

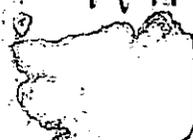
**ÉVALUATION DU PROGRAMME QUÉBÉCOIS  
DE SERVICES INTENSIFS DE MAINTIEN  
À DOMICILE  
(Simad)**

**Unité de recherche en santé communautaire  
Centre hospitalier de l'Université Laval**

**Sainte-Foy, 1991**



HV  
1475  
044  
E921  
1991



Institut national de santé publique du Québec  
4835, avenue Christophe-Colomb, bureau 200  
Montréal (Québec) H2J 3G8  
Tél.: (514) 597-0606

HU  
1475  
-244  
E922  
1991

**ÉVALUATION DU PROGRAMME QUÉBÉCOIS  
DE SERVICES INTENSIFS DE MAINTIEN À DOMICILE  
(SIMAD)**

**(Rapport final)**

**M. Pierre Joubert  
Mme Andrée Laberge  
M. Jean-Paul Fortin  
Mme Michèle Paradis  
Mme Francine Desbiens**

**Équipe en organisation et en évaluation  
des services de santé**

**Unité de recherche en santé communautaire  
Centre hospitalier de l'Université Laval  
1991**

**Traitement de texte et mise en page, Madame Lise Trépanier**

**Étude réalisée grâce à une subvention du ministère de la Santé et des Services sociaux, sur la base d'une proposition de recherche évaluée par le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS)**

**Dépôt Légal - 2<sup>e</sup> trimestre 1991**

**ISBN - 2-921304-16-3**

## AVANT-PROPOS

Cette étude a été réalisée grâce à une subvention du ministère de la Santé et des Services sociaux, dans le cadre d'un programme d'évaluation sur le processus de réponse aux besoins de longue durée des personnes âgées en perte d'autonomie. Ce programme d'évaluation, qui est sous la responsabilité immédiate de madame Suzanne D'Annunzio, relève de la Direction de l'évaluation, dirigée par madame Sylvie Dillard, que nous remercions pour son appui au présent projet. Nous tenons cependant à remercier d'une façon particulière Madame Suzanne D'Annunzio, Chef du service évaluation - réadaptation et services de longue durée, ainsi que monsieur Mario Bolduc, professionnel du même service, dont le support ne s'est jamais démenti tout au cours du long processus d'analyse et de réflexion, qui a été nécessaire pour la production de ce rapport d'évaluation. Monsieur Bolduc, tout spécialement, qui a agi comme «chargé de dossier» dans le cadre de la présente étude, nous a fait bénéficier à plusieurs reprises de son expertise, et nous a fourni de précieux commentaires et suggestions. Nous lui en sommes reconnaissants.

L'évaluation a été menée par des chercheurs à la fois membres de l'Unité de recherche en santé communautaire du Centre hospitalier de l'Université Laval, et de l'équipe de recherche sur l'organisation des services de santé de l'Université Laval. Ces chercheurs font partie du «Réseau de recherche sociopolitique et organisationnelle en santé» qui regroupe, depuis 1988, des chercheurs, professeurs, étudiants de différentes disciplines universitaires, ainsi que des professionnels spécialisés en santé publique. Nous avons donc pu bénéficier à plusieurs reprises de l'expertise professionnelle de Monsieur Pierre J. Durand, médecin spécialiste au service de gériatrie du CHUL, de même que celles de Messieurs Clermont Bégin, Pierre Bergeron et Vincent Lemieux, nos collègues du «Réseau de recherche».

Une telle étude n'aurait pu être réalisée sans la contribution de plusieurs autres dizaines de personnes au Ministère, dans les Conseils régionaux et dans un certain nombre d'établissements, particulièrement des CLSC et des hôpitaux. La liste complète des personnes rencontrées ou consultées apparaît en annexe de ce rapport. Nous les remercions pour leur collaboration et leur disponibilité tout au long du déroulement de cette étude. Nous tenons cependant à souligner les contributions spécifiques d'un certain nombre de ces personnes qui ont cheminé avec l'équipe de recherche, du début jusqu'à la fin de cette étude. Ces personnes constituaient un groupe de travail (nommé «Comité aviseur» pour les fins de l'étude), qui fut informé régulièrement du développement de la recherche et consulté à chacune des principales étapes décisionnelles. Nous remercions donc vivement pour leur collaboration constante et soutenue les membres réguliers de ce comité, soit: Madame Michèle Auclair du Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Québec, Monsieur Jean-Marc Bernard du Service de l'évaluation - prévention et services communautaires au ministère de la Santé et des Services sociaux, Monsieur Mario Bolduc du Service de l'évaluation - réadaptation et services de longue durée au ministère de la Santé et des Services sociaux, Madame Claudette Lafrenière du Conseil

de la santé et des services sociaux de la région de la Montérégie, Madame Pierrette Lambert du Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain, Madame Louise Meunier du Service des programmes à la communauté au ministère de la Santé et des Services sociaux; de même que les membres suppléants: Madame Danielle Francoeur du Conseil de la santé et des services sociaux de la région de la Montérégie et Madame Francine Lacroix du Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Québec.

Enfin, nos derniers remerciements sont pour Madame Lise Trépanier qui, avec beaucoup de doigté et de professionnalisme, a «cent fois sur le métier remis cet ouvrage» pour offrir au lecteur ce travail d'édition de qualité, dans des conditions techniques et matérielles souvent difficiles.

L'équipe de recherche

## TABLE DES MATIERES

---

	PAGE
AVANT-PROPOS .....	i
TABLE DES MATIÈRES .....	iii
INTRODUCTION .....	1
<b>CHAPITRE 1 LE CONTEXTE ET L'OBJET D'ÉVALUATION .....</b>	<b>4</b>
1. La problématique et le contexte de l'évaluation .....	4
2. L'objet d'évaluation: le programme SIMAD .....	7
3. Les objectifs de l'évaluation .....	10
Résumé .....	12
 <b>CHAPITRE 2 LE DEVIS D'ÉVALUATION .....</b>	 <b>13</b>
1. Description des deux volets de l'évaluation .....	15
2. Description de la population de l'étude .....	16
3. Stratégies de cueillette et sources de données .....	19
4. Stratégies d'analyse .....	23
5. Forces et limites de l'évaluation .....	25
Résumé .....	30
 <b>CHAPITRE 3 CONTEXTES D'IMPLANTATION ET DE DÉVELOPPEMENT DU PROGRAMME DE SERVICES INTENSIFS DE MAINTIEN À DOMICILE .....</b>	 <b>32</b>
1. Quelques caractéristiques sociodémographiques des régions à l'étude .....	 33
2. État des ressources dans les trois régions .....	35
3. L'implantation et le développement de SIMAD dans cha- cune des régions .....	 39
Résumé .....	49
 <b>CHAPITRE 4 CARACTÉRISTIQUES DE LA CLIENTELE .....</b>	 <b>51</b>
1. Le sexe, l'âge, la corésidence et les problèmes neuropsy- chiatriques .....	 51
2. Les motifs d'admission .....	54
3. Les facteurs explicatifs des différences observées .....	60
4. Conclusion .....	62
Résumé .....	64

<b>CHAPITRE 5</b>	<b>UTILISATION DES SERVICES ET DES RESSOURCES</b>	<b>65</b>
	1. Nature et quantité des ressources et des services utilisés	65
	2. Les facteurs associés à l'utilisation des services	69
	3. Conclusion	80
	Résumé	82
<b>CHAPITRE 6</b>	<b>LES EFFETS DES SERVICES INTENSIFS D'AIDE ET DE SOINS A DOMICILE</b>	<b>83</b>
	1. L'acceptabilité du maintien à domicile	83
	2. L'accessibilité aux ressources d'aide et de soins	85
	3. L'utilisation des ressources hospitalières	93
	4. L'utilisation des ressources d'hébergement	100
	5. Conclusion	103
	Résumé	105
<b>CHAPITRE 7</b>	<b>DISCUSSION SUR LES IMPLICATIONS DES RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION</b>	<b>107</b>
	1. Les objectifs de Simad	107
	2. Les modes d'utilisation des ressources et des services	112
	3. Les relations avec les autres ressources d'aide et de soins de longue durée	121
	Résumé	125
	<b>CONCLUSION GÉNÉRALE</b>	<b>127</b>
	<b>LISTE DES RÉFÉRENCES</b>	<b>130</b>
<b>ANNEXE A:</b>	Liste des personnes rencontrées ou consultées	1
<b>ANNEXE B:</b>	Les instruments de cueillette de données	7
<b>ANNEXE C:</b>	Stratégie d'analyse	22
<b>ANNEXE D:</b>	Les autres tableaux de l'étude	24

## LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

---

TABLEAU 1:	DISTRIBUTION DES BÉNÉFICIAIRES DE L'ÉCHANTILLON SELON LA RÉGION ET LE CLSC .....	18
TABLEAU 2:	DISTRIBUTION SELON L'AGE ET LA RÉGION .....	52
TABLEAU 3:	PROPORTION DE SUJETS ÂGÉES DE 80 ANS OU PLUS SELON LA RÉGION .....	53
TABLEAU 4:	DISTRIBUTION SELON LA CORÉSIDENCE ET LA RÉGION .....	53
TABLEAU 5:	DISTRIBUTION SELON LA PRÉSENCE DE PROBLEMES NEURO-PSYCHIATRIQUES ET LA RÉGION .....	54
TABLEAU 6:	DISTRIBUTION SELON LE MOTIF D'ADMISSION ET LA RÉGION .....	57
TABLEAU 7:	DISTRIBUTION DES CAS INCIDENTS SELON LE MOTIF D'ADMISSION ET LA RÉGION .....	59
TABLEAU 8:	NOMBRE MOYEN D'HEURES/SERVICES DIRECTS PAR SEMAINE ET PAR CLIENT SELON LE TYPE DE SERVICES ET LA RÉGION .....	67
TABLEAU 9:	ESTIMATION DU COUT MOYEN DES SERVICES DIRECTS PAR BÉNÉFICIAIRE ET PAR SEMAINE, SELON LE TYPE DE SERVICES ET LA RÉGION .....	69
TABLEAU 10:	NOMBRE MOYEN D'HEURES/SERVICES PAR SEMAINE SELON L'AGE ET LA RÉGION .....	70
TABLEAU 11:	NOMBRE MOYEN D'HEURES/SERVICES PAR SEMAINE SELON LE SEXE ET LA RÉGION .....	71
TABLEAU 12:	NOMBRE MOYEN D'HEURES/SERVICES PAR SEMAINE SELON LA CORÉSIDENCE ET LA RÉGION .....	71
TABLEAU 13:	NOMBRE MOYEN D'HEURES/SERVICES PAR SEMAINE SELON LA PRÉSENCE DE PROBLEMES NEUROPSYCHIATRIQUES ET LA RÉGION .....	71
TABLEAU 14:	NOMBRE MOYEN D'HEURES/SERVICES PAR SEMAINE SELON LE MOTIF D'ADMISSION ET LA RÉGION .....	72
TABLEAU 15:	NOMBRE MOYEN D'HEURES/SERVICES PAR SEMAINE SELON LES PÉRIODES ADMINISTRATIVES ET LA RÉGION .....	75
TABLEAU 16:	DISTRIBUTION SELON LA DATE D'ADMISSION ET LA RÉGION .....	86

---

TABLEAU 17:	DISTRIBUTION SELON LE STATUT D'ACTIVITÉ AU 31-12-89 ET LA RÉGION .....	86
TABLEAU 18:	DISTRIBUTION SELON LE LIEU DE PROVENANCE ET LA RÉGION .....	94
TABLEAU 19:	DISTRIBUTION SELON LE MOTIF DE CESSATION DES SERVICES ET LA RÉGION .....	102
TABLEAU 20:	CONSÉQUENCES DE LA DÉFINITION ET DE LA TRADUCTION OPÉ- RATIONNELLES DES OBJECTIFS DE SIMAD .....	111
FIGURE 1:	LA PLACE DE SIMAD DANS LE « RÉSEAU » DE SOINS ET DE SERVICES AUX PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE .....	121

## LISTE DES TABLEAUX EN ANNEXE

		Annexe D page
Tableau 1	Age moyen et médian selon la région et le CLSC . . . . .	25
	a) région de Montréal	
	b) région de Québec	
	c) région de la Montérégie	
Tableau 2	Distribution selon l'âge, la région et le CLSC . . . . .	26
	a) région de Montréal	
	b) région de Québec	
	c) région de la Montérégie	
Tableau 3	Distribution selon la corésidence, la région et le CLSC . . . . .	27
	a) région de Montréal	
	b) région de Québec	
	c) région de la Montérégie	
Tableau 4	Distribution selon l'âge, la corésidence et la région . . . . .	28
	a) région de Montréal	
	b) région de Québec	
	c) région de la Montérégie	
Tableau 5	Distribution selon le motif d'admission, la région et le CLSC . . . . .	29
	a) région de Montréal	
	b) région de Québec	
	c) région de la Montérégie	
Tableau 6	Distribution selon le motif d'admission, l'âge et la région . . . . .	31
	a) région de Montréal	
	b) région de Québec	
	c) région de la Montérégie	
Tableau 7	Distribution selon le motif d'admission, la corésiden- ce et la région . . . . .	33
	a) région de Montréal	
	b) région de Québec	
	c) région de la Montérégie	
Tableau 8	Estimation du nombre total de bénéficiaires de SIMAD dans les CLSC de l'étude, selon l'âge, la corésidence et la région (période du 18-06-89 au 31-12-89) . . . . .	35

---

Tableau 9	Nombre moyen d'heures/services/semaine selon le type de service, la région et le CLSC .....	36
	a) région de Montréal	
	b) région de Québec	
	c) région de la Montérégie	
Tableau 10	Nombre moyen d'heures/services/semaine selon le type de services, l'âge et la région .....	38
Tableau 11	Nombre d'heures/services/semaine selon le type de services, le sexe et la région .....	38
Tableau 12	Nombre d'heures/services/semaine selon le type de service, la coresidence et la région .....	39
Tableau 13	Nombre d'heures/services/semaine selon le type de services, la présence de problèmes neuropsychiatriques et la région .....	39
Tableau 14	Comparaison intrarégionale des caractéristiques de la clientèle et des services: tableau synthèse de la région de Montréal .....	40
Tableau 15	Comparaison intrarégionale des caractéristiques de la clientèle et des services: tableau synthèse de la région de Québec .....	41
Tableau 16	Comparaison intrarégionale des caractéristiques de la clientèle et des services: tableau synthèse de la région de la Montérégie .....	41
Tableau 17	Distribution selon la date d'admission, le statut d'activité au 31-12-89 et la région .....	42
Tableau 18	Distribution selon le motif d'admission, le lieu de provenance et la région .....	43

## INTRODUCTION

---

Au printemps de 1986, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec met en place un plan d'ensemble pour résoudre, dans les hôpitaux de cinq régions sociosanitaires, les problèmes de l'engorgement des salles d'urgence et des lits de courte durée. À l'intérieur de ce plan, on prévoit diverses mesures pour accroître à court terme la disponibilité des ressources et des services externes aux hôpitaux, de manière à réduire, ou même à éviter, des recours à l'urgence ou à l'hospitalisation, particulièrement pour des personnes âgées en perte d'autonomie. C'est dans ce train de mesures qu'a été implanté le «Programme de services intensifs de maintien à domicile» (SIMAD).

Pour le Ministère, le «programme SIMAD» se situe également dans une perspective de développement mise de l'avant, surtout depuis le milieu des années 70, pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie et éviter, ou retarder, le recours aux ressources institutionnelles d'hébergement. En ce sens, ce programme est considéré à la fois comme une solution possible aux problèmes liés aux disponibilités externes aux services d'urgence et comme une forme d'alternative à l'institutionnalisation des personnes âgées. Il poursuit donc deux ordres d'objectifs: les premiers concernent la résolution du problème «politique» de l'engorgement des salles d'urgence, les seconds portent sur la résolution de problèmes de santé, en termes de maintien ou de support de l'autonomie.

Dans ce contexte, le «programme SIMAD» devrait être complémentaire à l'ensemble des ressources consenties pour le maintien à domicile (les programmes dits «réguliers» de soins et d'aide à domicile, les services de jour, le Fonds régional pour les personnes handicapées, le programme de subvention aux organismes communautaires, etc.) et se situer dans un continuum de services, allant des ressources plus légères à domicile aux ressources institutionnelles d'hébergement, pour répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie. Il devrait aussi se situer en interrelation étroite avec les soins de courte durée, puisque les personnes en perte

---

d'autonomie à domicile peuvent avoir à la fois, ou alternativement, besoin de services à domicile et de soins de courte durée, et que l'utilisation plus ou moins adéquate d'un type de ressource aura des effets sur l'autre.

Compte tenu de l'importance de cette mesure dans un ensemble de services, qu'on souhaite intégrés et continus, et compte tenu du consensus social qui s'est développé autour de questions comme la qualité des services et le maintien à domicile (ou dans le milieu le plus naturel possible) des personnes en perte d'autonomie, il apparaissait tout à fait pertinent de se questionner sur la capacité de ce programme de produire certains des effets de système souhaités, de même que sur les conditions qui peuvent être plus ou moins propices à l'atteinte des objectifs poursuivis. C'est dans cette optique que le Ministère a lancé un appel d'offres sur le thème «Évaluation des programmes de maintien à domicile», pour évaluer en particulier l'implantation et les effets du «programme SIMAD».

Le présent rapport d'évaluation devrait permettre de répondre en bonne partie aux questions que se posait le Ministère, lors du lancement de cet appel d'offres. Il a été conçu de manière à mettre en évidence et à intégrer, au fur et à mesure qu'on avance dans la présentation et dans l'analyse, les différentes informations susceptibles de rejoindre les préoccupations du Ministère et celles des acteurs du «réseau» concernés par les résultats de l'évaluation.

