres instances de première ligne, tels que les CLSC et les centres de jour.

De plus, si l'on tient compte des nombreux déficits de la clientèle âgée et très âgée, un service de transport doit être assuré afin de favoriser la fréquentation des hôpitaux de jour. Le M.S.S.S. devrait également réviser la norme de 60 minutes de temps de déplacement, car plusieurs études ont démontré un faible taux de participation au delà de 10 milles ou 16 kilomètres du lieu de résidence.

CONCLUSION

L'efficacité des programmes gériatriques a été évaluée en fonction des objectifs de maintien à domicile, soit la réduction des listes d'attente pour l'hébergement, de la durée de séjour et du taux de journées d'hospitalisation en courte durée, particulièrement chez la clientèle de 75 ans et plus.

À cet effet, l'étude démontre que les trois zones de CLSC qui offrent les services de l'hôpital de jour, combinés à une gamme complète de services gériatriques visant le maintien à domicile, la population âgée de 65 ans et plus a réduit de façon marquée, sur une période de 5 ans, sa demande pour l'hébergement.

Pour la consommation dans les unités de soins de courte durée physique, seules les populations âgées de 65 à 74 ans et de 75 ans et plus des zones de CLSC de St-Hyacinthe et de Trois-Rivières ont été en mesure de réduire leur durée de séjour et le taux de journées d'hospitalisation.

Chez la population âgée de la zone de CLSC de St-Jean où l'on observait déjà un niveau d'utilisation des services en courte durée inférieur aux trois autres zones de CLSC à l'étude et inférieur à la moyenne provinciale, l'implantation de l'hôpital de jour n'a pas permis

de réduire davantage la durée de séjour, ni le taux de journées d'hospitalisation, indiquant une possible limite à la substitution de services.

Par contre, la zone de CLSC n'offrant que deux programmes gériatriques, l'accroissement des dépenses per capita en soins à domicile de plus de 46% n'a pas conduit à un fléchissement de la demande pour l'hébergement d'une part, même si l'on observe une baisse du taux d'institutionnalisation, ni à une réduction de la durée de séjour et du taux de journées d'hospitalisation, d'autre part, particulièrement auprès de la clientèle âgée de 75 ans et plus. On constate donc un rendement décroissant en terme de substitution de services chez cette dernière clientèle.

Malgré des résultats forts appréciables pour trois des quatre zones à l'étude, on ne peut imputer l'atteinte des objectifs exclusivement à l'efficacité des programmes gériatriques.

En effet, une étude qui évalue sur une période de cinq ans le niveau de consommation de l'ensemble de la population de 65 ans et plus, d'une ou plusieurs zones de CLSC, inclut nécessairement l'influence de d'autres facteurs dans l'atteinte des buts.

Les principaux facteurs "autres" qui ont certainement contribué à l'atteinte des objectifs sont : la pratique médicale, le développement de la technologie et de la chirurgie d'un jour, la clientèle ciblée, la gestion des lits, les habitudes de vie, etc., pour ne nommer

que ceux-là. De plus, il serait intéressant d'étudier certains facteurs de succès observés à St-Jean-sur-Richelieu, particulièrement en ce qui a trait à la clientèle desservie par les différents programmes gériatriques, la pratique médicale et le niveau de concertation des intervenants impliqués.

Enfin, malgré certaines difficultés d'évaluation économique, la présente étude a permis de démontrer que les programmes gériatriques, lorsque présents en nombre suffisant, permettent de gérer de façon efficace la demande pour l'hébergement et de réduire les coûts per capita pour l'hospitalisation en courte durée, donc de conduire à une substitution importante des services.

Le vieillissement de la population est un fait incontournable et les études concernant le maintien à domicile démontrent que la très grande majorité des personnes âgées désirent demeurer dans leur milieu de vie naturel le plus longtemps possible.

Toutefois, on a observé que le nombre de programmes disponibles et le financement per capita variaient beaucoup d'une zone de CLSC à l'autre et ne favorisaient pas la même accessibilité à tous. L'insuffisance ou l'inaccessibilité conduit inévitablement à l'institutionnalisation ou à des séjours prolongés dans les unités de soins de courte durée.

A cet égard, il est impératif que le M.S.S.S. et les régies régionales priorisent, pour l'ensemble des régions, des programmes gériatriques accessibles sur une base externe, ambulatoire ou à domicile, ainsi que des mécanismes de coordination et de concertation, afin de répondre aux besoins nombreux et très variés de la population âgée et ce, à moindre coût que les services institutionnels de longue durée.