Les premiers chapitres de ce rapport portent sur la description et la compréhension de l'objet d'évaluation. On y présente les stratégies et la méthodologie privilégiées, tout en discutant des forces et des limites, en fonction des objectifs de l'étude. L'analyse des contextes d'implantation et de développement du «programme SIMAD» dans les régions retenues pour cette étude permet, par la suite, de faire ressortir les éléments importants pour comprendre les différentes utilisations de cette ressource et identifier des conditions qui peuvent être plus ou moins favorables à l'atteinte des objectifs poursuivis. Dans les deux chapitres suivants,

---

**l'information est présentée de manière à dégager en quoi et comment les différences dans la compréhension et l'opérationnalisation des objectifs du programme se traduisent dans les caractéristiques des clients bénéficiaires et dans l'utilisation des ressources et des services. Vient ensuite un chapitre sur les effets du programme autant sur les clientèles et que sur le «réseau» de soins et de services. Il s'agit des effets observés à court terme et d'autres perçus ou anticipés à plus long terme, de même que des effets attendus ou non du programme. Encore là, les résultats sont présentés de façon à mettre en évidence des conditions qui peuvent être plus ou moins propices à l'atteinte de différents ordres d'objectifs, tout en faisant ressortir l'ensemble des possibilités de ce «nouveau programme». Enfin, le dernier chapitre de ce rapport porte sur les conséquences et les implications de certains des choix qui sont faits relativement aux objectifs privilégiés, à certaines modalités de fonctionnement et aux stratégies d'utilisation des ressources et des services du programme, dans un contexte de relative rareté de ressources. De façon plus spécifique, on tente d'identifier ainsi des situations qui pourraient être consolidées ou améliorées, en vue du développement ou de l'extension du programme, ou d'autres comparables, et de l'atteinte des objectifs de santé pour des personnes en perte d'autonomie à domicile.**

---

## CHAPITRE 1

### LE CONTEXTE ET L'OBJET D'ÉVALUATION

---

L'évaluation du programme de services intensifs de maintien à domicile («SIMAD») apparaît particulièrement stratégique compte tenu qu'il vise à la fois à solutionner un problème de pointe, comme celui de l'engorgement des urgences et des hôpitaux de courte durée, et qu'il constitue aussi une des nombreuses mesures ou programmes mis de l'avant, surtout depuis le milieu des années '70, pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie.

Dans ce contexte, il est apparu nécessaire de se questionner, non pas tant sur la pertinence des programmes de maintien à domicile qui de plus en plus font l'objet d'un large consensus social, que sur les effets et les conditions qui peuvent être propices à l'atteinte des objectifs de programmes particuliers comme «SIMAD», en vue de l'améliorer ou d'en corriger les lacunes, dans l'hypothèse d'une extension possible.

#### 1. LA PROBLÉMATIQUE ET LE CONTEXTE DE L'ÉVALUATION

Les services intensifs de maintien à domicile (SIMAD) ont été implantés à l'automne de 1986 dans cinq régions sociosanitaires du Québec, dans le cadre d'un plan d'ensemble visant à solutionner le problème de l'engorgement des salles d'urgence. À l'instar de l'expérience de la région métropolitaine de Montréal où, depuis 1981, on tente de développer des formes plus appropriées de prise en charge pour ce qu'on est convenu d'appeler les «cas lourds» à domicile (Trépanier, 1985; Lambert et Drabbe, 1985), et dans la foulée du rapport Spitzer (1985), le «programme SIMAD» fut présenté au départ comme une mesure de second niveau permettant la mise en place d'une gamme de services à domicile, accessibles en tout temps et sur une base intensive, pour des personnes âgées en perte d'autonomie sévère (les «cas lourds»). On le présente aussi comme une solution possible aux problèmes liés aux disponibilités externes (et

---

complémentaires) aux services d'urgence, dans la mesure où l'on reconnaît qu'une disponibilité plus grande de ressources et de services externes entraîne inévitablement moins de recours à l'urgence et à l'hospitalisation.

Même si le «programme SIMAD» a été défini d'abord comme une mesure de désengorgement des urgences, la logique sur laquelle s'appuient l'implantation et le développement d'un tel programme repose, entre autres, sur des constats relatifs à l'importance du recours à diverses formes d'institutionnalisation au Québec, au besoin et à l'efficacité des ressources intermédiaires ou d'aide et de soins à domicile et, enfin, aux préférences exprimées par les personnes âgées ou en perte d'autonomie relativement aux meilleures façons de répondre à leurs besoins. Ainsi, les experts consultés au moment des travaux de la Commission Rochon (Roy et coll., Dossier «Personnes âgées», 1987), rappelaient que le taux d'institutionnalisation était toujours plus élevé au Québec (10%) que dans la plupart des pays industrialisés, comme la Grande-Bretagne, les États-Unis, l'Australie, la France et l'Autriche où il ne dépasse pas 6% (Roy et coll., 1987, p. 117). Les experts s'entendent pour dire que, pour réduire cet écart, il est essentiel de développer des ressources alternatives permettant d'éviter ou de retarder l'hébergement institutionnel le plus longtemps possible. Déjà en 1982, l'étude de Claude Sicotte abondait dans ce sens, puisqu'il indiquait que 46% des clients en centres d'accueil d'hébergement et 14% de ceux hospitalisés dans les hôpitaux de soins de longue durée auraient pu continuer de vivre à domicile s'ils avaient pu bénéficier de services adéquats et appropriés (Sicotte, 1982, p. 18). De plus, il faut ajouter, qu'au cours des cinq dernières années, un consensus s'est progressivement développé dans l'ensemble du «réseau» de soins et de services, sur la «nécessité de mettre en place des ressources intermédiaires de services et, surtout, des services de soutien à domicile» (Roy et coll., 1987, p. 117).

---

D'autres études comme celles menées par François Béland (1983) ont démontré, par ailleurs, que des services de faible intensité (1 à 2 heures/semaine en moyenne) comme ceux généralement dispensés par les CLSC s'avèrent peu efficaces pour agir sur la réduction du désir d'hébergement des personnes âgées. Toutefois, selon l'analyse qu'a faite Mario Bolduc autour des travaux de Béland, il semble qu'une offre de services de forte intensité peut être un des facteurs déterminants pour inciter des personnes âgées en perte d'autonomie à demeurer à domicile dans des conditions acceptables (Bolduc, 1986). Dans le même sens, la majorité des personnes âgées consultées dans le cadre du programme de consultation de la Commission Rochon ont clairement indiqué qu'elles préfèrent demeurer à domicile, dans la mesure où elles reçoivent le support et l'aide nécessaires pour y parvenir (Commission Rochon, 1987).

C'est dans ce contexte que le programme SIMAD a été implanté, c'est-à-dire comme une mesure inscrite dans un plan de désengorgement des urgences, mais s'inspirant d'une logique de développement de ressources alternatives à l'institutionnalisation des personnes âgées en perte d'autonomie.

Le programme SIMAD se situe donc à l'intersection de deux formes de rationalité. La première, de type plus instrumental, est de l'ordre des moyens et privilégie les input à court terme de façon à limiter l'accès aux ressources, comme la salle d'urgence et les soins de longue durée en institution, en réorientant la demande à l'externe. La seconde, de type plus fondamental, est de l'ordre des finalités et privilégie la gestion des output à plus long terme dans le sens des orientations privilégiées par le Ministère depuis le milieu des années '70, c'est-à-dire favoriser le maintien à domicile en améliorant les conditions de vie et la qualité de vie des personnes en perte d'autonomie (MAS, 1979 et MAS, 1985). Le premier type de rationalité renvoie à la résolution du problème «politique» de l'engorgement des urgences et peut constituer une réponse conjoncturelle aux situations qui pénalisent en quelque sorte le système de production de soins et de services; le second renvoie à la réponse aux besoins des clientèles et

---

à la résolution de problèmes de santé, en termes de gain ou de support d'autonomie, et sollicite des solutions plus permanentes qui tiennent compte de l'augmentation de la demande et de l'alourdissement des clientèles.

En substance, le programme SIMAD a été développé en réponse à deux ordres de préoccupations qui se traduisent par deux types d'objectifs. Une bonne part des difficultés ou contraintes entourant l'implantation d'un programme comme celui des services intensifs à domicile pourraient être liées au fait qu'on poursuit des objectifs qui, sans s'opposer directement, peuvent être difficiles à concilier au plan des opérations. Il est aussi vraisemblable de penser qu'on observera des variations d'une région à l'autre, dans le développement de ce programme, autant sous l'angle de la définition des objectifs, des modalités d'implantation, de la sélection des clientèles, que des mécanismes de gestion et de coordination retenus pour supporter la dispensation des services. En soi, de telles variations ne sont pas anormales; elles peuvent cependant questionner la capacité du programme SIMAD à rencontrer ses objectifs «politiques» tout en répondant, par ailleurs, à des besoins réels de soins et de services. Elles peuvent aussi nous informer sur des conditions qui peuvent apparaître plus ou moins propices à l'atteinte des objectifs poursuivis par ce programme ou d'autres programmes comparables.

## **2. L'OBJET D'ÉVALUATION: LE PROGRAMME SIMAD**

Même si la problématique entourant l'implantation d'un tel programme débouche inévitablement sur un questionnement plus large touchant l'ensemble des programmes de maintien à domicile, il est évident, que pour les fins de la présente évaluation, le programme SIMAD constitue l'objet principal d'évaluation.

---

Essentiellement, les objectifs principaux de SIMAD dans le plan de désengorgement des urgences sont les suivants (cf.: document explicatif du MSSS, 1988):

- éviter et raccourcir l'hospitalisation dans les hôpitaux de courte durée lorsqu'elles ne sont pas, ou ne sont plus nécessaires;
- éviter et retarder l'hébergement des personnes âgées à domicile en perte d'autonomie.

Les objectifs de prévention des pertes d'autonomie, d'amélioration de la qualité de vie des bénéficiaires et de réduction des coûts des soins et des services ne sont pas directement explicités dans le plan de désengorgement, mais ils font partie intégrante de la politique du Ministère (1979 et 1985) et étaient reconnus de façon implicite dans les termes de référence qui accompagnaient l'appel d'offres, à l'origine de cette étude (MSSS, 1988).

Au plan opérationnel, le programme s'est articulé autour de deux sous-ensembles de ressources et de services qui devaient concourir à rencontrer ces objectifs:

- une gamme de services spécialisés et de services de soutien, accessibles en tout temps et sur une base intensive (plus de 5 heures par semaine, pour une moyenne de 15 à 18 heures par semaine), rendus disponibles par les Centres locaux de services communautaires (CLSC), à partir de ressources identifiées à cette fin, et gérés par les Conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS);
  - un lien téléphonique disponible sur une base sous-régionale 24 heures par jour et 7 jours par semaine (le «programme 24/7») pour des fins d'information et de référence, combiné à la disponibilité potentielle d'une infirmière-visiteuse pour les personnes qui font appel à ce service-conseil (document explicatif du MSSS, 1988).
-

Ces deux sous-ensembles faisaient office, pour le Ministère, de lignes directrices, à partir desquelles les cinq régions visées en 1986 ont déterminé leurs objectifs et leurs modalités de fonctionnement.

Dès le départ, on a pu observer des différences notables entre les cinq régions initialement concernées par l'implantation de SIMAD, comme l'indique le document du Ministère (1988, p.4-5). Trois régions (Montréal métropolitain/06A, Laurentides-Lanaudière/06B et Trois-Rivières/04) ont adopté des objectifs comparables et visaient, pour l'essentiel, à éviter toute forme de recours inapproprié aux ressources institutionnelles, tant en milieu hospitalier qu'en milieu d'hébergement, de même qu'à permettre à toute personne admise au programme de demeurer à domicile, et ce, même pour «y mourir si cela est souhaitable» (MSSS, 1988, p.5). La région 06A se distinguait particulièrement par le fait que SIMAD apparaissait comme une mesure en continuité avec un programme déjà en expérimentation depuis quelques années et qui visait le maintien à domicile de personnes ayant des pertes d'autonomie sévères («cas lourds»). Les régions de la Montérégie (06C) et de Québec (03) ont défini différemment les objectifs du programme SIMAD. Dans la logique du rapport Spitzer, la région 06C visait d'abord à corriger avec SIMAD des problèmes de disponibilités externes aux services d'urgence, alors que la région 03 a mis directement l'accent sur le désengorgement des urgences, fournissant «rapidement et sur une base temporaire une variété et une quantité suffisante de services à des bénéficiaires hospitalisés et jugés aptes à demeurer à domicile» (MSSS, 1988, p.5). De plus, la région 03 s'est distinguée des quatre autres parce qu'elle est la seule qui n'ait pas développé le programme «24/7», du moins dans la forme prévue.

Avant de débiter formellement l'étude présentée dans ce rapport, une consultation sommaire des premiers bilans produits par les CRSSS, particulièrement des régions 06A, 06C et 03 (Amyot et coll., 1987; Paradis et coll., 1988; Trépanier et coll., 1987), a permis de constater que ces régions, qui poursuivaient initialement des objectifs qui semblaient en partie différents,

---

desservaient aussi un éventail varié de clientèles. Pour une large part, on reconnaissait que le programme SIMAD devait s'adresser prioritairement aux personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie et, secondairement, aux personnes de moins de 65 ans présentant un profil de perte d'autonomie comparable. La région 06A a toutefois privilégié au départ les personnes en perte d'autonomie sévère (les «cas lourds»), la région 06C les personnes en situation de crise, et la région 03 les clientèles hospitalisées ou recourant à l'urgence. Malgré l'accent qui a pu être mis au départ sur l'une ou l'autre catégorie de clientèles, toutes les régions ont, cependant, donné des services à des personnes en attente d'hébergement et à des personnes en phase terminale.

### **3. LES OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION**

Les objectifs du projet d'évaluation ont été formulés dans la perspective d'apporter un éclairage nouveau sur les choix qui ont été faits, relativement au développement et à l'implantation de SIMAD dans les régions du Québec, et de fournir des informations utiles pour les décisions ou les choix qui restent encore à faire. La stratégie d'évaluation proposée, à l'instar des travaux de Patton (1985 et 1987), visait donc à mettre en évidence l'information disponible la plus susceptible d'être utile pour supporter la prise de décisions. En ce sens, il apparaissait important d'envisager un devis qui mette l'accent sur les liens essentiels qu'il faut établir et comprendre à l'intérieur d'un «nouveau» programme, pour pouvoir situer à quel niveau, à quelles conditions et jusqu'à quel degré il s'avère efficace, du moins si l'on s'en tient à ses effets à court terme.

De façon générale, les objectifs de l'évaluation ont été formulés de la façon suivante:

1. Fournir au ministère de la Santé et des Services sociaux, de même qu'aux intervenants du réseau sociosanitaire concernés par les programmes de soins et services à domicile, un éclairage sur l'expérience d'implantation de SIMAD et les résultats obtenus à court terme;
-

2. Déterminer les conditions propices à la poursuite efficace et efficiente de cette expérience (aide à la décision concernant l'extension ou les ajustements à apporter au programme);
3. Dégager de l'implantation de SIMAD les éléments d'information susceptibles d'améliorer les connaissances sur l'efficacité des ressources qui se veulent une alternative à l'institutionnalisation des personnes âgées.

De façon plus spécifique, il était prévu dans un premier temps de décrire les variations inter et intrarégionales relativement à la traduction et l'opérationnalisation des objectifs poursuivis par le programme SIMAD, de même qu'à son utilisation et à son fonctionnement (pour qui et à quelles fins l'utilise-t-on et de quelle façon?). Dans un deuxième temps, il s'agissait d'estimer les effets de ces variations sur la clientèle desservie et sur le système de soins. Cette étude a comporté deux volets principaux: le premier concerne l'étude du processus d'implantation et le second, l'étude de certains des effets du programme. La définition particulière de chacun des volets de l'évaluation, de la population de l'étude et des variables retenues, de même que les sources de données et les principales stratégies d'analyse sont présentées dans le chapitre suivant.

---

## RÉSUMÉ

- Les services intensifs de maintien à domicile (SIMAD) ont été implantés au Québec, en 1986, comme une mesure susceptible de contribuer au désengorgement des salles d'urgence des hôpitaux de courte durée et comme une ressource alternative à l'institutionnalisation des personnes âgées en perte d'autonomie.
- Ce programme se situe donc à l'intersection de deux formes de rationalité: la première renvoie à la résolution du problème «politique» de l'engorgement des salles d'urgences, la seconde à la réponse aux besoins des clientèles et à la résolution de problèmes de santé. Or les deux ordres d'objectifs poursuivis, sans s'opposer directement, peuvent être difficilement conciliables au plan opérationnel.
- Les services intensifs ont été initialement implantés dans cinq régions sociosanitaires du Québec. Plus particulièrement, les régions de Montréal métropolitain (06A), de la Montérégie (06C) et de Québec (03) semblent différentes en regard de la compréhension et de la traduction opérationnelle initiales des objectifs de ce programme. Ces variations dans les conditions d'implantation peuvent être déterminantes pour l'atteinte des objectifs du programme.
- Dans ce contexte, les objectifs de cette évaluation sont de fournir un éclairage nouveau sur l'expérience d'implantation et sur certains des résultats à court terme de SIMAD, de déterminer des conditions qui peuvent être plus ou moins propices à l'atteinte des objectifs de ce programme et, enfin, de dégager de l'expérience de SIMAD des informations susceptibles d'être utiles pour le développement d'autres programmes comparables de maintien à domicile.

## CHAPITRE 2

### LE DEVIS D'ÉVALUATION

---

Les objectifs de cette évaluation visent donc à décrire l'implantation et le fonctionnement des services intensifs de maintien à domicile, d'identifier les principales variations inter et intrarégionales, de décrire les effets sur le «réseau» des services de santé et sur les clientèles et, enfin, de dégager des conditions qui apparaissent propices à l'atteinte des objectifs poursuivis par ce programme. Il s'agit essentiellement d'une étude descriptive et comparative du processus d'implantation et des effets de SIMAD. Dans cette évaluation, l'accent a été mis sur les différences inter et intrarégionales de façon à pouvoir mieux comprendre comment ce programme peut être utilisé dans différents contextes pour répondre à des problématiques ou à des besoins particuliers. Cette stratégie d'évaluation permettra d'identifier des facteurs contraignants ou facilitants qui peuvent influencer l'implantation et l'évolution du programme, de même que de décrire un ensemble d'effets possibles (attendus ou non) des applications régionales du programme de services intensifs de maintien à domicile.

Compte tenu de la diversité des objectifs poursuivis par SIMAD, de la connaissance encore très partielle de l'ensemble des possibilités et des effets qu'on peut attendre de programmes comparables et de l'importance, dans ce contexte d'évaluation, de comprendre les dynamiques, les utilisations et les capacités du programme, plutôt que de porter un jugement définitif sur sa valeur intrinsèque, cette stratégie d'évaluation s'est appuyée sur une approche de nature inductive. Une approche de ce type procède d'abord par l'observation, la compréhension et la description des phénomènes à l'étude, puis par la formulation d'hypothèses et la construction de schémas interprétatifs qui pourront être vérifiés ou validés dans les étapes subséquentes de l'évaluation (Patton, 1983, p. 40-48). Cette approche apparaissait d'autant plus pertinente, qu'il s'agit d'un programme en mutation, qui évolue dans le temps, et que les modèles, qui procèdent par la vérification d'hypothèses prédéterminées, nécessitent une stabilité plus grande des objectifs et des principales caractéristiques du programme, au moins durant la période couverte par

---

l'évaluation. Enfin, les ordres de préoccupations et les intérêts des acteurs concernés par le programme SIMAD et par les résultats de l'évaluation sont nombreux et diversifiés. Dans ce contexte, une approche de type inductif était plus adéquate pour s'assurer de l'utilité et de l'utilisation des résultats de l'étude, puisque les objets et les cibles spécifiques de l'évaluation sont définis à partir des informations recueillies sur le terrain, auprès des différents acteurs concernés par le programme SIMAD.

Par ailleurs, compte tenu de la nature de la démarche d'évaluation et afin de s'assurer de l'utilité et de l'utilisation des informations produites, un groupe de travail («evaluation task force»), composé de représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et des instances régionales, particulièrement concernés par les résultats de la recherche, fut consulté à chacune des étapes décisionnelles de la démarche d'évaluation (Patton, 1985, p.71). Ce groupe de travail constituait à la fois une source d'information privilégiée pour cette étude et permettait de s'assurer, tout au long de l'évaluation, de l'utilité des informations produites pour répondre aux préoccupations des principaux décideurs. De la même façon, les informations nécessaires pour supporter des décisions relatives à l'allocation et à la réallocation de certaines ressources au Ministère ont pu être rendues disponibles en cours d'évaluation, lorsque ce fut nécessaire (par exemple: présentation de résultats préliminaires à environ 40 personnes du Ministère et des régions participant à l'étude, en janvier 1990). La présentation et la discussion de certains des constats de l'évaluation en cours d'étude ont non seulement favorisé l'utilisation des informations pour des fins de prise de décision, mais ont aussi permis de discuter et de valider certains des modèles interprétatifs qui se dégagent de l'analyse des données, ou d'en formuler d'autres selon le cas. La création de ce groupe de travail représentait donc un élément important de la stratégie privilégiée pour évaluer l'implantation et les effets du programme SIMAD.

---

## **1. DESCRIPTION DES DEUX VOILETS DE L'ÉVALUATION**

Cette évaluation comportait deux volets principaux correspondant aux objectifs présentés au chapitre 1: une étude du processus d'implantation et de l'utilisation du programme SIMAD et une étude de certains effets du programme sur les clientèles et le «réseau» de soins et de services. L'étude du processus d'implantation a consisté en une reconstitution de l'implantation du programme, à partir de la période de pré-implantation à l'automne de 1985 jusqu'à la fin de l'année 1989. Les objectifs spécifiques étaient de décrire et de comparer la façon dont les régions ou les CLSC ont traduit les objectifs poursuivis par SIMAD en objectifs opérationnels et en plans d'actions, puis d'identifier des caractéristiques dans «l'histoire» d'implantation régionale ou locale qui sont susceptibles d'expliquer des différences observées. L'étude du processus a porté, par la suite, sur les modalités de fonctionnement du programme durant les six derniers mois de l'année 1989, sur les caractéristiques des bénéficiaires de SIMAD durant cette période et sur l'utilisation des ressources et des services pour répondre aux besoins de cette clientèle desservie par les services intensifs de maintien à domicile.

Le deuxième volet de l'évaluation concerne les effets du programme sur le «réseau» de soins et de services de santé et sur les clientèles bénéficiaires. De façon plus spécifique, cette étude tente de dégager les principaux effets des variations préalablement observées dans la traduction opérationnelle, le fonctionnement et l'utilisation des ressources et des services de SIMAD, puis d'identifier des conditions qui peuvent être plus ou moins favorables à l'atteinte des objectifs du programme. Dans ce cas-ci, il s'agit des effets prévus ou non prévus par le programme, qui peuvent être directement observables lors de l'évaluation ou encore, de ceux qui sont perçus par les différents acteurs concernés par la planification, la gestion et la dispensation des services d'aide et de soins à domicile.

---

## **2. DESCRIPTION DE LA POPULATION DE L'ÉTUDE**

En 1986, SIMAD a été implanté dans cinq régions sociosanitaires du Québec soit, celle de Montréal Métropolitain (06A), de Québec (03), de la Montérégie (06C), de la Mauricie (04) et de Laurentides/Lanaudière (06B). Plus récemment, les services intensifs de maintien à domicile ont été implantés dans d'autres régions comme l'Estrie (05) et l'Outaouais (07). Cette évaluation s'est déroulée dans trois des régions du Québec concernées par l'implantation de SIMAD en 1986, de façon à pouvoir observer l'évolution du programme de même que certains effets à court ou moyen terme. Les régions 06A, 03 et 06C ont été retenues parce qu'elles étaient pressenties comme étant susceptibles de présenter des différences importantes dans la traduction opérationnelle des objectifs de ce programme.

La population de l'étude est aussi composée de CLSC échantillonnés dans chacune des régions. Comme l'objectif de l'échantillonnage était de mettre en évidence des différences dans les processus de gestion et de dispensation des services et de vérifier les effets de ces différences inter et intrarégionales sur les clientèles et sur le «réseau» des services de santé, les CLSC ont d'abord été choisis de façon à rendre compte des diverses réalités organisationnelles (CLSC nouvellement versus anciennement implantés; CLSC ayant une approche communautaire versus une approche clinique) ou territoriales (CLSC rural versus urbain; variabilité de la disponibilité des ressources communautaires ou institutionnelles). L'échantillon de CLSC a donc été constitué de façon à permettre l'étude du plus grand nombre possible de variations («maximum variations strategy sampling») plutôt que sur la base de la représentativité régionale (Patton, 1983, p. 100-106).

Les CLSC choisis devaient aussi desservir un volume suffisant de bénéficiaires de SIMAD, pour pouvoir réaliser une étude comparative des caractéristiques des clientèles et des services utilisés. Enfin, ils devaient accepter de participer à l'évaluation et de rendre disponibles

---

les informations requises au moment de la cueillette de données. Au total, quatorze CLSC ont été retenus, dont six dans la région de Montréal, quatre dans la région de Québec et quatre dans la région de la Montérégie. Les CLSC choisis dans Montréal Métro sont les CLSC Côte des Neiges, Rosemont, Villeray, Montréal Nord, Centre-Sud et Métro. Dans la région de Québec, il s'agit des CLSC Ste-Foy/Sillery, La Source, de la Basse-Ville et Arthur-Caux. Enfin, les CLSC de la Montérégie sont ceux de Vallée des Forts, Vallée des Patriotes, Huntingdon et Longueuil Ouest.

Le choix des CLSC a été fait à partir des informations recueillies dans la documentation et dans les entrevues exploratoires. Il a été validé auprès des instances régionales plus particulièrement concernées par les résultats de l'évaluation. Cette validation était importante pour s'assurer que l'échantillonnage reflétait bien, au moment de l'étude, chacune des réalités régionales, tout en permettant de mettre en évidence des différences inter et intrarégionales.

Un échantillon de bénéficiaires a finalement été choisi dans chacun des CLSC qui avait accepté de participer à l'évaluation, afin de pouvoir décrire et comparer les caractéristiques des clientèles, de même que celles de l'utilisation des services et des ressources. Dans la région de Montréal, l'échantillon est composé d'un bénéficiaire sur trois ayant reçu au moins une fois des services intensifs à domicile entre le 18 juin et le 31 décembre 1989. Dans la région de Québec, l'échantillon a été constitué en choisissant un bénéficiaire sur deux et, dans la région de la Montérégie, tous les sujets qui ont bénéficié au moins une fois de SIMAD durant cette période ont été retenus. L'échantillonnage s'est fait au hasard à partir des listes de bénéficiaires fournies par chacun des CLSC. L'échantillon total est composé de 497 bénéficiaires; la distribution plus spécifique par région et par CLSC est présentée dans le tableau 1.

---

**TABEAU 1: DISTRIBUTION DES BÉNÉFICIAIRES DE L'ÉCHANTILLON SELON LA RÉGION ET LE CLSC**

RÉGION	CLSC	Nb	(%)
Montréal Métro (06A)	Côte des Neiges	55	(29,4)
	Rosemont	40	(21,4)
	Villeray	26	(13,9)
	Montréal Nord	24	(12,8)
	Centre-Sud	23	(12,3)
	Métro	19	(10,2)
	<b>SOUS-TOTAL</b>	<b>187</b>	<b>(100,0)</b>
Québec (03)	Ste-Foy/Sillery	50	(30,7)
	La Source	45	(27,6)
	Basse-Ville	44	(27,0)
	Arthur-Caux	24	(14,7)
	<b>SOUS-TOTAL</b>	<b>163</b>	<b>(100,0)</b>
Montréal (06C)	Vallée des Forts	74	(50,3)
	Vallée des Patriotes	33	(22,4)
	Huntingdon	21	(14,3)
	Longueuil Ouest	19	(12,9)
	<b>SOUS-TOTAL</b>	<b>147</b>	<b>(100,0)</b>

Comme il s'agit d'un échantillon choisi parmi les bénéficiaires qui ont reçu des services intensifs à domicile au moins une fois entre le 18 juin et le 31 décembre 1989, il est donc composé à la fois de sujets qui ont été admis avant cette période (cas prévalents) et de sujets admis durant cette période (cas incidents). Cet échantillonnage permet donc, non seulement de décrire et de comparer les bénéficiaires actifs durant les six mois étudiés, mais aussi de distinguer les sujets nouvellement admis dans le programme des cas plus anciens. Cette distinction peut être importante pour discuter de l'évolution du programme et des effets sur les clientèles

bénéficiaires. Tous les sujets ont été suivis jusqu'au 31 décembre 1989, ou jusqu'à la fermeture du dossier, si elle survenait avant cette date.

### 3. STRATÉGIES DE CUEILLETTE ET SOURCES DE DONNÉES

La cueillette de données s'est déroulée en deux étapes. La première étape, davantage exploratoire, était nécessaire pour décrire l'implantation de SIMAD; préciser certaines hypothèses de l'évaluation, tester des instruments de cueillette de données et identifier les CLSC qui répondaient aux critères d'admissibilité de l'étude. Les informations sur les clientèles bénéficiaires de SIMAD, sur l'organisation et la dispensation des services de même que celles sur certains effets perçus du programme ont été obtenues dans la deuxième étape de la cueillette de données.

#### **Première étape de la cueillette de données**

La première étape de la cueillette de données a consisté à étudier l'ensemble de la documentation disponible dans les Conseils régionaux de la santé et des services sociaux, relativement au développement des programmes de maintien à domicile et à l'implantation de SIMAD, de l'automne 1985 à la fin de l'année 1989. Trois sources de données ont été principalement consultées, soit les procès-verbaux et les résolutions des réunions des conseils d'administration, les états de situation et les bilans statistiques, de même que les plans d'organisation et les rapports produits par différents comités de travail en regard des programmes de services à domicile. Les informations ont été recueillies par des professionnelles de recherche qui avaient participé, préalablement, à une séance d'uniformisation et au prétest de l'instrument de cueillette de données. Il s'agissait, plus particulièrement, d'identifier les principaux événements ou les faits marquants de l'implantation de SIMAD, la date et le lieu de ces événements, les principaux acteurs concernés, de même que la source de l'information.

---

Simultanément, des entrevues exploratoires ont été réalisées avec une trentaine d'informateurs-clés. Ces informateurs-clés étaient: des personnes des Conseils régionaux et du ministère de la Santé et des Services sociaux concernées par la planification ou la programmation des services aux personnes âgées ou en perte d'autonomie, et d'autres qui ont été impliquées de façon plus spécifique dans l'implantation des mesures de désengorgement des urgences (dont SIMAD); des personnes concernées par la gestion, la planification ou la dispensation des services à domicile dans les CLSC; des personnes concernées par les soins aux clientèles gériatriques dans les hôpitaux de courte durée, ou assurant la liaison entre le CHSCD et les autres ressources; des personnes reconnues comme "experts" pour les soins et les services aux personnes âgées ou en perte d'autonomie. La liste de ces informateurs a été constituée progressivement, à partir des informations recueillies de l'étude de la documentation et de la convergence des points de vue sur les personnes qui devraient être rencontrées durant cette étape exploratoire. Cette convergence s'est effectuée à partir des premières entrevues exploratoires et de consultations réalisées, notamment, auprès des membres du groupe de travail, consultatif à l'équipe de recherche. Les entrevues portaient sur l'implantation de SIMAD, sur le fonctionnement actuel de ce programme, sur les effets positifs ou négatifs et enfin, sur les difficultés et les problèmes liés à l'implantation ou au fonctionnement de SIMAD, susceptibles d'être importants dans cette évaluation (schéma d'entrevue à l'annexe B).

Les informations recueillies par l'étude de la documentation et la réalisation des entrevues exploratoires ont permis de faire la «reconstitution» de l'implantation de SIMAD. Elles ont aussi été utiles pour identifier certaines cibles plus spécifiques sur lesquelles devait porter l'évaluation pour répondre aux préoccupations des personnes concernées par la gestion et la dispensation des services de SIMAD, formuler des hypothèses relatives à des schémas interprétatifs des phénomènes qui ont été observés et planifier, ainsi, la deuxième étape de la cueillette de données. Les informations recueillies ont aussi permis de procéder à l'identification des CLSC qui apparaissaient le mieux répondre aux critères de sélection, pour les fins de l'évaluation.

---

### **Deuxième étape de la cueillette de données**

Les données sur les clientèles bénéficiaires de SIMAD, sur l'organisation et l'utilisation des services, de même que celles sur les effets du programme perçus par les gestionnaires et les dispensateurs des services ont été obtenues dans cette deuxième étape de la cueillette de données. Les informations ont été recueillies principalement par entrevues et par l'étude des données de clientèles fournies par chacun des CLSC aux Conseils régionaux (CRSSS) de leur région.

Des entrevues ont eu lieu avec trois catégories d'informateurs dans chacun des quatorze CLSC retenus pour l'évaluation. Une première entrevue était réalisée avec le directeur général pour décrire les caractéristiques et la "personnalité" du CLSC. La deuxième avait lieu avec le coordonnateur (ou le responsable) du programme de maintien à domicile pour décrire la gestion et le fonctionnement des services réguliers et des services intensifs de maintien à domicile. Une dernière entrevue de groupe était faite avec différentes catégories d'intervenants (infirmière, travailleur social, auxiliaire familiale) pour décrire de façon plus spécifique les pratiques de maintien à domicile. Chaque informateur (ou groupe d'informateurs) était, de plus, en mesure de fournir un point de vue particulier sur les effets et les problèmes de SIMAD, soit en tant qu'administrateur, gestionnaire ou dispensateur de services à domicile. Les instruments de cueillette de données qui ont été utilisés pour chaque groupe d'informateurs sont présentés à l'annexe B. Il s'agit davantage de schémas d'entrevues qui étaient appliqués de façon à respecter le rythme de chaque personne interviewée.

Dans tous les cas, les entrevues (au total 42) ont été réalisées par deux membres de l'équipe de recherche, de façon à s'assurer d'une plus grande homogénéité dans la réalisation des entrevues et de recueillir les informations pertinentes, sans avoir recours à des méthodes comme l'enregistrement des propos des personnes rencontrées. De plus, cette approche permettait de

---

confronter le point de vue des deux chercheurs sur la compréhension et la traduction des informations recueillies, ce qui est essentiel pour la validité interne de l'évaluation. Des informations complémentaires ont aussi été obtenues dans chacun des CLSC, à partir de l'étude de documents, lorsque c'était nécessaire pour compléter le "portrait" du CLSC (par exemple, des bilans annuels, des programmes cadres de maintien à domicile, des rapports statistiques).

Finalement, pour compléter cette deuxième étape de cueillette de données, une dizaine d'autres entrevues ont aussi été réalisées avec des personnes du ministère de la Santé et des Services sociaux, des Conseils régionaux de la santé et des services sociaux et des milieux hospitaliers pour mieux documenter ou compléter certains aspects qui étaient apparus importants en cours d'évaluation. La liste complète de toutes les personnes rencontrées en entrevue ou consultées, dans la cadre de cette évaluation, apparaît à l'annexe A.

Les instruments de cueillette de données sur les caractéristiques des bénéficiaires et sur l'utilisation des ressources et des services ont été prétestés dans deux CLSC par région. Les résultats de ce prétest ont permis d'apprécier la nature et la quantité des informations disponibles dans les dossiers des bénéficiaires, de même que certaines difficultés liées au processus même de la cueillette de données sur le terrain. De façon plus spécifique, il est apparu que les informations directes sur l'autonomie fonctionnelle, sur l'état de santé et sur le réseau d'aide naturel des bénéficiaires pouvaient difficilement être recueillies de façon systématique à partir des dossiers. En effet, les outils d'évaluation, de même que leur utilisation, varient selon les régions, les CLSC et les intervenants, et les données disponibles dans les dossiers sont difficilement comparables, en plus de poser certains problèmes de validité. Quant aux informations relatives à l'utilisation des ressources et des services, elles sont souvent absentes des dossiers, qui sont d'abord conçus pour des fins d'intervention et non de recherche. Des données sur certaines caractéristiques des bénéficiaires et sur la nature et la quantité de services utilisés sont, par ailleurs, compilées périodiquement par les CLSC et acheminées aux CRSSS

---

pour des fins administratives et statistiques. Compte tenu des difficultés associées à la cueillette de données à partir des dossiers individuels d'intervention, de même que pour des raisons d'efficience, ces rapports administratifs périodiques ont constitué la principale source de données sur les caractéristiques des bénéficiaires et des services dans cette étude.

La cueillette de données, sur les clientèles utilisatrices du programme, s'est donc réalisée à partir de ces rapports statistiques sur les clientèles et les services, fournis périodiquement par les CLSC aux CRSSS. Des données ont été recueillies sur les caractéristiques sociodémographiques des bénéficiaires, comme l'âge, le sexe, le statut de coresidence (habite seul ou non), la présence ou non de problèmes neuropsychiatriques, des caractéristiques de la demande et de la cessation des services, de même que sur la nature et la quantité des services qui ont été dispensés durant la période couverte par l'étude (grille de cueillette, annexe B).