BIBLIOGRAPHIE

AHQ, (1994), Cadre de référence pour l'analyse des bases budgétaires des CHSLD : une application à l'année financière 1992-93.

ANSAK M.L., ZAWADSKI R.T., (1983), "On lok CCODA : A consolidated model", Home Health Care Services Quarterly, vol. 24, nos 3-4 , pages 147-170.

APPLEBAUM R., SEIDL F.W., AUSTIN C.D., (1980), "The Wisconsin Community care organization : Preliminary findings from the Milwaukee experiment", The gerontologist, Vol. 20, no. 3, pages 350 à 355.

BÉLAND F., (1982), Les principaux résultats de l'analyse des désirs d'hébergement des 3 échantillons de personnes âgées au Québec, Québec, M.A.S.

BÉLAND F.,/MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, (1983), L'évaluation de la politique des services à domicile du Ministère des Affaires sociales : étude de cas, Québec, MAS, Direction de l'Évaluation des programmes.

BÉLANGER, A., (1986), L'effet du vieillissement démographique sur les dépenses publiques de la santé au Québec : une étude multirégionale 1981-2006, mémoire de maîtrise, Université de Montréal, département de démographie.

BÉLANGER L., BOLDUC, M./MSSS, (1991), Les mécanismes régionaux d'orientation et d'admission : description de la clientèle et évaluation du processus décisionnel, Direction de la planification- évaluation santé et services sociaux, Québec.

BERNARD L., (1993), L'évaluation quantitative des résultats des programmes de longue durée sur la santé, le bien-être et la qualité de vie des personnes âgées en perte d'autonomie : aspects conceptuels et méthodologiques., Direction de l'évaluation, MSSS.

BROWN T.E., LEARNER R.M., (1983), "The South Carolina Community long term care project", Home Health Care Services Quarterly, vol. 4, nos 3-4, pages 73-89.

BRETON, M., (1993), Salles d'urgence : évaluation 1989-92 et profil des clientèles MSSS.

BROCKLEHURST, J.C. (1973), Geriatric Services and the Day Hospital. Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology Edinburg : Churchill Livingstone.

BROCKLEHURST, J.C. , et TUCKER, J. (1980), Progress in geriatric day care. London : Pitman.

BROCKLEHURST, J.C., (1964), The work of a geriatric day hospital, Gerontologist clinical, 6 pages 151-166.

CAMIRAND F., (1983), Les coûts de la maladie, Collection La santé des québécois, Québec C.A.S.F.

CAPE, R (1982), A personal history of experience with a geriatric day care hospital : its initiation, development, function and effectiveness. Journal of American Geriatric Sociaty, 32 pages 862-865.

CARON L./M.S.S.S., (1991), Comparaison des centres d'hébergement et de soins de longue durée du Québec et de l'Ontario pour les années 1985-86 et 1987-88, Québec Direction de la planification et de l'évaluation.

CHAMPAGNE F., CONSTANDRIOPoulos, A.P., PINEAULT, R., (1985), Un cadre conceptuel pour l'évaluation des programmes de santé, Revue épidém. et santé publique, 33 pages 173-181.

COMMISSION d'enquête sur la santé et le bien-être social (1972), volume VI, tome I, page 94.

CUMMINGS, V., KERNER, J.F., ARONES, S., et STEINBOCK, C. (1985), Day Hospital service in rehabilitation medicine : An evaluation. Archives of Physical Medicine Rehabilitation, 66, pages 86-91.

CONSEIL ÉCONOMIQUE DU CANADA (1986), Troisième âge et soins de santé : acte d'un colloque.

CONTANDRIOPOULOS, A-P, et al. (1984), Les services d'aide à domicile et l'utilisation des ressources du système de soins, Mlt. Gris : Université de Montréal.

CORMIER, D., TRUDEL, J., (1986), Pulules Mirages, Association des centres d'accueil du Québec, Montréal.

COSIN L. (1954), The place of the day hospital in the geriatric unit. Pratitioner, 172, pages 552-559.

DAVIES B., CHALLIS D., (1980), "Experimenting with new roles in domiciliary service : The Kent Community Care Project" in The Gerontologist, 20, 3 pages 288 - 299.

DESROSIERS H. (1987), Impact du vieillissement sur les coûts du système de santé et des services sociaux: les véritables enjeux, les publications du Québec, cahier 31.