Dans cette étude, l'âge ( $\leq 79$  ans;  $\geq 80$  ans), le statut de coresidence (habite seul ou non) et la présence ou non de problèmes neuropsychiatriques sont considérés comme des indices de vulnérabilité de la clientèle, susceptibles de fournir des indications sur les besoins de services intensifs à domicile. Des études récentes de Branch et Jette (1982) et de Shapiro et Tate (1988), ont montré, en effet, que le risque d'hébergement à court ou à long terme augmente avec l'âge, qu'il est plus élevé chez les personnes qui vivent seules ou sans conjoint, de même que chez celles qui présentent des problèmes d'ordre mental. Les données sur les motifs d'admission informent davantage sur les problèmes des bénéficiaires au moment de leur entrée dans l'étude et, indirectement, sur les besoins de services de la clientèle.

#### 4. STRATÉGIES D'ANALYSE

Les données recueillies au cours de la première étape de cueillette ont été analysées de façon à préciser les objets et les cibles spécifiques de l'évaluation et à formuler des hypothèses

---

relativement à des schémas interprétatifs susceptibles d'aider à mieux comprendre les différentes réalités inter et intrarégionales observées. Les résultats de cette première étape ont d'ailleurs fait l'objet d'un rapport préliminaire qui a été présenté aux principaux acteurs concernés par cette évaluation, lors d'une rencontre prévue à cette fin, au Ministère, en janvier 1990 (Joubert et coll., 1990a). Cette présentation a été utile à l'équipe de recherche pour valider sa compréhension et sa traduction des problèmes, soulevés par l'évaluation de SIMAD, et pour discuter de schémas interprétatifs alternatifs qui ont été vérifiés dans la deuxième étape de la cueillette de données.

L'ensemble des données provenant de l'étude de la documentation, celles obtenues par entrevues, de même que celles recueillies sur les clientèles et les services ont d'abord été analysées séparément, en isolant les informations produites sur chacune des cibles de l'évaluation et en mettant en évidence les différences ou les ressemblances qui émergeaient des comparaisons inter ou intrarégionales. Par la suite, les informations obtenues de ces différentes sources de données ont été comparées de façon à vérifier leur convergence, pour des fins de validité, et leur complémentarité, pour des fins d'analyses (Patton, 1983, p. 100-109; 157-159; 329-332). Plus particulièrement, les informations qualitatives recueillies par entrevues ont souvent permis d'ajouter un point de vue critique et évaluatif au contenu davantage descriptif de la documentation ou aux données relatives aux clientèles et à l'utilisation des services. De la même façon, certaines informations quantitatives sur les clientèles et les services ont été utiles pour supporter certaines hypothèses qui découlent de l'analyse du matériel qualitatif recueilli par entrevues, relativement aux effets de SIMAD sur le recours aux ressources hospitalières ou d'hébergement. Les résultats de cette évaluation reposent donc sur la convergence et l'intégration de données qualitatives et quantitatives, qui proviennent de plusieurs sources et qui ont été analysées de façon à dégager des schémas interprétatifs susceptibles d'expliquer les différences inter et intrarégionales en regard de la traduction, de l'opérationnalisation, de l'utilisation et des effets du programme SIMAD (annexe C: stratégie d'analyse).

---

## 5. FORCES ET LIMITES DE L'ÉVALUATION

L'objectif ultime de cette évaluation était de répondre aux préoccupations des différents acteurs concernés par le programme de services intensifs de maintien à domicile et de fournir les informations qui apparaissaient les plus pertinentes pour la prise de décision. À cette fin, la stratégie d'évaluation privilégiée repose donc sur une compréhension construite par induction des réalités décrites et sur une stratégie d'échantillonnage conçue de façon à mettre en évidence les différences dans la compréhension et l'utilisation de SIMAD, plutôt qu'à présenter un portrait représentatif de la situation québécoise quant à l'application de ce programme. Ces deux grandes caractéristiques du devis évaluatif comportent certains avantages et des limites qui sont présentés dans les sections suivantes.

### Une approche de type inductif

Cette approche a été privilégiée parce qu'elle permet de mettre en place des conditions nécessaires pour s'assurer d'une compréhension et d'une traduction adéquate des préoccupations des différents acteurs concernés par les résultats de l'évaluation, de même que pour s'assurer de l'utilité et de l'utilisation des informations qui sont produites dans cette étude. De plus, dans un contexte de questionnement sur les différentes possibilités de programmes comme SIMAD, il apparaissait plus pertinent de chercher à bien comprendre les différentes facettes de la réalité d'application de ce programme, que de vérifier certaines hypothèses prédéterminées sur son fonctionnement et sur les effets produits. Par ailleurs, un des principaux défis de cette approche est l'utilisation optimale des données disponibles pour répondre aux différents ordres de préoccupations identifiés en cours d'évaluation. En effet, il ne s'agit pas ici de définir ou de prioriser des objets d'évaluation en fonction de la capacité des chercheurs à contrôler la quantité et la qualité des données disponibles, mais plutôt d'utiliser de façon optimale les différentes sources d'information pour répondre à des questions d'évaluation jugées préalablement

---

importantes. En ce sens, il importe de discuter de l'utilisation qui a été faite de chacune des sources de données de façon à dégager leurs forces et leurs faiblesses et de montrer en quoi elles peuvent produire des informations pertinentes et utiles sur les principales cibles de l'évaluation.

L'étude de la documentation visait principalement à reconstituer l'histoire d'implantation de SIMAD dans chacune des régions et à identifier des événements marquants ou des caractéristiques dans l'environnement du programme, susceptibles d'expliquer des différences interrégionales. Toutefois, la quantité et la qualité des informations disponibles varient selon les milieux. Dans certains cas, il est possible, par exemple, de comprendre la dynamique sous-jacente à l'implantation de SIMAD à partir de l'étude de procès-verbaux ou de documents, comme des programmes-cadres, alors que dans d'autres cas, les informations disponibles sont plus «épurées» et fournissent davantage un portrait statique de la situation à différentes périodes d'observation. De la même façon, dans certains milieux comme Montréal, où SIMAD s'est développé en continuité avec un programme déjà existant (le projet «cas lourds»), les informations sur la période de pré-implantation étaient plus facilement disponibles que dans les autres régions qui étaient moins préparées à l'arrivée de ce nouveau programme d'aide et de soins intensifs à domicile. Des informations complémentaires ont toutefois été obtenues par entrevues auprès de personnes qui ont été des acteurs-clés dans l'implantation de SIMAD et il a été possible, malgré ces difficultés, de dégager des caractéristiques régionales ou des faits marquants susceptibles d'expliquer des différences importantes en regard de l'évolution et de l'utilisation qui est faite actuellement de ce programme.

L'analyse des données de clientèles et de services avait comme objectif de décrire et de comparer les caractéristiques et les besoins des bénéficiaires de SIMAD, de même que l'utilisation qui est faite des services pour répondre à ces besoins dans chacun des milieux étudiés. Pour des raisons d'uniformisation et de validité, les données ont été obtenues des rapports administratifs fournis périodiquement par les CLSC aux Conseils régionaux plutôt que

---

des dossiers des bénéficiaires. Ces rapports ne fournissent pas d'information directe sur les incapacités fonctionnelles, ce qui rend difficile l'appréciation des besoins de la clientèle. Toutefois, d'autres données sur l'âge, sur le statut de coresidence (habite seul ou avec d'autres), sur la présence de problèmes neuropsychiatriques et sur les motifs d'admission peuvent constituer des indices de vulnérabilité de la clientèle desservie par SIMAD durant la période étudiée. Ces informations peuvent être utiles aussi pour comparer des profils de clientèles et pour étudier la relation entre certaines caractéristiques des bénéficiaires et l'utilisation qui est faite des services.

Les données recueillies par entrevues ont été, quant à elles, utiles surtout pour mieux comprendre le fonctionnement et l'utilisation de SIMAD, apprécier la nature des effets prévus ou non prévus par le programme et, enfin, identifier certains aspects problématiques ou stratégiques pour le développement et l'atteinte des objectifs de SIMAD. Il s'agit, bien sûr, d'une appréciation subjective des forces et des faiblesses de SIMAD par les différentes parties concernées, plutôt que d'une mesure directe de certains résultats. Les informations recueillies proviennent, par ailleurs, de différents groupes d'acteurs (planificateurs, gestionnaires, intervenants, soit du Ministère, des conseils régionaux, des centres locaux de services communautaires, ou des hôpitaux de soins de courte durée) et les conclusions qui se dégagent de l'analyse de ce matériel reposent sur la convergence des points de vue des informateurs. De plus, elles sont supportées, lorsque c'est possible, par les informations quantitatives recueillies sur les clientèles et les services. Si les informations recueillies par ces entrevues ne permettent pas, par exemple, de mesurer directement l'effet de SIMAD sur le recours à l'hébergement ou sur le recours à l'hospitalisation (ce que peu d'études ont pu faire compte tenu des nombreuses embûches méthodologiques), elles peuvent permettre, par contre, d'apprécier d'autres effets difficilement quantifiables, entre autres, sur les pratiques professionnelles ou les relations entre les CHSCD et les CLSC, qui peuvent être des facteurs déterminants pour une utilisation adéquate de ces ressources institutionnelles.

En résumé, les données disponibles ont été exploitées de façon à fournir les informations les plus pertinentes et les plus utiles sur les principaux objets de l'évaluation, malgré certaines limites relatives, particulièrement, à la mesure des incapacités et des besoins de la clientèle et à la mesure quantitative de certains effets du programme. Par ailleurs, cette approche, de nature inductive, peut permettre d'explorer d'autres facettes du programme, ce qui apparaît pertinent dans un contexte de questionnement sur les possibilités et les conditions susceptibles de favoriser l'implantation et l'atteinte des objectifs de ce programme.

### Les stratégies d'échantillonnage

La stratégie d'échantillonnage des régions et des CLSC avait comme objectif de produire le plus de diversité possible, plutôt que d'assurer une représentativité régionale ou locale en regard du programme SIMAD. L'échantillon de bénéficiaires, quant à lui, a été fait au hasard parmi l'ensemble des clients de ces CLSC, ayant reçu au moins une fois des services intensifs à domicile, durant la période de l'étude. Ces sujets, par conséquent, sont représentatifs des bénéficiaires de SIMAD dans les CLSC retenus pour l'évaluation, mais il faut interpréter avec prudence les informations obtenues sur ces clientèles et sur l'utilisation des services, avant de les généraliser au niveau régional. Il importe néanmoins de considérer que les CLSC choisis sont non seulement ceux qui étaient susceptibles de présenter des différences organisationnelles ou territoriales importantes, mais que ce sont aussi des CLSC qui desservaient un nombre important de bénéficiaires de SIMAD et qui étaient, selon les acteurs consultés, susceptibles de présenter une image assez fidèle des différentes réalités régionales qui prévalaient au moment de l'étude. Les informations sur les clientèles et les services peuvent donc être généralisables et fournir un portrait de la population bénéficiaire de SIMAD dans chacune des régions pour la période de l'étude, en autant que les CLSC échantillonnés sont représentatifs de la situation régionale qui existait de juin à décembre 1989.

---

Par ailleurs, des différences dans les modalités de traitement des données peuvent expliquer certains écarts entre les informations produites par cette évaluation sur les caractéristiques des clients et des services, et celles produites par les conseils régionaux, à partir des mêmes sources de données. Cet échantillon est construit à partir de l'ensemble des personnes ayant reçu au moins une fois SIMAD, durant les six mois retenus, et les données sur les services sont compilées pour chacun des sujets, sur l'ensemble de la période d'observation. Dans le cas des Conseils régionaux, les données sont cumulées sur plusieurs périodes administratives et les sujets ayant reçu des services de SIMAD sur de longues périodes sont surreprésentés par rapport à ceux qui ont séjourné moins longtemps dans le programme. En ce sens, les informations produites par cette évaluation peuvent permettre d'apprécier différemment les caractéristiques des bénéficiaires desservis par SIMAD, de juin à décembre 1989.

Les conclusions relatives aux facteurs susceptibles d'influencer l'implantation et l'utilisation des services intensifs d'aide et de soins à domicile, de même que celles relatives aux effets du programme et aux conditions qui peuvent favoriser ou non l'atteinte des objectifs du programme pourraient cependant être généralisables, à l'ensemble du programme québécois de services intensifs de maintien à domicile, et être utiles pour l'implantation et l'évaluation de programmes comparables.

---

## RÉSUMÉ

- Les objectifs de cette évaluation sont de décrire l'implantation et le fonctionnement des services intensifs de maintien à domicile, d'identifier les principales variations inter et intrarégionales, de décrire les effets sur le réseau des services de santé et sur les clientèles et, enfin, de dégager des conditions qui apparaissent propices à l'atteinte des objectifs poursuivis par le programme.
- Il s'agit d'une étude descriptive et comparative du processus d'implantation et des effets de SIMAD, qui procède selon une logique de nature inductive. Cette stratégie apparaît appropriée pour évaluer ce programme en mutation, qui poursuit plusieurs ordres d'objectifs, et répondre aux préoccupations des différents acteurs concernés par les résultats de l'évaluation.
- La stratégie d'échantillonnage visait à mettre en évidence des différences, plutôt que d'assurer une représentativité provinciale ou régionale de SIMAD. La population de l'étude est composée de trois régions sociosanitaires, soit Montréal Métro, Québec et la Montérégie, de quatorze CLSC choisis dans ces régions et de 497 sujets choisis parmi les bénéficiaires de ces CLSC, entre juin et décembre 1989.
- La cueillette de données s'est déroulée en deux étapes: d'abord, l'étude de la documentation et la réalisation d'entrevues exploratoires, avec des informateurs-clés; puis la réalisation d'entrevues avec les directeurs généraux, les coordonnateurs du maintien à domicile et des intervenants des 14 CLSC échantillonnés. Une cueillette de données sur les caractéristiques des clientèles et des services et d'autres entrevues avec des informateurs-clés viennent compléter ces opérations.
- L'analyse des données recueillies dans la première étape de la cueillette de données visait à préciser les cibles de l'évaluation et à dégager des schémas interprétatifs qui ont été vérifiés dans la deuxième étape de cueillette. L'analyse finale procède par le croisement des informations qualitatives et quantitatives obtenues de différentes sources de données, de façon à vérifier leur convergence, pour des fins de validité, et leur complémentarité, pour des fins d'interprétation des résultats produits par l'évaluation.

- La décision de procéder selon une logique de nature inductive, de même que celle d'échantillonner des régions et des CLSC, de façon à mettre en relief des différences, apparaissent appropriées pour répondre aux préoccupations des différents acteurs et produire les informations les plus utiles possible pour la prise de décision. Par ailleurs, ces stratégies d'évaluation comportent aussi certaines limites, particulièrement en regard de la disponibilité des informations et de la possibilité de généralisation de certains résultats. De façon plus spécifique, les informations produites sur les caractéristiques des bénéficiaires et des services pourraient fournir un portrait représentatif de la situation des clientèles de SIMAD dans chacune des régions, en autant que la période de l'étude (juin à décembre 89), de même que les CLSC d'où proviennent les bénéficiaires échantillonnés, soient aussi représentatifs de ces situations régionales. Compte tenu des différences dans les modalités de traitement des données, les informations produites dans cette évaluation sur les clientèles et l'utilisation des services pourraient être différentes de celles produites par les CRSSS, à partir des mêmes sources de données.

## CHAPITRE 3

### CONTEXTES D'IMPLANTATION ET DE DÉVELOPPEMENT DU «PROGRAMME» DE SERVICES INTENSIFS DE MAINTIEN À DOMICILE (SIMAD)

---

Le contenu de ce chapitre découle de l'étude du processus d'implantation et de développement du «programme», dont il a été question au chapitre précédent, réalisée pour l'essentiel à partir de la documentation disponible au Ministère, dans les trois Conseils de la santé et des services sociaux des régions retenues et d'entrevues avec des informateurs-clés. Cette étude a permis d'extraire les éléments pertinents d'information portant sur les caractéristiques régionales ou locales, qui sont susceptibles de supporter l'interprétation des données de clientèles et d'utilisation et, éventuellement, d'expliquer certaines différences entre les régions quant à l'organisation et au fonctionnement du «programme». À l'instar de Majone et Wildavsky (1979; Wildavsky, 1979), la trame de ce chapitre repose sur la conception que la compréhension des «contextes» d'implantation et de leur «évolution» peut permettre de mettre en évidence suffisamment d'éléments d'information qui pourront, en cours d'analyse, constituer autant de facteurs déterminants, de choix stratégiques et d'utilisations différentielles d'un même «programme». Ce qu'on est convenu d'appeler le «programme SIMAD» représente, au départ, pour chacune des régions visées, et ce, sous la forme d'une enveloppe budgétaire réservée à cette fin, un ensemble de ressources disponibles à la fois pour solutionner une partie des problèmes de disponibilité externe aux services d'urgence et pour offrir une forme d'alternative à l'institutionnalisation de personnes âgées en perte d'autonomie. On sait toutefois pertinemment que la traduction opérationnelle des objectifs d'un tel programme sur le terrain, en programmes spécifiques d'intervention, peut entraîner des variations importantes, comme le fait de privilégier un ordre d'objectifs plutôt qu'un autre. Les résultats de cette traduction opérationnelle du programme peuvent faire en sorte qu'on atteigne plus ou moins certains des objectifs initiaux, tout en répondant, par ailleurs, à des besoins réels de soins et de services. La connaissance des contextes d'implantation devient donc essentielle pour s'assurer que ces variations dans le

---

développement du programme, d'une région à l'autre, soient davantage interprétées comme autant de contraintes ou de conditions présentes dans l'environnement, qu'uniquement comme des écarts à la norme.