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (1986), Hôpital de jour orientations Québec : Service des soins aux personnes âgées.

DOHERTH N., HICKS B., RAISZ H., SEGAL J., (1980), "Triage : Overcoming organizational and financial barriers to care for the elderly", Home Health Care Services Quarterly, vol. 1, no. 3, pages 37-049.

DUDGEON, TREMBLAY, S. (1992), Day hospital evaluation : a Quebec study : thèse (M.A.), Université de Sherbrooke, non publiée.

EAGLE, JOAN D. et al (1991), Effectiveness of a geriatric day hospital. Canadian Medical Association Journal 144 (6), pages 699-704.

EAGLE, J., GUYATT, G., PATTERSON, C., TURPIE,I. (1987), Day Hospitals, Cost and Effectiveness : A Summary. The Gerontologist, 27 (6), pages 735-740.

EAGLE, J., GUYATT, G., PATTERSON, C., TURPIE, I. (1991), Effectiveness of a geriatric day hospital, Canadian Medical Association 144(6), pages 699-704.

EDWARD L., O'DONNELL, J.F., (1984), Adult Day Care Services in New-York : A comparaison with their long terme care providers, Inquiry, 22, pages 75-83.

EGGERT G.M., BRODOWS B.S., (1983), "Five years of Access : What have we learned", Home Health Care Services Quarterly, vol. 4, nos 3-4, pages 27-48.

FARGUHAR, M., et EAGLE V. (1981), Day hospitals : A program development perspective. Dimension in health Service, 1, pages 16-18.

FARNDALE, J., (1961), The day hospital movement in Great Britain. London : Pergamon Press.

FISHER, R.H., NADON, G.W., DAWSON, P., et CARRIE-MILLS, C. (1981), A geriatric day hospital: The sunnybrook experience. Canadian Medical Association Journal, 125, pages 447-450.

FLATHMAN, DAVID P., LARSEN DONALD; (1976), Evaluation of three geriatric day hospitals in Alberta, Faculty of Medecine, University of Alberta.

FORTIN, B., FORTIN P., (1986), Trois essais sur l'impact économique du déclin démographique, Cahier de recherche no. 87-02, Québec, Groupe de recherche en Politique économique, Université Laval.

GAUTHIER, H. et DUCHESNE L, (1986), Bureau de la statistique du Québec, Les personnes âgées au Québec, Québec, Les publications du Québec.

GAUTHIER N., et ALBERTON, M. (1983), L'hôpital de jour dans le réseau de services intégrés pour les bénéficiaires de soins prolongés. Ministère des Affaires sociales.

GERSON, L.W., HUGUES O.P. (1976), A comparative study of the Economics of home care. International journal of health services 6, 4.

GOSSELIN C., (1972), Evaluation des ressources alternatives à l'institutionnalisation des personnes âgées, tome IV.

GOUVERNEMENT du Québec :(1972), Rapport de la commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, Volume VI, Tome I.

GRANDMAISON A., GOSSELIN C., (1986), Évaluation des ressources alternatives à l'institutionnalisation des personnes âgées, Tome I et IV, C.S.S.M.M.

HICKS B., RAISZ H., SEGAL J., DOHERTY N., (1981), "The TRIAGE experiment in coordinated care for the elderly", American Journal of Public Health, vol. 71, no. 9, pages 991-1003.

HUGUES S.L., CORDRAY D.S., SPIKER V.A., (1984), "Evaluation of a long-term home care program" in Medical Care., 22, 5 pages 460 - 475.

JACKSON M.F., (1983), Day Care for Handicapped Elders : an evaluation study, Canadian Journal of Public Health, pages 348-351.

JETTÉ A.M., BRANCH L.G., (1983), "Targeting community services to high-risk elders : toward preventing long-term care institutionnalization" in Prevention in human services, 3, 1, pages 53-69.

KABAN, L. et BLACK, J. (1983), Variation between a day hospital's team assessments and needs perceived by referral source, Canadian Journal of Aging, 3, pages 147-150.

KADNER D.L., MOSSEY W., DAPELLO R.D., (1983), "New York's Nursing home without Walls : a provider-based community care program for the elderly", Home Health Care Services Quarterly, vol. 4, nos 3-4, pages 107-126.

KANE R.E. et al (1988), Cost savings and economic considerations using home intravenous antibiotic therapy for cystic fibrosis patients. Pediatric pulmonology 4 (2) pages 84-89.

KATZ S. et al, (1972), Effects of continued care : a study of chronic illness in the home, DHEW Publication no. (HSM) 73-3, 010, Washington, Government Printing Office, 1972.

KRAUS A.S., ARMSTRONG M.I., (1977), "Effect of chronic home care on admission to institutions providing long-term care" in Canadian Medical Association Journal, 117 pages 747 à 749.

LAFONTAINE P.,/ M.S.S.S. (1988), Statistiques de l'institutionnalisation de l'étude des incapacités: notes explicatives, Québec, Direction de la planification.

LECOMPTE R., RUTMAM, L. (1982), Introduction aux méthodes de recherche évaluative, Les Presses de l'Université Laval.

LEFEBVRE L. A. et al (1979), Hôpitaux à horizon 2031, les effets du mouvement de la population sur les besoins en soins hospitaliers, 1967-2031, Ottawa, Ministère des approvisionnements et services Canada.

LEVASSEUR, M. (1983), Des problèmes prioritaires, Collection La santé des québécois, Québec, C.A.S.F.

LEVASSEUR, M. (1992), La consommation des soins dans les centres hospitaliers de courte durée par les personnes âgées, Québec 1981-82 à 1988-89, Service de l'évolution, Gouvernement du Québec.

MACFARLANE, J.P.R., CALLING, T., GRAHAM, K., et MACINTOSH J.C. (1979), Day Hospitals in modern clinical practice - cost benefit. Age and Ageing, 8, pages 80-86.

MAHMUD K. et al (1986), A mobile cancer clinic : an effective, safe and inexpensive method of delivering anti-tumor therapy. Minnesota Medecine 69 (10).

MARTIN, A., et MILLARD, P.H. (1975), The New Patient index - A method of measuring the Activities of Day Hospitals. Age and ageing, 4, pages 119-122.

MARTIN, A., et MILLARD, P.H. (1976), Effect of size of the function of three Day Hospitals : The Case for the smaller unit. Journal of American Geriatrics Society, 24 (11), pages 506-510.

MATHEWS, G. (1984), Le choc démographique, Québec, Boréal Express.

MATHIEU G. (1988), Le vieillissement démographique et son impact sur la situation des personnes âgées et les services qui leur sont offerts, Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS).

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES (1985), Un nouvel âge à partager : politique du ministère des Affaires sociales à l'égard des personnes âgées, Québec M.A.S., Direction des communications.

MINISTÈRE DES APPROVISIONNEMENTS ET SERVICES (1991), Canada, Rapport sur les soins à domicile, Groupe de travail fédéral-provincial.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1986), Hôpital de jour - orientations, Service des soins aux personnes âgées, Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1989), Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec, Orientation.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1985), Un nouvel âge à partager, Politique du M.A.S. à l'égard des personnes âgées.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1991), Vers un nouvel équilibre des âges, Rapport du groupe d'experts sur les personnes ainées.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX/HAINSE S.; PELLETIER G. (1992), La population du Québec par territoire de CLSC, de DSC et RSS (version 18 régions) pour la période de 1981 à 2006, Direction de l'évaluation et de la planification.

MIVILLE, C./MSSS, (1992), Approche en hôpital de jour : Bilan et recommandations , Service des programmes aux personnes âgées en perte d'autonomie. Non publié.

MONTPLAISIR, M., et DUDGEON TREMBLAY, S. (1986), An Evaluation kit for Day Hospital development. Montréal : Centre hospitalier Côte-des-Neiges.

MONTPLAISIR, M.L., et DUDGEON-TREMBLAY, S., (1986), L'évaluation multidimensionnelle de l'hôpital de jour, Centre hospitalier Côte-des-Neiges.

NIELSEN et al, (1972), Older persons after hospitalization : a controlled study of home aide service. American Journal of public health, 62, 8.

NIELSEN M., BLENKNER M., BLOOM M., DOWNS T., BEGGS H., (1972), "Older persons after hospitalization : a controlled study of home aide service" in American Journal of Public Health, 62, 8 pages 1094-1101.

O'DONOHUE WJ Jr et al (1986), Long term mechanical ventilation : guidelines for management in the home and at alternate community sites. American College of chest physicians, Chest 90 (1 suppl.) J., pages 19 - 379.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1977), Classification internationale des maladies, neuvième révision.

PABLO, R. et CLEARY, F. (1982), Parkwood day hospital : An alternative for the impaired elderly. Canadian Journal of Public health 73, pages 176-182.