### **1. QUELQUES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES RÉGIONS À L'ÉTUDE**

Des cinq régions sociosanitaires qui ont bénéficié, en 1986, du programme de services intensifs de maintien à domicile (Laurentides-Lanaudière, Montérégie, Montréal métropolitain, Québec et Trois-Rivières), trois ont donc été retenues pour les fins de la présente étude, soit les régions sociosanitaires\* de la Montérégie, de Montréal métropolitain et de Québec. La région de la Montérégie, située au sud de la région de Montréal, se découpe en sous-régions qui gravitent autour des pôles urbains de Sorel, St-Hyacinthe, Granby, St-Jean, Longueuil et Valleyfield. Elle se subdivise en quatre zones sociosanitaires (territoires de départements de santé communautaire/DSC) et comprend 19 districts de CLSC. La région de Montréal, qui est la plus densément peuplée, est aussi celle qui est la plus concentrée, géographiquement parlant. La majorité de la population se concentre sur les îles de Montréal et de Laval. Elle compte huit zones sociosanitaires, correspondant à autant de DSC, et 34 CLSC. La région sociosanitaire de Québec est la plus étendue des trois, même si plus de la moitié des populations est concentrée dans le Québec métropolitain. Elle s'étend sur les deux rives du St-Laurent, comprend 26 districts de CLSC, 12 dans le Québec métropolitain et 14 en périphérie (incluant les 5 districts du DSC de Rivière-du-Loup, maintenant rattaché à la région 01).

---

\* Dans la présente étude, les territoires des régions sociosanitaires retenues renvoient aux délimitations administratives qui prévalaient au moment de l'implantation de Simad et qui étaient encore utilisées, en 1989-1990 à des fins d'allocation de ressources et de gestion du programme.

---

Au plan sociodémographique, les régions de la Montérégie et de Québec partagent certaines caractéristiques avec approximativement 1 150 000 et 1 050 000 habitants chacune en 1986, un mode d'occupation du territoire à la fois urbain (environ  $\frac{1}{3}$  du territoire) et rural (environ  $\frac{2}{3}$  du territoire) et des concentrations de plus de 70% de leur population totale en milieu urbain. La région de Montréal métropolitain, pour sa part, recouvre un territoire essentiellement urbain et comptait plus de deux millions d'habitants en 1986. Les trois régions regroupent  $\frac{2}{3}$  des personnes âgées du Québec: Montréal, dont la population âgée de 65 ans et plus représente 12% de sa population totale, en regroupe 38%, Québec, avec ses 10% de personnes âgées en regroupe 16% et la Montérégie, dont la proportion de personnes âgées s'élève à un peu plus de 8%, en regroupe quant à elle 14% (Roy et coll., 1987, p.17). Par ailleurs, l'accroissement de la population âgée de plus de 65 ans est plus rapide à Montréal et à Québec qu'en Montérégie, où le taux d'accroissement de la population totale est encore supérieur à celui de la population âgée, alors qu'il est inversé dans les deux premières. C'est aussi dans les régions de Montréal et de Québec que l'on retrouve les plus fortes proportions de personnes âgées de 75 ans et plus, qui représentent près de 40% de la population âgée, comparativement à environ 35% en Montérégie (d'après les données de population de 1986, Mecteau et coll., 1988).

La région de Montréal se distingue cependant des deux autres régions par le fait que la population y vieillit plus vite que dans le reste du Québec et qu'elle possède la proportion la plus forte de personnes âgées vivant seules au Québec, soit 25% de sa population totale âgée de 65 ans et plus (Trépanier, 1986, p.18); la deuxième plus forte proportion au Québec se retrouve dans le centre de la zone métropolitaine de Québec (Joubert et coll., 1990b). Dans les trois régions, comme dans l'ensemble du Québec, près de 80% des personnes âgées vivent dans les agglomérations urbaines: selon le Bureau de la statistique du Québec, elles représentaient, en 1986, un peu plus de 9% de l'ensemble de la population urbaine et à peine 7,6% de l'ensemble de la population rurale (Roy et coll., 1987, p.17).

## 2. ÉTAT DES RESSOURCES DANS LES TROIS RÉGIONS

Au plan sociosanitaire, les données du Service des études opérationnelles du Ministère révèlent des variations importantes dans l'offre de services d'une région à l'autre. À titre indicatif, on peut relever qu'avant l'implantation des mesures de désengorgement des salles d'urgence, en 1984-85, la Montérégie était la région dont les dépenses sociosanitaires totales étaient les moins élevées au Québec avec une moyenne de 630,00 \$ par habitant. Par comparaison, la région de Québec dépensait 1 210,00 \$ en moyenne, à la même époque, et Montréal 1 489,00 \$, ce qui est plus élevé que la moyenne provinciale établie, à ce moment, à 1 092,00 \$ per capita (Roy et coll., 1987, pp.63-64).

### Les ressources de santé

En 1984-85, 70% des dépenses pour des services de santé (services fournis par les hôpitaux de soins de courte durée et services remboursés par la Régie de l'assurance-maladie) étaient effectuées dans les trois régions de l'étude: environ 44% étaient dépensés dans la région de Montréal, 17% dans la région de Québec et plus de 9% dans la région de la Montérégie (Roy et coll., 1987, pp.143-144). Approximativement 40% de ces dépenses pour des services de santé sont imputables aux personnes âgées de 65 ans et plus.

Des différences régionales du même ordre existent lorsqu'on compare la répartition des lits de courte et de longue durée. En effet, en 1988-89, 42% des «lits dressés» au Québec se retrouvaient dans la région de Montréal, comparativement à 17% dans la région de Québec et à un peu plus de 8% dans la région de la Montérégie (St-Pierre et coll., 1990, p.57 seq.). Comme dans les autres régions dites «périphériques» qui bénéficient de SIMAD, la proportion de lits pour soins de longue durée (toutes catégories) est toutefois supérieure en Montérégie, où ils représentent 48% du total des lits de courte et de longue durée disponibles, alors que dans les

deux autres régions cette proportion s'établit à 44% (calculs effectués à partir des données présentées par St-Pierre et coll., 1990). Il faut cependant retenir de ce portrait sommaire qu'une proportion non négligeable de citoyens de la Montérégie (estimée à 40% par le CSSSM en 1987) obtenaient et obtiennent encore des services dans la région de Montréal. Cette situation crée une forme de rapport de dépendance vis-à-vis de la région de Montréal, comme c'est le cas pour d'autres régions de l'Est du Québec vis-à-vis de la région de Québec, pour l'obtention de certains services spécialisés et ultra-spécialisés.

### Les ressources d'hébergement

Si l'on exclut les places de soins de longue durée dans les hôpitaux de soins de courte durée (CHSCD), on note aussi des déséquilibres régionaux en ce qui concerne les ressources d'hébergement et de longue durée. Par rapport au ratio de 7,7 places au permis qui prévalait au Québec en 1986 (pour chaque 100 personnes âgées), la région de Québec apparaît globalement comme plus favorisée avec un ratio de 8,2 places, alors que ces ratios sont de 7,9 pour Montréal et de 6,7 pour la Montérégie (Roy et coll., 1987, p.111). De la même façon, au 1<sup>er</sup> janvier 1989, la région de Québec comptait 92 centres d'accueil d'hébergement (CAH) et 6 654 places d'hébergement (incluant les places en pavillon); la région de Montréal 91 CAH et 12 953 places et la Montérégie 68 CAH et 5 082 places. La région de Québec se distingue avec la plus faible proportion de CAH privés conventionnés, soit 32% de l'ensemble des CAH, Montérégie et Montréal étant situés respectivement à 57% et 64% (St-Pierre et coll., 1990). D'après ces données, les régions de Québec et de Montréal paraissent donc plus avantagées que la Montérégie en regard des ressources d'hébergement. Bien que la Montérégie semble moins favorisée, on y retrouve par ailleurs une prolifération de foyers privés, sans permis du MSSS (informations tirées du document sur les Orientations du CSSSM, 1987-92).

Comme dans le cas de la répartition des lits dressés, ce portrait a davantage à être nuancé car il ne tient pas compte de la répartition intrarégionale des ressources, de leur disponibilité et même de leur adaptabilité en fonction de l'évolution des besoins des clientèles. Ainsi, dans les régions de Québec et de la Montérégie, les ressources sont inégalement réparties, sur le territoire, ce qui occasionne des déséquilibres intrarégionaux, qui tôt ou tard auront un impact sur les autres ressources, notamment en maintien à domicile. En effet, certaines sous-régions (zones de DSC) sont très bien pourvues, alors que d'autres accusent des déficits importants, et ce, tant au plan des ressources institutionnelles d'hébergement que de réadaptation.

Par ailleurs, quant on examine la question sous l'angle de l'adaptabilité des ressources, on constate, particulièrement dans la région de Montréal, qu'un nombre important d'établissements d'hébergement (certains informateurs vont même jusqu'à avancer que cette proportion s'établit autour de 40%) ont des équipements vétustes, peu ou pas adaptés à l'évolution des besoins de la clientèle. Comme l'indiquent clairement les derniers travaux de l'équipe de Ch. Tilquin (Saucier, 1989), la clientèle en hébergement s'alourdit constamment: les bénéficiaires sont de plus en plus âgés, notamment à Montréal, et, avec l'accroissement en âge, présentent des pertes d'autonomie de plus en plus importantes. Ainsi, malgré un ratio de places au permis fort acceptable, la région de Montréal se trouve dans une situation qui apparaît malgré tout relativement difficile, puisqu'elle doit maintenir à domicile un certain nombre de personnes qui pourraient «objectivement» être des «clients» admissibles à l'hébergement, si les ressources étaient non seulement disponibles mais également adaptées à leur situation.

### Aperçu des autres ressources

Ces situations de déséquilibre réel ou perçu, en ce qui a trait à la répartition inter ou intrarégionale des ressources, se manifestent dans d'autres secteurs que ceux des ressources de santé et des ressources d'hébergement, prises isolément. Ainsi, dans le cas des dépenses en

---

matière de services à domicile (soins et aide) et de services de jour (hôpitaux et centres de jour), les données présentées dans le Dossier «Personnes âgées» de la Commission Rochon montrent qu'au moment de l'implantation des mesures de désengorgement, la région de Montréal métropolitain disposait «proportionnellement de moyens financiers beaucoup plus limités que les autres régions du Québec» et qu'elle «est la seule qui affiche un déficit dans les trois sphères de services» (aide, soins à domicile et services de jour). Sur ce plan, la Montérégie disposait d'un «surplus de ressources financières par rapport à la moyenne provinciale» (Roy et coll., 1987, p. 90). Quant à la région de Québec, elle était dans une situation déficitaire par rapport à la moyenne provinciale, mais dans des proportions moindres que la région de Montréal.

Même si les écarts ont été en bonne partie réduits avec les ajouts de ressources liées aux mesures de désengorgement des urgences et au budget dit «d'alourdissement des clientèles», la région de Montréal est encore celle qui dispose, malgré tout, de ressources proportionnellement plus limitées pour ses services aux personnes en perte d'autonomie. C'est du moins ce qui ressort quand on examine la proportion des dépenses sociosanitaires globales qui étaient affectées, en 1988-89, aux services pour les personnes en perte d'autonomie, dont plus de 80% sont des personnes âgées. En agglomérant les services institutionnels et les services à domicile, comme on le fait au Ministère en utilisant comme base de répartition (ou dénominateur) le «programme pour personnes en perte d'autonomie», on constate en effet que les proportions de ces dépenses sont à peu près du même ordre dans les régions de Québec et de Montréal avec moins de 20% des dépenses pour les personnes en perte d'autonomie, alors qu'elles sont de l'ordre d'environ 25 % en Montérégie (données provenant de la D.G.P.E., d'après SIFO, 1988-89). Or, si l'on ne s'en tient qu'aux caractéristiques de sa population, la région de Montréal devrait, selon la majorité des informateurs rencontrés, disposer d'autant sinon plus de ressources que les deux autres régions pour desservir les personnes en perte d'autonomie.

Enfin, sur un autre plan, la Montérégie semble la moins bien pourvue des trois régions en ressources «légères», qu'elles soient communautaires, bénévoles ou alternatives, et ce, même s'il faut sans doute nuancer en fonction des sous-régions et des territoires de CLSC, certains CLSC étant plus enclins que d'autres à stimuler le potentiel de développement de leurs milieux respectifs. Par exemple, les ressources communautaires de soins palliatifs sont plus rares dans cette région, déjà déficitaire en ressources hospitalières de soins palliatifs, alors que la région de Montréal, où l'on retrouve une unité de soins palliatifs renommée à l'hôpital Royal Victoria, dispose d'une ressource communautaire comme Entraide Ville-Marie et que, dans la région de Québec, un mouvement comme celui entourant la Maison Michel-Sarrazin peut aider à la prise en charge de ces clientèles.

Dans les trois régions, toutefois, toutes les personnes rencontrées s'entendent pour dire qu'il faut renforcer les ressources de répit et de dépannage, particulièrement à Québec, de même que les mesures d'appui au bénévolat.

### **3. L'IMPLANTATION ET LE DÉVELOPPEMENT DE SIMAD DANS CHACUNE DES RÉGIONS**

C'est sur ce fond de relative rareté ou de richesse relative de ressources, selon le point de vue que l'on adopte, qu'il faut situer l'apparition du «programme SIMAD» dans l'univers des ressources ou programmes sociosanitaires de chacune des régions à l'étude. Ce «nouveau» programme représente un ajout relativement modeste de ressources (environ 11 millions \$ en 1989-90 à Montréal, 3 300 000 \$ à Québec et 2 800 000 \$ en Montérégie) dans l'ensemble des ressources existantes, surtout si l'on considère la proportion de ce que ça représente dans l'ensemble des ressources du «programme pour les personnes en perte d'autonomie». Il n'en demeure pas moins que, pour ses concepteurs au Ministère, il n'était pas exagéré de croire que ce programme pourrait avoir une portée stratégique significative, compte tenu qu'il visait non

---

seulement à agir sur des déséquilibres en matière de ressources, mais en même temps à faciliter les adaptations nécessaires à l'évolution des besoins des clientèles en perte d'autonomie à domicile.

C'est sur une lecture de ces déséquilibres ou des différences régionales dans l'évolution des besoins que les agents régionaux responsables de cette implantation ont adapté le programme aux particularités perçues ou connues dans leur région respective. Ainsi, même si dans les trois régions retenues, le programme SIMAD a été introduit à travers un train de mesures visant le désengorgement des salles d'urgence, son application s'est effectuée d'une manière différente d'une région à l'autre, car en plus de se situer dans des contextes d'implantation différents, on se trouve en présence de conditions, voire de traditions différentes en matière de services à domicile. Pour Québec et la Montérégie, il s'agissait d'un «nouveau» programme, alors que pour Montréal, il s'est situé en continuité avec ce qu'il était convenu d'appeler le projet «cas lourds». Ce projet, inscrit dans un programme-cadre régional en services à domicile (Trépanier, 1986), s'était développé progressivement entre 1981 et 1985 de concert avec des CLSC, à partir de sommes non récurrentes (600 000 \$ en 1985-86), gérées par le Conseil régional. Il visait à maintenir à domicile des personnes âgées en lourde perte d'autonomie, et ce, «jusqu'à la limite du possible» (Trépanier, 1986, p.49), en élargissant le nombre d'heures/services habituellement fournies par les équipes régulières de maintien à domicile des CLSC participants (de  $\pm$  3 heures/semaine à  $\pm$  15 heures/semaine en moyenne).

Aussi, forte de cette expérience, la région de Montréal a-t-elle pu procéder sans délais, le 1<sup>er</sup> avril 1986, à l'implantation de SIMAD, peu de temps après l'annonce officielle, par la Ministre de la santé et des services sociaux de l'époque, du plan d'ensemble visant la résolution du problème de l'engorgement des salles d'urgence, dans cinq régions du Québec. À Québec et en Montérégie, compte tenu qu'il fallait bâtir en quelque sorte un «nouveau» programme et définir, entre autres, des règles de gestion et de fonctionnement avec les CLSC chargés de la

dispensation des services à domicile, l'implantation plus formelle ne s'est effectuée qu'au début de l'automne de 1986. On peut même dire que le programme n'a pris sa vitesse de croisière, dans ces deux régions, qu'au début de l'année financière 1987-88 et que l'automne de 1986 et l'hiver de 1987 ont servi à mettre au point le programme, en faisant les ajustements nécessaires en contexte d'implantation.

Dans la région de Montréal, le programme a pris, dès le départ, une orientation de maintien à domicile, dans la foulée du projet «cas lourds», pour éviter des recours jugés non souhaitables ou inappropriés à des ressources plus «lourdes» comme celles d'hébergement, d'urgence ou d'hospitalisation de courte durée (Lambert, 1986, 1990; Trépanier, 1988). Les régions de Québec et de la Montérégie, de leur côté, l'ont introduit comme une mesure directe de désengorgement, en mettant l'accent sur la sortie des hôpitaux de clientèles en perte d'autonomie, jugées aptes à retourner à domicile. Dans la région de Québec, «dans un souci de soulager (particulièrement) la pression en centre hospitalier» (Paradis et coll., 1988, p.10), le programme fut d'abord compris comme un moyen d'accroître la disponibilité jours/patients dans les hôpitaux, dans la mesure où l'on pouvait à la fois «prendre en charge» la clientèle âgée se présentant à l'urgence et celle occupant des lits de courte durée et pouvant être traitée ou suivie à domicile (Paradis et coll., 1988, pp.1-2). Cette compréhension du programme était également présente en Montérégie (Amyot et coll., 1987) mais, de façon plus spécifique, un «ordre strict de priorisation des admissions» avait été établi «en privilégiant, d'une part, les hôpitaux désignés comme source de référence ou provenance de bénéficiaires et, d'autre part, en appliquant un quota de trois admissions référées par les centres hospitaliers de soins de courte durée pour un ou une bénéficiaire en provenance des CLSC» (CSSSM, 1990, p.1).

Ces orientations premières ont évidemment eu une incidence sur le choix des clientèles et des motifs ou critères d'admission au programme, de même que sur les modalités de gestion et d'utilisation du programme. On peut le constater en dégagant, même de façon succincte, les

particularités de chacune des régions, quant à l'implantation et à l'utilisation du programme de services intensifs à domicile.