RHEAULT, S., (1991), L'évaluation économique des normes d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie : recension des méthodes et résultats, MSSS, Direction de l'évaluation.

PINEAULT R., DAVELUY C., (1986), La planification de la santé : concepts, méthodes et stratégie. Agence d'Arc Inc.

ROY, J. et al, (1985), De la tâche à la mission, personnes âgées, aidants naturels, services intensifs de maintien à domicile, Centre de recherche sur les services communautaires.

SAUCIER A., LAFONTAINE P./MSSS, (1991), Nature et gravité des incapacités au Québec en 1986, Planification - évaluation santé et services sociaux, Québec.

SHORTELL, S.M., et RICHARDSON W.C., (1978), Health program evaluation, The C.V. Mosby Company, St-Louis.

SKELLIE F.A., (1979), "The impact of alternatives to Nursing Home Care", American Journal of Health Care Association, may pages 46-50.

SKELLIE F.A., COAN R.E., (1980), "Community based long-term Care and Mortality : Preliminary findings of Georgias Alternative health services project, Gerontologist, vol. 20, no. 3, pages 372-379.

SKELLIE, F.A., MOBLEY, G.M., COAN, R.E., (1982), Cost-effectiveness of Community-based long-term care : Current findings of Georgia's Alternative Health Services Project in American Journal of Public Health, 72, 4 pages 353-358, 1982.

STORM D.S. et BAUMGARTNER R.G. (1987), Achieving self-care in the ventilator - dependant patient: a critical analysis of a case study. International Journal of Nursing Studies 24 (2), pages 95 - 106.

TOURIGNY, A. et al, (1993), Évaluation du programme québécois des centres de jour. Centre hospitalier de l'Université Laval.

TOWNSEND J. et al (1988), Reduction in hospital readmission stay of elderly patients by a community based hospital discharge theme : British Medical Journal (297) pages 544 - 547.

TUCKER, M.A., DAVIDSON, J.G. et OBLE, J.J. (1984), Day Hospital Rehabilitation effectiveness and cost in the Elderly : a randomnised controlled trial. British Medical Journal, 289 (3) pages 1209-1212.

TURGEON L./MSSS, (1991), Les soins de courte durée du Québec : une analyse comparative, Direction de l'évaluation, Québec.

WALKER A., (1986), Le troisième âge et les soins de santé au Canada : Quelques observations inspirées de l'exemple britannique, Conseil économique du Canada, Ottawa.

WAN, T.T.H., WEISSERT, W.G. et LIVIERATOS, B.B. (1980), Geriatric day care and homemaker services: an experimental study. Journal of Gerontology, 35, pages 256-274.

WATSON J., (1984), La santé, une nécessaire réorientation, Groupe de travail sur l'attribution des ressources en soins de santé, Ottawa, Association médicale canadienne.

WEISS L'J., SKLAR R., (1983), "Project OPEN : A hospital based long-term care demonstration program for the chronically ill elderly", Home Health Care Services Quarterly, Vol, 4, nos 3-4, pages 127-145.

WEISSERT, W., (1978), Cost of adult day care : a comparaison to nursing home, Inquiry 15.

WEISSERT, W.G. (1976), Two Models of Geriatric Day Hospital Care Finding from a Comparative Study. The Gerontologist, 16, 5.

WEISSERT, W.G., WAN, T., LIVIERATOS, B., et KATZ, S. (1980), Effects and cost of day care services for the chronically ill. Medical care, 18, pages 567-584.

WEISSERT, W.G., WAN T.T.H., LIVIERATOS B.B., PELLIGRINO J., (1980), "Cost-effectiveness of homemaker services for the chronically ill" in Inquiry, 17, pages 230 à 243.

WOODFORD-WILLIAMS, E., et ALVAREZ, A.S. (1965), Four years experience of a day hospital in geriatric practice. Gerontology clinic, 7, pages 96-106.

WOODFORD-WILLIAMS E., MCKEON et TROTTER. (1962), The day hospital in the community care of the elderly. Gerontology clinic, 4 (3), pages 241-256.

WOODS GORDON, (1984), Investigating the impact of demographic change in Canada.

Rapport présenté au Groupe de travail sur l'attribution des ressources en soins de santé de l'Association médicale canadienne.

ZAWADSKI R. T., (1983), "The long term care demonstration projects : What are they and why they came into Being", in Home health Care Services Quarterly, Vol. 4, nos 3-4 (fall-winter), pages 5-26.