### La région de Montréal

À Montréal, les personnes âgées de 60 ans et plus en grande perte d'autonomie et les personnes en phase terminale sans restriction d'âge, désirant mourir à domicile, constituaient et constituent encore la clientèle admissible. On visait et on vise toujours les «personnes qui, sans le recours au programme de services intensifs, sont susceptibles à plus ou moins brève échéance d'être orientées vers des ressources institutionnelles plus lourdes» (Lambert, 1986, p.8). Cette clientèle peut être référée par le réseau naturel ou communautaire, par les salles d'urgence ou par un CH de soins de courte durée. En ce qui concerne ces deux dernières sources de référence, compte tenu que cette mesure faisait partie du plan de désengorgement des salles d'urgence, priorité était accordée à trois hôpitaux, reconnus prioritaires, sur les vingt-quatre qui référaient au programme. Compte tenu également de l'expérience du projet «cas lourds», les critères d'admission étaient par ailleurs suffisamment clairs et connus des CLSC pour que ceux-ci se sentent relativement à l'aise de gérer ce programme comme une mesure de maintien à domicile. C'est dans ce contexte que la gestion des ressources et des admissions au programme a été décentralisée dès l'été '86 dans vingt-deux des trente-quatre CLSC de la région sociosanitaire, la décentralisation vers les autres territoires s'effectuant vers la fin de la première année d'opération (1986-87). Comme fiduciaire, le Conseil régional continue d'assurer la répartition budgétaire, le contrôle et l'évaluation du programme, à partir de rapports statistiques et financiers, qui lui sont transmis régulièrement selon des règles pré-établies (Trépanier, 1988; Lambert, 1990). Montréal est celle des trois régions où ces critères sont restés le plus stables entre 1986 et 1990; les caractéristiques de la clientèle rejointe demeurent également relativement stables. Les changements les plus perceptibles se situent plutôt au niveau du taux d'admission qui a dépassé largement et rapidement, dès la première année d'opération, «la capacité théorique du

programme» (Trépanier, 1988). Cette capacité, qui a été établie sur la base «d'un indice permettant d'estimer en début d'année le nombre de places disponibles en tout temps pour tendre vers l'équilibre budgétaire» (Lambert, 1990, p.14), a varié d'un équivalent de 780 places/personnes en 1986-87 à un équivalent de 1275 places/personnes en 1989-90. Or, en 1986-87 et en 1987-88 seulement, respectivement 2 868 et 3 006 nouveaux bénéficiaires furent admis dans le programme, le volume total (cas actifs et nouvelles admissions) variant entre 3 000 et 3 500 par année, avec un pic de 4 000 en 1987-88.

### La région de Québec

La région de Québec est probablement celle des trois régions où l'on observe le plus d'ajustements au programme, depuis son implantation en septembre 1986. Comme on l'indique dans la première évaluation du programme effectuée après dix-huit mois d'implantation: «bien que les objectifs soient demeurés les mêmes, les critères d'admissibilité, la durée de séjour, le volume moyen d'heures/service, ainsi que les modalités administratives sont les principaux éléments qui ont fait l'objet d'ajustements en cours d'implantation» (Paradis et coll., 1988, p.10). Ainsi, au début du programme, les clientèles-cibles étaient des personnes âgées de 65 ans et plus, particulièrement celles qui quittent l'hôpital après un séjour à l'urgence ou sur une unité de soins de courte durée, qui sont en attente d'hébergement et, enfin, celles en perte d'autonomie dans la communauté. Quatorze hôpitaux, dont quatre étaient reconnus comme prioritaires, pouvaient référer dans environ douze des vingt-six CLSC existants dans l'ensemble de la région. Six mois plus tard, le Conseil régional élargissait les critères d'admissibilité aux clientèles plus jeunes qui sont en post-hospitalisation ou en phase terminale. Dans tous les cas, le CRSSS pouvait autoriser des services à tout individu pour qui une hospitalisation ou un retour en centre hospitalier pouvait être évité.

À l'automne de 1988, deux sous-programmes ont été distingués, soit «SIMAD 1» et «SIMAD 2». C'est sans doute à ce moment qu'a été effectué le virage le plus important, dans la région de Québec, puisque pour la première fois une distinction est établie entre des services de courte durée, de 4 à 6 semaines («SIMAD 1»), et des services de longue durée («SIMAD 2»), excédant 6 semaines (CRSSS-03, 1988). Alors qu'avec le «sous-programme SIMAD 1» on vise la «récupération de l'autonomie» à la suite d'un problème aigu, comme chez les clientèles en post-hospitalisation, ou le support aux familles s'occupant d'une personne en perte d'autonomie sévère (mesure de répit), avec «SIMAD 2» les personnes visées sont soit en attente d'hébergement, soit en phase terminale ou préterminale, sans limites d'âge, ou sont des personnes âgées de 60 ans et plus «en perte d'autonomie désirant demeurer à domicile (sans demande d'hébergement), avec une priorisation des personnes de 75 ans et plus» (Lacroix, 1990a, p.7). En faisant ces distinctions, on reconnaît alors que la majorité des clients du programme SIMAD sont des personnes de plus en plus âgées, qui nécessitent des services de longue durée. Des moyennes pré-établies d'heures/services sont prévues pour les deux sous-programmes et une grille d'information uniforme est alors instaurée pour tous les CLSC.

Ces modalités administratives, parmi d'autres, supportent, jusqu'en 1989-90, une gestion centralisée du programme au CRSSS. C'est après environ une année d'expérimentation de «SIMAD 1» et de «SIMAD 2» qu'un processus de décentralisation vers les CLSC est amorcé en 1989-90. En même temps, une extension du programme est effectuée vers les 14 CLSC de la périphérie, incluant 5 CLSC de la «nouvelle» région 01, qui appartenaient jusque-là à la région 03. Au moment de l'étude, il importe de retenir que le «nouveau» plan d'organisation, avec ses volets «SIMAD 1» et «SIMAD 2», étaient encore en contexte d'implantation.

Enfin, en ce qui concerne le volume de clientèles, on observe qu'entre 1986-87 et 1989-90, la clientèle a plus que doublé, passant de 860 personnes desservies en 1986-87 à 1 940

---

personnes (888 en courte durée/SIMAD 1 et 1 052 en longue durée/SIMAD 2) pendant l'année 1989-90 (Lacroix, 1990b, p.3).

### La région de la Montérégie

En Montérégie, comme à Québec, les objectifs du programme ont toujours été maintenus depuis le début «en fonction des objectifs des mesures de désengorgement» (CSSSM, 1990, p.1). «Pour désengorger», on prévoyait que le programme accueillerait tout bénéficiaire, sans restriction d'âge, de façon à mettre un terme à l'hospitalisation prolongée des bénéficiaires en perte d'autonomie et/ou en attente d'hébergement; éviter et/ou retarder l'hébergement lorsque non nécessaire; permettre d'attendre à domicile une place lorsque l'hébergement permanent est rendu nécessaire; éviter et/ou raccourcir l'hospitalisation lorsqu'elle n'est pas nécessaire (CSSSM, 1987, p.1).

C'est pourquoi un premier «ordre strict de priorisation» a été fixé, dès le départ, et s'est maintenu en privilégiant les hôpitaux comme source principale de référence dans une proportion de 75%. Un deuxième ordre de priorisation s'est effectué «en fonction du motif de demande d'admission qui respectait, au début, l'ordre suivant: transition ou attente d'hébergement, situation de crise, long terme et phase terminale». En juin 1988, une première modification est apportée: «les cas en phase terminale sont alors admis immédiatement après les «attentes d'hébergement». En juin 1989, on révisé à nouveau ce système: «dorénavant, les cas inscrits sous le motif «phase terminale» sont d'emblée admis au programme selon l'ordre chronologique d'inscription» (CSSSM, 1990, p.1). Une priorité est cependant toujours accordée à trois CH désignés sur la dizaine qui peut référer, de même qu'aux CH de la région de Montréal. En 1989-90, environ 30% des cas référés à SIMAD provenaient des hôpitaux de la région de Montréal. En

---

Montérégie, SIMAD a été implanté et défini, dans les trois premières années, dans une perspective à court terme, en s'appuyant sur le fait que les sommes dégagées l'étaient jusqu'alors sur des bases non récurrentes.

La Montérégie est par ailleurs la seule des trois régions où la gestion complète du programme était encore centralisée au moment de l'étude. Toutes les modalités administratives y sont précisées dans le détail, de l'inscription du bénéficiaire jusqu'à sa prise en charge. Toute nouvelle admission doit être examinée cas par cas, par le CSSSM, qui fixe un «plafond de 20 000 \$ d'utilisation de services par bénéficiaire». Même si les CLSC semblent n'avoir qu'un rôle de dispensateurs de services, ils peuvent malgré tout influencer les décisions régionales en regard des clientèles prioritaires, soit via les mécanismes de référence, de concertation avec les CH ou encore avec les personnes responsables du programme au CRSSS. Le maintien de la centralisation est expliqué dans différents documents, comme étant un mode de gestion qui permet de respecter les objectifs du programme, compte tenu des ressources financières limitées, d'assurer une meilleure équité intrarégionale et une meilleure continuité de services et, aussi, d'éviter que des cas dits «plus légers» de maintien à domicile soient transférés sur SIMAD, sans motifs valables. Il faut également mentionner qu'en fonction des choix effectués, la base de fonctionnement du programme devrait reposer sur un partage de responsabilité et sur une concertation entre les hôpitaux de soins de courte durée et les CLSC. Or, ces traditions de concertation, selon plusieurs informateurs, étaient peu développées en Montérégie, au moment de l'implantation de SIMAD.

Au total, 194 nouvelles admissions ont été effectuées en 1989-90, le nombre d'admissions le plus élevé ayant été atteint en 1988-89 avec 405. Entre 1986-87 et 1988-89, le nombre de bénéficiaires est passé de 373, annuellement, à 667 pour subir une baisse, en 1989-90, à 527. Il y a donc eu une réduction de 48% des admissions en 1989-90 qui est expliquée par le fait que, d'une part, la région avait «en début d'année un nombre de bénéficiaires supérieur à sa capacité

de payer» et que, d'autre part, on observe un taux de rétention du programme de l'ordre de 47% avec 333 bénéficiaires de services au 1<sup>er</sup> avril de 1989 et 157 encore actifs au 31 mars de 1990 (CSSSM, 1990, p.7). Il est intéressant de noter que malgré une diminution des admissions, on observe «une augmentation de 7% du taux de roulement, due sans doute à la priorisation des cas en phase terminale qui, en principe, demeurent moins longtemps dans le programme» (CSSSM, 1990, p.7).

### Un point particulier: les services «24/7»

À l'origine, SIMAD devait s'articuler autour de deux sous-ensembles de services: des services directs à domicile de forte intensité et la mise en opération d'un lien téléphonique disponible sur une base sous-régionale (le «programme» ou «centre 24/7»). Ainsi au départ, une proportion allant jusqu'à 20% du budget de SIMAD fut réservée, à Montréal et en Montérégie, à la «création» de ce lien téléphonique disponible sur une base sous-régionale (via des établissements fiduciaires), en dehors des heures régulières d'ouverture des CLSC, c'est-à-dire 24 heures par jour et 7 jours par semaine. Ce service d'information et de référence, complémentaire aux services directs à domicile, qui était géré séparément dans les premiers mois du programme, était combiné à la disponibilité potentielle d'une infirmière visiteuse par sous-région, pour les personnes qui en manifesteraient le besoin ou qui présenteraient une situation de crise potentielle ou réelle.

Compte tenu du peu d'utilisation faite de cette dernière ressource, autant à Montréal qu'en Montérégie, et compte tenu des difficultés liées à l'équilibre budgétaire, ainsi que des besoins de services plus grands à domicile, les deux régions ont choisi de réaffecter une partie des ressources consenties à «24/7» dès l'année 1987-88, notamment la disponibilité des infirmières visiteuses, pour ne conserver que le système d'information - référence. Selon plusieurs informateurs rencontrés, il semble en effet que le seul fait de rendre disponible, dès le moment

de l'inscription du bénéficiaire, les «services 24/7», sécurise suffisamment les gens qu'ils n'ont pas tendance à y recourir, sauf en cas d'absolue nécessité. Cette décision a permis à la région de Montréal, notamment, de libérer 400 000 \$ pour des services directs à domicile. Dans Québec, où l'on disposait du système «Info-Santé» (lien téléphonique à numéro unique), on a étudié la possibilité d'instaurer un «24/7» comme dans les autres régions, mais on a réalisé qu'on avait l'équivalent avec la combinaison «Info-Santé/Télé-Médecin». Même si ce lien téléphonique existe toujours, sous une forme ou sous une autre, cette mesure n'a pas fait l'objet d'observations plus poussées, étant donné son importance relative dans l'ensemble du «programme SIMAD» et dans l'ensemble des informations transmises aux fins de la présente étude. Pour plus d'information sur ce sujet, on pourra cependant se référer à une étude qui trace un bilan descriptif de cette mesure particulière, dans une autre région concernée par les mesures de désengorgement, soit celle des Laurentides-Launaudière (Granger et coll., 1989).

Mis à part ce point particulier, la présentation des caractéristiques et des contextes d'implantation de chacune des régions, font ressortir des spécificités ou des différences qui s'avèreront essentielles pour mieux interpréter les données sur les caractéristiques de la clientèle admise et les données sur l'utilisation des services et des ressources, qui seront présentées dans les chapitres suivants. À l'instar des auteurs du Dossier «Personnes âgées» de la Commission Rochon, il faut cependant considérer les chiffres présentés, spécialement dans la section du chapitre sur «l'état des ressources», «comme des approximations de la réalité, comme des indicateurs plutôt que comme des réalités absolues (Roy et coll., 1990, p.87). Comme toutes les autres données de ce chapitre, ils permettent néanmoins de mieux comprendre la logique des choix effectués dans chacune des régions à l'étude.

## RÉSUMÉ

- Les régions de la Montérégie et de Québec partagent certaines caractéristiques sociodémographiques avec approximativement 1 100 000 habitants (en 1986) et un mode d'occupation du territoire à la fois urbain ( $\frac{1}{3}$ ) et rural ( $\frac{2}{3}$ ). La région de Montréal métropolitain est essentiellement urbaine et est deux fois plus peuplée (2 millions d'habitants en 1986). Les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 12% de la population à Montréal, 10% à Québec et 8% dans la Montérégie. Dans la région de Montréal, 25% des personnes âgées vivent seules.
- La disponibilité des ressources de santé, d'hébergement et d'aide et de soins à domicile varient selon les régions. Ainsi, la région de Montréal semble plus favorisée que celles de Québec et de la Montérégie lorsqu'on compare les dépenses pour les services de santé. Par ailleurs, la Montérégie apparaît moins bien pourvue que les deux autres régions en regard des ressources d'hébergement. Il faut cependant considérer, dans le cas de Montréal, la vétusté des équipements et le problème de l'adaptation des ressources d'hébergement aux besoins des clientèles en perte d'autonomie sévère. Cette région dispose aussi proportionnellement de moins de ressources d'aide et de soins à domicile alors que la Montérégie est plus favorisée dans ce domaine. SIMAD constitue un ajout relativement modeste de ressources à celles déjà disponibles pour les personnes en perte d'autonomie: 11 millions dans la région de Montréal en 1989-90, 3,3 millions à Québec et 2,8 millions dans la Montérégie.
- Dans la région de Montréal, SIMAD a été implanté en continuité avec le projet «cas lourds», dans la perspective du maintien à domicile de personnes en perte d'autonomie sévère. Dans les deux autres régions, il s'agissait d'un «nouveau» programme visant surtout le désengorgement des urgences et des lits de courte durée. Cette définition des objectifs s'est traduite dans le choix des clientèles et dans des modalités organisationnelles.

- Montréal a ciblé, dès le point de départ, les personnes âgées de 60 ans et plus, en perte d'autonomie, et susceptibles d'être orientées vers des ressources institutionnelles hospitalières ou d'hébergement. Québec et la Montérégie ont privilégié davantage les clientèles en provenance des hôpitaux de courte durée. Dans le cas de Québec, le programme s'est «ouvert» progressivement aux personnes en perte d'autonomie à domicile avec la distinction de deux sous-programmes (SIMAD 1 et SIMAD 2), alors que dans le cas de la Montérégie, les critères d'admission sont devenus plus restrictifs, jusqu'à privilégier à l'été '89 les clientèles en phase terminale. Dans la région de Montréal, la gestion des admissions et des services a été décentralisée dans les CLSC durant la première année de fonctionnement, dans la région de Québec la décentralisation a eu lieu environ un an après la distinction de SIMAD 1 et de SIMAD 2 alors que, dans la Montérégie, le programme est encore centralisé au niveau régional.

## CHAPITRE 4

### CARACTÉRISTIQUES DE LA CLIENTÈLE

---

Dans ce chapitre, les bénéficiaires de SIMAD entre le 18 juin 1989 et le 31 décembre 1989 sont décrits selon le sexe, l'âge, la corésidence, la présence de problèmes neuropsychiatriques et les motifs d'admission au programme. Compte tenu que les informations sur l'autonomie fonctionnelle et sur l'état de santé physique n'ont pu être obtenues des sources de données qui ont été consultées, certaines de ces données descriptives peuvent être considérées comme des indices de vulnérabilité lorsqu'on considère les facteurs associés au risque d'hébergement à court terme ou à plus long terme (Branch et Jette, 1982; Shapiro et Tate, 1988). Elles peuvent donc être utiles pour estimer, bien qu'indirectement, les besoins de services de la clientèle bénéficiaire de SIMAD durant la période à l'étude. Ces indices de vulnérabilité sont l'âge, la corésidence et la présence de problèmes neuropsychiatriques. Les motifs d'admission au programme peuvent aussi être utiles pour décrire la clientèle et estimer les besoins de services d'aide et de soins à domicile. Ces données sont présentées par région et par CLSC, de façon à faire ressortir les différences inter ou intrarégionales. Certains des facteurs susceptibles d'expliquer les différences observées sont aussi discutés.

#### 1. LE SEXE, L'ÂGE, LA CORÉSIDENCE ET LES PROBLÈMES NEUROPSYCHIATRIQUES

Selon les données de l'étude, deux personnes sur trois qui ont bénéficié de SIMAD entre juin et décembre 1989 sont des femmes (69% de femmes et 31% d'hommes). Ce sont aussi dans une proportion de 56,1% des personnes âgées de 75 ans et plus (tableau 2). L'analyse de la distribution d'âge selon les régions montre que les bénéficiaires de la région de Montréal sont plus âgés que ceux des deux autres régions. Ainsi, dans la région de Montréal, l'âge médian des bénéficiaires est de 79 ans, alors que dans les régions de Québec et de la Montérégie, il est respectivement de 75 et 73 ans. L'âge médian des bénéficiaires varie aussi de façon importante

---

selon les CLSC. Dans les CLSC de la région de Montréal, l'âge médian varie de 76 à 84 ans. Dans la région de Québec, il peut varier entre 72 et 76,5 ans, alors que dans la Montérégie cet âge médian se situe entre 71 et 82 ans, selon les CLSC (annexe D, tableaux 1a, 1b, 1c).

**TABEAU 2: DISTRIBUTION SELON L'ÂGE ET LA RÉGION**

ÂGE	MONTRÉAL		QUÉBEC		MONTÉRÉGIE		TOTAL	
	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)
≤ 64	15	(8,0)	36	(22,1)	35	(23,8)	86	(17,3)
65-74	43	(23,0)	42	(25,8)	47	(32,0)	132	(26,6)
75-84	75	(40,1)	70	(42,9)	36	(24,5)	181	(36,4)
85 +	54	(28,9)	15	(9,2)	29	(19,7)	98	(19,7)
TOTAL	187	(100,0)	163	(100,0)	147	(100,0)	497	(100,0)

Dans cette étude, le fait d'être âgé de 80 ans et plus dans une population déjà affectée par une perte d'autonomie suffisamment importante est considérée comme un indice de plus grande vulnérabilité. Au total, 37,8% des sujets observés ont 80 ans ou plus. Cette proportion varie toutefois selon les régions. Ainsi, dans la région de Montréal, près de 50% des bénéficiaires de SIMAD ont 80 ans et plus, comparativement à 30% et 32% dans les deux autres régions (tableau 3). La proportion de sujets âgés de 80 ans et plus varie aussi considérablement selon les CLSC dans chacune des régions. Ces variations intrarégionales sont plus importantes dans les régions de Montréal et de la Montérégie que dans celle de Québec, où la proportion des sujets âgés de 80 ans et plus semble relativement constante selon les CLSC (annexes D, tableaux 2a, 2b et 2c).

TABLEAU 3: PROPORTION DE SUJETS ÂGÉS DE 80 ANS OU PLUS SELON LA RÉGION

ÂGE	MONTRÉAL		QUÉBEC		MONTÉRÉGIE		TOTAL	
	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)
< 80	95	(50,8)	11	(69,9)	100	(68,0)	309	(62,2)
≥ 80	92	(49,2)	49	(30,1)	47	(32,0)	188	(37,8)
TOTAL	187	(100,0)	163	(100,0)	147	(100,0)	497	(100,0)

Les données du tableau 4 montrent qu'un bénéficiaire de SIMAD sur trois habite seul. Cette proportion est plus élevée dans la région de Montréal où près d'un bénéficiaire sur deux demeure seul, alors qu'elle est plus faible dans la Montérégie où seulement un sur cinq vit seul. Bien qu'il y ait certaines différences intrarégionales entre les CLSC, elles ne sont pas suffisamment importantes pour être jugées significatives (annexes D: tableaux 3a, 3b et 3c). Les variations de la corésidence selon les régions ne s'expliquent pas par les différences d'âge préalablement observées puisque ces deux variables ne sont pas associées dans la population de l'étude (annexe D: tableaux 4a, 4b et 4c).

TABLEAU 4: DISTRIBUTION SELON LA CORÉSIDENCE ET LA RÉGION

CORÉSIDENCE	MONTRÉAL		QUÉBEC		MONTÉRÉGIE		TOTAL	
	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)
Vit seul	84	(45,2)	53	(32,5)	30	(20,6)	167	(33,7)
Vit avec d'autres	102	(54,8)	110	(67,5)	116	(79,5)	328	(66,3)
TOTAL*	186	(100,0)	163	(100,0)	146	(100,0)	495	(100,0)

\* 2 données manquantes  
 $\chi^2_{2df} = 22,328; p < 0,000$

Dans l'ensemble, un bénéficiaire sur quatre présente des problèmes neuropsychiatriques. La proportion est un peu plus faible chez les sujets de la Montérégie, bien que la différence observée ne soit pas significative (tableau 5).

**TABLEAU 5: DISTRIBUTION SELON LA PRÉSENCE DE PROBLÈMES NEUROPSYCHIATRIQUES ET LA RÉGION**

PROBLÈMES NEURO- PSYCHIATRIQUES	MONTRÉAL		QUÉBEC		MONTÉRÉGIE		TOTAL*	
	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)
OUI	47	(25,3)	41	(25,3)	26	(17,7)	114	(23,0)
NON	139	(74,7)	121	(74,7)	121	(82,3)	381	(77,0)
TOTAL*	186	(100,0)	162	(100,0)	162	(100,0)	495	(100,0)

\* 2 données manquantes  
 $\chi^2_{df=3} = 3,368; p = 0,186$

En conclusion, les résultats de l'étude montrent que deux bénéficiaires de SIMAD sur trois sont des femmes, un sur trois est âgé de 80 ans et plus, un sur trois habite seul et un sur quatre présente des problèmes neuropsychiatriques. Ces proportions varient cependant selon les régions, particulièrement l'âge et le statut de coresidence. Ainsi, dans la région de Montréal, près d'un bénéficiaire sur deux est âgé de 80 ans ou plus, comparativement à environ un sur trois dans les deux autres régions. De la même façon, un sur deux habite seul à Montréal pour environ un sur trois dans la région de Québec et un sur cinq dans la Montérégie.

## 2. LES MOTIFS D'ADMISSION

Aux fins de l'étude, les motifs d'admission des bénéficiaires de SIMAD ont été regroupés en quatre grandes catégories, selon le type de problèmes présentés et selon les objectifs

poursuivis par le programme. Ces catégories sont mutuellement exclusives et les sujets ont été classés en procédant par élimination, dans l'ordre suivant:

- 1) La personne est en «phase préterminale ou terminale», c'est-à-dire qu'elle présente des problèmes de santé importants susceptibles de conduire au décès dans les mois qui suivent l'admission à SIMAD. Des services intensifs de maintien à domicile sont requis pour aider ces bénéficiaires qui désirent demeurer ou retourner à domicile, pour y mourir dans des conditions acceptables.
  - 2) La personne est en «attente d'hébergement», c'est-à-dire qu'elle a fait une demande d'hébergement, qu'elle a été évaluée à l'aide de l'outil de «classification par types en milieu de soins prolongés» (CTMSP) et que, compte tenu de ses problèmes de santé ou de ses pertes d'autonomie, elle a été inscrite sur la liste d'attente pour être admise en centre d'accueil d'hébergement (CAH) ou en centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD). Les services intensifs seront requis pour aider ces sujets à demeurer à domicile en attendant leur hébergement.
  - 3) La personne est admise en «post-hospitalisation», c'est-à-dire qu'elle présente des problèmes de santé aigus ou chroniques pour lesquels elle a été récemment hospitalisée, et qu'elle nécessite de l'aide pour pouvoir poursuivre sa convalescence ou sa réadaptation à domicile.
  - 4) La personne est admise dans une optique de «maintien à domicile à long terme», c'est-à-dire qu'elle désire demeurer à domicile, mais qu'elle présente des problèmes de santé chroniques, des maladies dégénératives ou des pertes d'autonomie sévères, requérant plus de services que ceux qui peuvent être dispensés par les services réguliers de maintien à domicile. Les services seront requis pour permettre à ces personnes de demeurer à domicile le plus longtemps possible et même d'y mourir. Ces services peuvent être requis sur des périodes de temps relativement longues, ou de façon plus ponctuelle, pour prévenir ou résoudre une situation de crise susceptible de compromettre le maintien à domicile
-

(exemple: épuisement du réseau de support, maladie du conjoint-aidant, épisode aigu d'une maladie chronique ou dégénérative).

Cette classification a été faite à partir des informations fournies par les CLSC sur les motifs pour lesquels les sujets ont été admis dans le programme et qui sont susceptibles d'évoluer et de se modifier de façon importante dans le temps. Il importe aussi de préciser que les motifs d'admission ne réfèrent en rien au lieu de provenance de la clientèle desservie par SIMAD. En effet, pour chacun de ces motifs d'admission, la demande peut être acheminée alors que le client est à l'hôpital ou à domicile. Les informations sur les lieux de provenance des bénéficiaires seront traitées au chapitre six. Les données sont aussi présentées de façon à pouvoir distinguer les motifs des personnes nouvellement admises durant la période couverte par l'étude (de juin à décembre 1989) de ceux des bénéficiaires qui ont été admis dans le programme avant cette date. De plus, la prévalence de certains indices de vulnérabilité, comme la proportion de sujets âgés de 80 ans et plus et la proportion de personnes qui habitent seules, sera présentée pour chacun des motifs d'admission et par région. En l'absence d'information directe sur l'état de santé et les pertes d'autonomie des bénéficiaires, ces données peuvent être utiles, non seulement pour mieux décrire les clientèles, mais aussi pour estimer, bien qu'indirectement, les problèmes et les besoins de services des bénéficiaires desservis par SIMAD.

#### **Les motifs d'admission des bénéficiaires desservis de juin à décembre 1989**

Les motifs d'admission des personnes qui ont bénéficié de SIMAD, entre juin et décembre 1989, varient de façon importante selon les régions (tableau 6). Dans la région de Montréal, les bénéficiaires sont principalement des personnes admises pour du maintien à domicile à long terme (68%) et, de façon moins importante, des personnes en phase préterminale ou terminale (15,2%). Dans la région de Québec, les bénéficiaires sont surtout des personnes admises pour du maintien à domicile à long terme (48,5%), des personnes en phase préterminale ou terminale

---

22,1%) et d'autres admises en post-hospitalisation (19%). Les bénéficiaires de SIMAD dans la Montérégie sont principalement des sujets en phase préterminale ou terminale (38,8%), des personnes admises pour du maintien à domicile à long terme (38,8%) et, enfin, des personnes en post-hospitalisation (13,6%). La proportion de sujets en attente d'hébergement est relativement faible dans les trois régions (de 8,4% à 10,4%). Les motifs d'admission des bénéficiaires varient aussi selon les CLSC dans chacune des régions. Ces variations intrarégionales apparaissent toutefois plus importantes entre les CLSC de Québec et entre ceux de la Montérégie, alors que les motifs d'admission des bénéficiaires des CLSC de Montréal semblent plus homogènes (annexe D: tableaux 5a, 5b et 5c).

**TABLEAU 6: DISTRIBUTION SELON LE MOTIF D'ADMISSION ET LA RÉGION**

MOTIF D'ADMISSION	MONTRÉAL		QUÉBEC		MONTÉRÉGIE		TOTAL	
	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)
Phase pré ou terminale	27	(15,2)	36	(22,1)	57	(38,8)	120	(24,6)
Attente d'hébergement	15	(8,4)	17	(10,4)	13	(8,8)	45	(9,2)
Post-hospitalisation	15	(8,4)	31	(19,0)	20	(13,6)	66	(13,5)
MAD long terme	121	(68,0)	79	(48,5)	57	(38,8)	257	(52,7)
<b>TOTAL*</b>	<b>178</b>	<b>(100,0)</b>	<b>163</b>	<b>(100,0)</b>	<b>147</b>	<b>(100,0)</b>	<b>488</b>	<b>(100,0)</b>

\* 9 données manquantes  
 $\chi^2_{8dl} = 48,081 : p < 0,000$

### **Les motifs d'admission des cas nouvellement admis entre juin et décembre 1989**

Les données présentées précédemment décrivent les motifs d'admission d'un échantillon de sujets choisis parmi ceux qui avaient reçu au moins une fois des services de SIMAD, entre juin et décembre 1989, dans les CLSC de l'étude. Plusieurs de ces bénéficiaires peuvent avoir été admis plusieurs mois ou même quelques années avant cette période d'observation. Comme

les besoins des clientèles-cibles, de même que les critères d'admission, sont susceptibles de changer dans le temps, cette section présente de façon plus spécifique les motifs d'admission des sujets nouvellement admis dans le programme durant cette période. Ces données permettront de mieux estimer les problèmes et les besoins des nouveaux bénéficiaires de SIMAD et seront utiles pour discuter ultérieurement de l'évolution du programme.

Les données du tableau 7 montrent que, dans les CLSC de la région de Montréal, les sujets nouvellement admis dans le programme SIMAD, entre juin et décembre 1989, sont principalement des personnes qui nécessitent du maintien à domicile à long terme (59,8%) et, de façon moins importante, des personnes qui sont en phase préterminale ou terminale (22,8%). La distribution des motifs d'admission dans la région de Québec se compare à celle de Montréal avec, toutefois, plus de personnes en post-hospitalisation (26,4%) et un peu moins d'admissions pour du maintien à domicile à long terme (42,7%). Dans la région de la Montérégie, presque tous les nouveaux bénéficiaires de SIMAD sont des personnes dites en phase préterminale ou terminale (95,2%) au moment de l'admission. Dans l'ensemble, environ 60% des nouvelles admissions, dans la région de Montréal, sont pour du maintien à domicile à long terme, comparativement à 43% dans la région de Québec, alors que 95% des nouvelles admissions dans les CLSC de la Montérégie sont des personnes en phase préterminale ou terminale.

---

**TABLEAU 7: DISTRIBUTION DES CAS INCIDENTS\* SELON LE MOTIF D'ADMISSION ET LA RÉGION**

MOTIF D'ADMISSION	MONTRÉAL		QUÉBEC		MONTÉRÉGIE		TOTAL	
	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)
Phase pré ou terminale	21	(22,8)	26	(23,6)	40	(95,2)	87	(35,7)
Attente CAH/CHSDL	9	(9,8)	8	(7,3)	1	(2,4)	18	(7,4)
Post-hospitalisation	7	(7,6)	29	(26,4)	0	(0,0)	36	(14,8)
MAD long terme	55	(59,8)	47	(42,7)	1	(2,4)	103	(42,2)
<b>TOTAL**</b>	<b>92</b>	<b>(100,0)</b>	<b>110</b>	<b>(100,0)</b>	<b>42</b>	<b>(100,0)</b>	<b>244</b>	<b>(100,0)</b>

\* Cas incidents = nouveaux bénéficiaires admis entre le 18 juin et le 31 décembre 1989

\*\* 2 données manquantes

### Les motifs d'admission, l'âge et la corésidence

L'âge des bénéficiaires varie selon les motifs d'admission et selon les régions (annexe D: tableaux 6a, 6b et 6c). Dans l'ensemble, les personnes en phase préterminale ou terminale sont plus jeunes que celles admises pour d'autres motifs. Environ 80% des clientèles admises pour ce motif dans chacune des régions ont moins de 80 ans. Par ailleurs, la relation entre l'âge et les autres motifs d'admission n'est pas aussi claire. Ainsi, dans la région de Montréal, environ 50% des personnes admises en post-hospitalisation ou pour du maintien à domicile à long terme ont 80 ans et plus, comparativement à 80% de celles admises en attente d'hébergement. Dans la région de Québec, environ 20% des personnes admises en post-hospitalisation ont 80 ans et plus comparativement à 35% de celles admises pour du maintien à domicile à long terme et à plus de 50% de celles en attente d'hébergement. Dans la Montérégie, 10% des personnes en post-hospitalisation ont 80 ans et plus, alors que presque 40% de celles en attente d'hébergement et un peu plus de 50% de celles admises pour du maintien à domicile à long terme font partie de ce groupe d'âge.

Les résultats montrent aussi certaines variations du statut de corésidence selon les motifs d'admission, mais elles ne sont pas suffisamment importantes pour être jugées significatives dans chacune des régions (annexe D: tableaux 7a, 7b et 7c). Dans la région de Montréal, on observe que 30% des bénéficiaires en phase préterminale ou terminale habitent seuls et que cette proportion varie de 42% à 53% pour les autres motifs d'admission. Dans la région de Québec, les variations apparaissent légèrement plus importantes, bien qu'elles demeurent non significatives. La proportion de personnes qui vivent seules semble plus élevée chez les bénéficiaires en attente d'hébergement (près de 60%) et plus faible chez ceux en phase préterminale ou terminale (environ 20%). Dans la Montérégie, moins de 20% des bénéficiaires admis pour différents motifs vivent seuls. Cette proportion est de 7% chez les sujets en attente d'hébergement au moment de leur admission dans le programme.

Ces données permettent d'observer que, dans l'ensemble, la proportion de sujets âgés de 80 ans ou plus et celle de bénéficiaires qui vivent seuls sont plus élevées dans la région de Montréal que dans les deux autres régions, et ceci, pour chacun des motifs d'admission. La différence est toutefois moins importante pour les personnes en phase préterminale ou terminale, qui apparaissent plus comparables en regard de l'âge et du statut de corésidence selon les régions.

### **3. LES FACTEURS EXPLICATIFS DES DIFFÉRENCES OBSERVÉES**

Les caractéristiques des clientèles admises au programme SIMAD sont influencées par des facteurs qui peuvent agir soit au niveau de la demande de services, de la détermination des critères de «priorisation» ou, encore, de l'application de ces critères par les dispensateurs de services (l'offre de services). Ainsi, selon les informations obtenues de l'étude de la documentation et des entrevues avec différents acteurs, la demande pour des services intensifs d'aide et de soins à domicile varierait selon la disponibilité des ressources institutionnelles ou communautaires pour répondre aux besoins de la population. Par exemple, dans la région de

Montréal, la demande pour des services intensifs à des personnes en phase terminale serait moins importante compte tenu de la disponibilité d'une ressource comme Entraide Ville-Marie, susceptible de répondre en bonne partie aux besoins de cette clientèle. De la même façon, le manque de ces ressources dans la région de la Montérégie et l'absence d'unité de soins palliatifs dans les hôpitaux de courte durée pourraient expliquer une demande plus grande pour des services intensifs à domicile aux personnes en phase terminale. Plus généralement, la relative rareté des ressources institutionnelles d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie favoriserait une demande accrue pour des services intensifs à domicile, comme ceux de SIMAD.

La détermination des priorités d'admission de la clientèle de SIMAD a aussi été influencée par la disponibilité des ressources institutionnelles et communautaires et, donc, par le «manque à combler» pour répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie. Il semble, par ailleurs, que la compréhension des objectifs poursuivis par SIMAD ait eu une influence importante sur la définition de la clientèle-cible et sur la définition des critères de priorité. Ainsi, les résultats de l'étude montrent que les bénéficiaires de SIMAD dans les CLSC de la région de Montréal sont davantage des personnes très âgées, vivant seules et admises pour du maintien à domicile à long terme, ce qui est congruent avec la définition régionale des objectifs du programme: SIMAD = mesure de maintien à domicile de personnes âgées en perte d'autonomie sévère, en continuité avec le projet «cas lourds». Dans la Montérégie, où SIMAD est compris comme une mesure de désengorgement des hôpitaux, les clientèles nouvellement admises de juin à décembre 1989, sont presque exclusivement des personnes en phase terminale susceptibles d'occuper des lits de courte durée. Enfin, dans la région de Québec, où SIMAD a d'abord été défini comme une mesure de désengorgement des hôpitaux de courte durée, pour s'ouvrir ensuite progressivement à l'objectif du maintien à domicile de personnes en perte d'autonomie sévère, les nouveaux bénéficiaires sont à la fois des sujets admis pour du maintien à domicile à long terme et à la fois des sujets en phase terminale ou en post-hospitalisation.