ZAWADSKI R.T., ANSAK M.-L., (1983), "Consolidating Community-based long-term Care: Elderly returns from the ON LOK demonstration", The gerontologist, vol. 23, no. 4, pages 364-369.

ANNEXES

Tableau no. 46
Distribution des places d'hébergement et soins de longue durée :
public et privé conventionné, 1991-92
Territoire de concentration : St-Hyacinthe

Zone de CLSC	Installations	Centre d'accueil	Soins longue durée	Pavillon	Psycho-gériatrie
St-Hyacinthe	Hôtel-Dieu St-Hyacinthe	158	387		
	Villa des Frênes	77		30	
	Résidence Gaucher-Héroux				
	Pavillon Girouard			30	
	SOUS TOTAL	235	387	60	0
Beloeil	C.A. Montarville	88			18
	C.A. Marguerite Adam	68			14
	Accueil Du Rivage	36			
	SOUS TOTAL	192	0	0	32
Acton-Vale	C.A. Acton Vale	80			
	C.H. Champlain Beloeil		57		
	SOUS TOTAL	80	57	0	0
	TOTAL	507	444	60	32

Source : Régie Régionale de la Montérégie

ANNEXE 2

Tableau no. 47
Distribution des places d'hébergement et soins de longue durée :
public et privé conventionné, 1991-92
Territoire de concentration : Val-d'Or/Senneterre

Zone de CLSC	Installations	Centre d'accueil	Soins longue durée	Pavillon	Psycho-gériatrie
Val-d'Or/ Senneterre	C.H. Val-d'Or		58		
	Foyer de Val-d'Or	92		30	
	Villa St-Martin	52			
	Oasis du repos			14	
	Ilôt d'Or			15	
	SOUS TOTAL	144	58	29	0
	TOTAL	144	58	29	0

Source : Régie Régionale de la Santé et des Services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

ANNEXE 3

Tableau no. 48
Distribution des places d'hébergement et soins de longue durée :
public et privé conventionné, 1991-92
Territoire de concentration : St-Jean-sur-Richelieu

Zone de CLSC	Installations	Centre d'accueil	Soins longue durée	Pavillon	Psycho-gériatrie
Richelieu	C.A. de Rouville	70	85		
	Résidence Val-Joli	45			
	Résidence St-Joseph	39			
	SOUS TOTAL	154	85	0	0
St-Jean-sur-Richelieu	C.H. Haut-Richelieu		35	18	
	C.A. Georges Phaneuf	115	20		
	Gertrude-Lafrance	150	27		29
	Résidence Chapagnat	99			
	SOUS TOTAL	364	82	18	29
St-Rémi de Napierville	Pierre-Rémi-Narbonne	50			
	Florence-Groulx C.H. Champlain	50			
	SOUS TOTAL	100	0	0	0
	TOTAL	618	167	18	29

Source : Régie Régionale de la Montérégie

ANNEXE 4

Tableau no. 49
 Distribution des places d'hébergement et soins de longue durée :
 public et privé conventionné, 1991-92
 Territoire de concentration : Trois-Rivières

Zone de CLSC	Installations	Centre d'accueil	Soins longue durée	Pavillon	Psycho-gériatrie
Cap-de-la-Madeleine	C.H. Cloutier		20		
	C.A. Luc-Désilets	50			
	Foyer Père Frédéric Inc.	120			
	Pavillon Nazareth			24	
	Pavillon des ainés				31
	Ch. N. de Blois				12
Trois-Rivières	SOUS TOTAL	170	20	55	12
	C.H. Cooke		149		
	C.H. St-Joseph	38	96		
	Foyer St-Joseph Denys	122		18	
	Pavillon Cathédrale				
	C.A. LS-Denoncourt	75			
	Pavillon L. Ouellet			29	
	SOUS TOTAL	235	245	47	0
	TOTAL	507	444	60	32

Source : Régie Régionale Mauricie-Bois-Francs

ANNEXE 5

Tableau no. 50
Distribution des budgets de soins à domicile
par zone de CLSC et per capita en dollars constants
1987-88 et 1991-92

1987-88	Val-d'Or	St-Hyacinthe	Acton Vale	Beloëil	Napierville	Richelieu	St-Jean	Trois-Rivières	Cap-de-la-Madeleine
Aide à domicile (6530)	253 490 \$	698 115 \$	161 271 \$	384 218 \$	229 398 \$	362 468 \$	747 525 \$	540 319 \$	185 747 \$
Soins infirmiers (6170)	239 972 \$	552 906 \$	137 147 \$	278 368 \$	145 522 \$	491 102 \$	531 307 \$	488 554 \$	258 087 \$
TOTAL	493 462 \$	1 251 021 \$	298 418 \$	662 586 \$	374 920 \$	853 570 \$	1 278 832 \$	1 028 873 \$	443 834 \$
Dollars per capita 65 ans et plus	170,80 \$	152 \$	172 \$	107 \$	188 \$	340 \$	164 \$	127 \$	113 \$
1991-92	Val-d'Or	St-Hyacinthe	Acton Vale	Beloëil	Napierville	Richelieu	St-Jean	Trois-Rivières	Cap-de-la-Madeleine
Aide à domicile (6530)	373 601 \$	757 399 \$	208 604 \$	701 278 \$	284 368 \$	368 985 \$	847 541 \$	435 684 \$	262 851 \$
Serv. psych. soins domicile (6561)	233 658 \$	288 686 \$	67 447 \$	662 257 \$	35 421 \$	117 348 \$	251 645 \$	116 665 \$	119 684 \$
Service spécialisé dom. (6851)	0 \$	155 125 \$	5 502 \$	82 875 \$	50 322 \$	19 759 \$	126 959 \$	78 960 \$	29 499 \$
Intervention communautaire domicile (7121)	69 523 \$	37 114 \$	231 \$	0 \$	0 \$	47 206 \$	0 \$	0 \$	12 414 \$
Gestion soins domicile (7151))	45 776 \$	63 881 \$	90 863 \$	178 879 \$	65 974 \$	129 723 \$	197 216 \$	190 607 \$	96 746 \$
Soins infirmiers (6170)	347 559 \$	784 405 \$	146 748 \$	383 406 \$	179 229 \$	281 079 \$	541 135 \$	595 159 \$	334 993 \$
TOTAL	1 070 117 \$	2 086 610 \$	519 395 \$	2 008 695 \$	615 314 \$	964 100 \$	1 964 496 \$	1 417 075 \$	856 187 \$
Dollars constants	870 647 \$	1 697 666 \$	422 580 \$	1 634 274 \$	500 619 \$	784 392 \$	1 598 314 \$	1 152 932 \$	696 594 \$
Dollars per capita 65 ans et plus	249,04 \$	174 \$	275 \$	214 \$	213 \$	268 \$	162 \$	118 \$	144 \$

Source : SIFO, MSSS.

ANNEXE 6

Tableau no. 51 Distribution des budgets des centres de jour par zone de CLSC et per capita en dollars constants 1987-88 et 1991-92					
ZONES DE CLSC	Réel 1987-88	Per capita(\$) + 65 ans	Réel 1991-92	\$ constants	Per capita(\$) + 65 ans
Trois-Rivières	218 015 \$	26,95 \$	310 928 \$	252 971 \$	25,95 \$
Cap-de-la-Madeleine	156 630 \$	39,73 \$	226 965 \$	184 659 \$	38,07 \$
St-Hyacinthe	85 434 \$	10,36 \$	102 852 \$	83 680 \$	8,59 \$
Beloeil	304 734 \$	49,23 \$	394 002 \$	320 560 \$	41,96 \$
Acton-Vale	56 446 \$	32,57 \$	104 817 \$	85 279 \$	55,56 \$
St-Jean	282 137 \$	36,10 \$	386 884 \$	314 768 \$	31,83 \$
Richelieu	96 995 \$	38,60 \$	147 001 \$	119 600 \$	40,89 \$
Napierville	72 149 \$	36,15 \$	116 085 \$	94 447 \$	40,36 \$
Val-d'Or	128 903 \$	44,62 \$	192 664 \$	156 751 \$	45,97 \$

Source : S.I.F.O., Ministère de la Santé et des Services sociaux

ANNEXE 7

TABLEAU NO. 52 DISTRIBUTION DE LA CLIENTÈLE SELON LE DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET SECONDAIRE C.H. DU HAUT-RICHELIEU, ST-JEAN										
CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES CIM-9	CENTRE HOSPITALIER ST-JEAN									
	FEMMES				HOMMES				TOTAL	
	65-69 (7)		70-74 (11)		65-69 (5)		70-74 (7)		N=30	
	Princ.	Sec.	Princ.	Sec.	Princ.	Sec.	Princ.	Sec.	Princ.	Sec.
Maladies infectieuses et parasitaires									0	0
Tumeurs		1						1	0	2
Maladies endocriniennes, de la nutrition et du métabolisme et des troubles immunitaires		3	2	5	1	1	1	3	4	12
Maladie du sang et organique hématopoïétique		1		1		2			0	4
Troubles mentaux	3	1	6	4		4	1	3	10	12
Maladie Système nerveux et organes des sens	1	2		2		2		3	1	9
Maladie appareil circulatoire	2	3	2	5	3	1	4	3	11	12
Maladie appareil respiratoire		1				2		2	0	5
Maladie appareil digestif				4		1		1	0	6
Maladie organique génito-urinaire		3		4		3		2	0	12
Maladie de la peau et tissu cellulaire sous-cutané				2				1	0	3
Maladie système ostéo-articulaire, muscles et tissu conjonctif	1				3			1	1	4
Anomalies congénitales									0	0
Symptômes, signes et états mal définis		1		5				1	0	7
Lésions traum. & empoisonnement (inclusant allergie,...)				1					0	1
Autres		1	1	1	1		1		3	2
TOTAL								30	91	

Source : Dossier médical

Princ.: Diagnostic principal

Sec. : Diagnostic secondaire

ANNEXE 8

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES CIM-9	TABLEAU NO. 53 DISTRIBUTION DE LA CLIENTÈLE SELON LE DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET SECONDAIRE C.H. COOKE, TROIS-RIVIÈRES									
	CENTRE HOSPITALIER COOKE									
	FEMMES				HOMMES				TOTAL	
	65-69 (5)		70-74 (9)		65-69 (5)		70-74 (5)		N=24	
	Princ	Sec	Princ.	Sec	Princ	Sec	Princ	Sec	Princ	Sec
Maladies infectieuses et parasitaires				1					0	1
Tumeurs						1		1	0	2
Maladies endocriniennes, de la nutrition et du métabolisme et des troubles immunitaires		2	1	5	1	2		3	2	12
Maladie du sang et organique hémato-poïétique						1		1	0	2
Troubles mentaux		3				2		3	0	8
Maladie Système nerveux et organes des sens	2	2		5		2	1	1	3	10
Maladie appareil circulatoire	2	3	2	5	2	1	2	3	8	12
Maladie appareil respiratoire				6		2		4	0	12
Maladie appareil digestif		2	1	5		3		2	1	12
Maladie organique génito-urinaire		2		4		3		2	0	11
Maladie de la peau et tissu cellulaire sous-cutané				1				1	0	2
Maladie système ostéo-articulaire, muscles et tissu conjonctif	1	3	5	2	2	1	2		10	6
Anomalies congénitales									0	0
Symptômes, signes et états mal définis		2		3		1		1	0	7
Lésions traum. & empoisonnement (incluant allergie,...)				4				2	0	6
Autres				1					0	1
TOTAL								24	104	

SOURCE : Dossier médical

Princ. : Diagnostic principal
Sec. : Diagnostic secondaire

ANNEXE 9

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES CIM-9	CENTRE HOSPITALIER HOTEL-DIEU										
	FEMMES				HOMMES				TOTAL		
	65-69 (4)		70-74 (13)		65-69 (4)		70-74 (8)		N=29		
	Princ.	Sec.	Princ.	Sec.	Princ.	Sec.	Princ.	Sec.	Princ.	Sec	
Maladies infectieuses et parasitaires			1						1	1	1
Tumeurs									1	0	1
Maladies endocrinianes, de la nutrition et du métabolisme et des troubles immunitaires		3		9		3		7	0	22	
Maladie du sang et organique hémato-poiétique				1					0	1	
Troubles mentaux		1		2		3			0	6	
Maladie Système nerveux et organes des sens		1	2	6	2	2		4	4	13	
Maladie appareil circulatoire	1	1		11		2	3	4	4	18	
Maladie appareil respiratoire		1		2		1		2	0	6	
Maladie appareil digestif				2		1		2	0	5	
Maladie organique génito-urinaire				7		1		1	0	9	
Maladie de la peau et tissu cellulaire sous-cutané				4		2			0	6	
Maladie système ostéo-articulaire, muscles et tissu conjonctif	3	1	10	2	2	1	5		20	4	
Anomalies congénitales				1					0	1	
Symptômes, signes et états mal définis									0	0	
Lésions traum. & empoisonnement (inclusant allergie,...)				2					0	2	
Autres									0	0	
TOTAL									29	95	

Source : Dossier médical

Princ. : Diagnostic principal
Sec. : Diagnostic secondaire