---

En plus de ces facteurs, les expertises acquises par chacun des CLSC, de même que leur autonomie dans la gestion des admissions au programme, pourront influencer le choix des clientèles et la réponse aux besoins. Ainsi, selon les informations recueillies, les CLSC qui ont développé, par exemple, une expertise pour les soins en post-hospitalisation ou pour les soins aux personnes en phase terminale «attirent» ces clientèles et privilégient aussi la réponse à ces besoins, plutôt qu'à ceux pour lesquels leur expertise est moins développée. Ceci est possible en autant qu'ils possèdent une autonomie suffisante pour gérer les admissions à SIMAD. L'expertise acquise apparaît moins déterminante lorsque les admissions sont contrôlées au niveau régional, comme c'est le cas dans la Montérégie.

#### 4. CONCLUSION

En conclusion, il semble qu'un ensemble de facteurs soit susceptible d'influencer à la fois la demande de services, la définition et l'application des critères d'admission des clientèles, et d'expliquer les variations inter et intrarégionales en regard des caractéristiques des bénéficiaires de SIMAD. Ces variations pourraient être comprises comme une tentative de répondre, le mieux possible, aux besoins de la population visée, compte tenu de certains facteurs comme la disponibilité des ressources, la compréhension et la définition du problème à résoudre, l'expertise acquise et l'autonomie dans la gestion de la demande de services.

Si les besoins auxquels peut répondre un programme comme SIMAD peuvent varier selon les régions, il semble que, dans tous les cas, SIMAD dessert une clientèle susceptible de présenter des pertes d'autonomie sévères et d'avoir des besoins de services importants à domicile. Dans l'ensemble, il est possible d'estimer que, de juin à décembre 1989, les quatorze CLSC de Montréal, de la Montérégie et de Québec, échantillonnés pour l'étude, ont permis à environ (annexe D: tableau 8):

- 210 personnes en phase préterminale ou terminale de recevoir des services intensifs d'aide à domicile, dont 40 âgées de 80 ans et plus et 50 vivant seules;
- 90 personnes en attente d'hébergement de recevoir des services à domicile, dont 60 âgées de 80 ans ou plus et 45 vivant seules;
- 130 personnes de recevoir des services d'aide ou de soins en post-hospitalisation, dont 40 âgées de 80 ans ou plus et 50 vivant seules;
- 580 personnes en perte d'autonomie sévère et admises pour du maintien à domicile à long terme de recevoir des services intensifs à domicile, dont 270 de 80 ans ou plus et 230 vivant seules.

Au total, il s'agit de 1 010 personnes en perte d'autonomie qui ont bénéficié au moins une fois, entre juin et décembre 1989, de services intensifs d'aide et de soins à domicile. Parmi celles-ci, 410 étaient âgées de 80 ans ou plus et 375 habitaient seules à domicile. Ces données, bien que partielles, permettent d'apprécier l'éventail et l'ampleur des besoins auxquels un programme comme SIMAD peut répondre. Par ailleurs, si tous ces choix en regard des clientèles et des besoins prioritaires peuvent sembler justifiés, ils peuvent cependant avoir des conséquences importantes sur l'utilisation des services et sur l'atteinte des objectifs du programme. Ces conséquences seront discutées dans les deux chapitres subséquents.

## RÉSUMÉ

- Les bénéficiaires de SIMAD entre juin et décembre 1989 sont majoritairement des personnes âgées (50% ont 76 ans et plus). Un bénéficiaire sur trois habite seul à domicile.
- Dans la région de Montréal, plus de 50% des bénéficiaires sont âgées de 80 ans et plus et autant vivent seuls à domicile. Ces proportions sont plus élevées dans la région de Montréal que dans les deux autres régions.
- Les motifs d'admission des bénéficiaires de SIMAD durant les six derniers mois de 1989 varient selon les régions. À Montréal, les bénéficiaires sont principalement des personnes en perte d'autonomie sévère admises pour du maintien à domicile à long terme. Dans la région de la Montérégie, il s'agit surtout de personnes admises en phase préterminale ou terminale. Dans la région de Québec, environ la moitié des bénéficiaires sont admis pour du maintien à domicile à long terme et l'autre moitié en phase terminale ou préterminale ou, encore, en post-hospitalisation.
- Les variations régionales relativement aux caractéristiques des bénéficiaires admis au programme s'expliquent à la fois par la disponibilité de certaines ressources institutionnelles ou communautaires, par la compréhension des objectifs de SIMAD, par le développement de certaines formes d'expertises professionnelles et par le degré d'autonomie dans la gestion des admissions au programme.
- Dans l'ensemble, il est possible d'estimer que, de juin à décembre 1989, les quatorze CLSC de l'étude ont dispensé des services intensifs de maintien à domicile à 1 010 personnes en perte d'autonomie, 410 qui étaient âgées de 80 ans ou plus et 375 qui vivaient seules.

## **CHAPITRE 5**

### **UTILISATION DES SERVICES ET DES RESSOURCES**

---

Ce chapitre porte sur l'utilisation qui est faite des ressources et des services intensifs de maintien à domicile pour répondre aux besoins des clientèles bénéficiaires. Dans un premier temps, la quantité et la nature des services utilisés, c'est-à-dire le nombre d'heures/services, le type de services dispensés et les coûts moyens par bénéficiaire, sont décrites et comparées. Par la suite, il s'agit de vérifier si les variations observées peuvent s'expliquer par des caractéristiques de la clientèle ou par d'autres facteurs comme la disponibilité des ressources, les modalités de gestion ou les approches professionnelles. Ces données sur l'utilisation des services et des ressources n'ont pas été retenues comme des indicateurs indirects des besoins ou comme des indices de vulnérabilité de la clientèle au même titre que certaines caractéristiques de la clientèle. En effet, un ensemble de facteurs autres que les besoins immédiats des bénéficiaires sont susceptibles d'influencer les modalités d'utilisation des services et des ressources. De plus, ces données ne prennent pas en considération les heures/services dispensées par les proches ou par les ressources communautaires. Elles peuvent donc sous-estimer le besoin réel de services requis pour pouvoir demeurer à domicile et, en ce sens, elles n'informent que partiellement et qu'indirectement sur les besoins des bénéficiaires. Elles ne doivent pas être confondues avec les heures/services requises qui reflètent, plus directement, la demande de services et les besoins de la clientèle.

#### **1. NATURE ET QUANTITÉ DES RESSOURCES ET DES SERVICES UTILISÉS**

Ces données décrivent l'utilisation des ressources et des services directs pour répondre aux besoins des bénéficiaires admis dans le programme SIMAD. Les services «directs» représentent le nombre d'heures/services requises pour l'intervention directe auprès des bénéficiaires, incluant les temps de déplacement. Les services indirects, comme le temps requis pour l'administration ou pour l'évaluation de la demande avant l'admission au programme, ne

---

sont pas comptabilisés dans ces données. Les services ont été regroupés en cinq grandes catégories, soit: les soins infirmiers, les services de soutien ou d'assistance pour la réalisation de certaines activités de la vie quotidienne (AVQ) ou de la vie domestique (AVD), les services de gardiennage, les services de physiothérapie ou d'ergothérapie et les services psychosociaux ou médicaux.

### **Les services**

La quantité d'heures/services directs et le type de services utilisés varient de façon importante selon les régions (tableau 8). Dans la région de Montréal, les bénéficiaires desservis par les CLSC de l'étude, entre juin et décembre 1989, ont reçu chacun en moyenne 12 heures/services par semaine, ceux de la région de Québec 16,1 heures et ceux de la Montérégie, 22,6 heures en moyenne par semaine. Cette différence dans l'utilisation des services s'observe surtout pour certaines catégories de services. Ainsi, les données montrent que l'utilisation des services de soutien ou d'assistance est relativement comparable d'une région à l'autre (de 8 à 10 heures). Cependant, les CLSC de la région de Québec accordent plus d'heures/services que les autres régions pour des soins infirmiers ou des services psychosociaux. Les CLSC de la région de la Montérégie accordent, pour leur part, en moyenne 13,4 heures par client pour du gardiennage, alors que ces services ne sont à peu près pas utilisés dans les CLSC de la région de Montréal (0,8 heure) et de la région de Québec (2,4 heures). Globalement, les données montrent que 87% (de 75% à 96% selon les régions) des heures sont accordées pour des services non spécialisés de soutien, d'assistance ou de gardiennage. Les principaux dispensateurs de services intensifs de maintien à domicile sont donc des non-professionnels comme, par exemple, les auxiliaires familiales des CLSC.

---

**TABLEAU 8: NOMBRE MOYEN D'HEURES/SERVICES DIRECTS PAR SEMAINE ET PAR CLIENT, SELON LE TYPE DE SERVICES ET LA RÉGION**

TYPE DE SERVICES	MONTRÉAL		QUÉBEC		MONTÉRÉGIE		TOTAL	
	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)
Soins infirmiers	0,5	(4,2)	2,6	(16,1)	0,5	(2,2)	1,2	7,3
Soutien/assistance	10,1	(84,9)	9,6	(59,6)	8,3	(36,7)	9,4	57,0
Gardiennage	0,8	(6,7)	2,4	(14,9)	13,4	(59,3)	5,1	30,9
Physio/ergo	0,1	(0,8)	0,3	(1,9)	0,0	(0,0)	0,2	1,2
Autres*	0,4	(3,4)	1,2	(7,5)	0,4	(1,8)	0,6	3,6
<b>TOTAL</b>	<b>12,0</b>	<b>(100,0)</b>	<b>16,1</b>	<b>(100,0)</b>	<b>22,6</b>	<b>(100,0)</b>	<b>16,5</b>	<b>(100,0)</b>

\* *Autres = services psychosociaux; services médicaux (Montréal seulement)*  
 $\chi^2_{8df} = 164,766 : p = 0,000$

Les variations intrarégionales sont importantes lorsqu'on compare la quantité et le type de services dispensés par les CLSC de chacune des régions (annexe D: tableaux 9a, 9b, et 9c). Dans la région de Montréal, le nombre moyen d'heures/services par semaine varie de 6,4 heures à 17,8 heures selon les CLSC, dans la région de Québec, les CLSC donnent de 12,1 à 18,1 heures de services par semaine et, dans la Montérégie, la moyenne varie de 18,4 à 29,1 heures par semaine. Le type de services dispensés est relativement constant dans les CLSC de Montréal; dans tous les cas, les heures/services sont données principalement pour du soutien ou de l'assistance. Dans la région de Québec, l'utilisation des ressources pour des soins infirmiers ou pour du gardiennage varie davantage selon les CLSC. Dans la Montérégie, le recours aux services de gardiennage et à ceux de soutien et d'assistance semble varier de façon plus importante selon les CLSC (annexe D: tableaux 9a, 9b et 9c).

### Les coûts

Dans cette section, il s'agit de décrire et de comparer les coûts des services directs par bénéficiaire. Ces coûts ont été estimés en multipliant, pour chaque type de services, le nombre d'heures/services reçues par les taux horaire de rémunération en vigueur, selon les conventions

collectives du «réseau» de la santé et des services sociaux. Il s'agit donc d'une estimation des coûts des services directs par bénéficiaire, plutôt que des coûts réels du programme. En effet, les coûts réels comprennent l'ensemble des dépenses encourues à la fois pour les services directs et indirects de SIMAD. Comme ces coûts réels représentent la somme des dépenses, par période administrative, pour desservir un nombre «d'unités bénéficiaires», qui ne correspond pas au nombre total d'individus différents ayant reçu SIMAD, ils sont peu utiles pour estimer le coût des services par bénéficiaire. Ainsi, une personne qui a reçu des services durant cinq périodes administratives comptera pour cinq «unités bénéficiaires», alors que celle qui n'en a reçu que durant une période comptera pour une unité dans le calcul de la moyenne des coûts. Si, par exemple, les cas qui séjournent longtemps dans le programme coûtent moins chers que ceux qui séjournent moins longtemps, le coût moyen par unité bénéficiaire sous-estimera le coût par bénéficiaire.

Il importe, par ailleurs, de considérer que cet estimé du coût moyen des services directs par bénéficiaire ne peut que surestimer les coûts réels des services directs. En effet, le coût des services de soutien et d'assistance a été estimé en multipliant le nombre d'heures/services reçues par le taux horaire moyen d'une auxiliaire familiale en CLSC, alors que dans plusieurs CLSC de Montréal, une partie plus ou moins importante de ces services sont donnés par du personnel d'agences privées, à un coût horaire beaucoup moins élevé. Il n'était pas possible, à partir des informations disponibles, d'estimer la quantité de ces services dispensés par les agences et d'ajuster les coûts en conséquence. De la même façon, lorsque des CLSC recourent à des modes d'allocation directe aux bénéficiaires, comme certains de la Montérégie ou de Québec, les coûts réels des services directs peuvent aussi être inférieurs à ceux estimés dans cette étude.

Le coût moyen des services directs par bénéficiaire, par semaine, varie de façon importante selon les régions (tableau 9). Un bénéficiaire coûte en moyenne 157,80 \$ par semaine à Montréal ( 8 200 \$ environ par année), 227,40 \$ dans la région de Québec (environ 11 825 \$

---

par année) et 195,00 \$ par semaine dans la Montérégie (10 140 \$ par année approximativement). Dans la région de Montréal, 83,2% des coûts sont pour des services de soutien et d'assistance, alors qu'à Québec et dans la Montérégie ces services représentent environ 55% des coûts moyens par bénéficiaire. Dans la région de Québec, les soins infirmiers, les services psychosociaux et ceux de réadaptation représentent près de 40% des coûts, alors qu'ils comptent pour seulement 25% des heures/services. Dans la Montérégie, 33,4% des coûts sont attribuables aux services de gardiennage qui représentent, par ailleurs, près de 60% des heures/services. L'utilisation de services plus spécialisés et de soins infirmiers dans la région de Québec, à un taux horaire variant de 21,00 \$ à 24,00 \$, et l'utilisation plus fréquente de services de gardiennage dans la Montérégie, au coût de 5,00 \$/heure, expliquent que les coûts de la région de Québec soient plus élevés que ceux de la Montérégie, même si cette dernière région donne en moyenne 6,5 heures/services de plus par semaine.

**TABLEAU 9: ESTIMATION DU COÛT MOYEN DES SERVICES DIRECTS PAR BÉNÉFICIAIRE ET PAR SEMAINE, SELON LE TYPE DE SERVICES ET LA RÉGION**

TYPE DE SERVICES	MONTRÉAL		QUÉBEC		MONTÉRÉGIE		TOTAL	
	\$	(%)	\$	(%)	\$	(%)	\$	(%)
Soins infirmiers	10,50	(6,7)	54,60	(24,0)	10,50	(5,4)	25,33	(13,2)
Soutien/assistance	131,30	(83,2)	124,80	(54,9)	107,90	(55,3)	122,23	(63,6)
Gardiennage	4,00	(2,5)	12,00	(5,3)	67,00	(34,4)	25,50	(13,3)
Physio / ergo	2,40	(1,5)	7,20	(3,2)	0,00	(0,0)	3,65	(1,9)
Autres	9,60	(6,1)	28,80	(12,7)	9,60	(4,9)	15,47	(8,0)
<b>TOTAL</b>	<b>157,80</b>	<b>(100,0)</b>	<b>227,40</b>	<b>(100,0)</b>	<b>195,00</b>	<b>(100,0)</b>	<b>192,19</b>	<b>(100,0)</b>

$$X^2_{8df} = 130,607 : p = 0,000$$

## 2. LES FACTEURS ASSOCIÉS À L'UTILISATION DES SERVICES

Plusieurs facteurs pourraient expliquer les variations observées dans l'utilisation des ressources et des services de SIMAD, comme des différences dans les caractéristiques des

bénéficiaires de SIMAD, ou des caractéristiques territoriales, des modes de pratique professionnelle ou des modalités de gestion.

### Les caractéristiques des bénéficiaires

Il n'y a pas de relation claire entre certaines caractéristiques des bénéficiaires de l'étude, comme l'âge, le sexe et le statut de corésidence, et l'utilisation qui est faite des ressources et des services du programme SIMAD. Ainsi, dans la région de Montréal, la moyenne des heures/services reçues par semaine ne varie pas selon l'âge, le sexe ou la corésidence. Dans la région de Québec, les sujets âgés de moins de 80 ans, ceux de sexe masculin et ceux qui vivent avec d'autres reçoivent plus d'heures/services par semaine que ceux plus âgés, qui sont de sexe féminin ou qui vivent seuls. À l'inverse, dans la Montérégie, les personnes âgées de plus de 80 ans et celles qui sont de sexe féminin ont plus de services, alors que la quantité de services dispensés ne varie pas selon la corésidence. De façon plus particulière, dans les régions de Montréal et de Québec, les bénéficiaires âgées de 80 ans et plus, de même que ceux qui vivent seuls, ont environ 12 ou 13 heures de services par semaine alors que, dans la Montérégie, ces bénéficiaires reçoivent en moyenne 22 ou 24 heures (tableaux 10, 11 et 12).

**TABLEAU 10: NOMBRE MOYEN D'HEURES/SERVICES PAR SEMAINE SELON L'ÂGE ET LA RÉGION**

ÂGE	MONTRÉAL	QUÉBEC	MONTÉRÉGIE	TOTAL*
< 80	11.7	17.2	21.9	17.1
≥ 80	12.3	13.5	24.2	15.6
TOTAL*	12.0	16.1	22.6	16.5

\* 2 données manquantes

**TABLEAU 11: NOMBRE MOYEN D'HEURES/SERVICES PAR SEMAINE SELON LE SEXE ET LA RÉGION**

SEXE	MONTRÉAL	QUÉBEC	MONTÉRÉGIE	TOTAL*
Féminin	12.3	14.5	23.7	16.3
Masculin	11.5	20.7	20.5	15.6
TOTAL*	12.0	16.1	22.6	16.5

\* 2 données manquantes

**TABLEAU 12: NOMBRE MOYEN D'HEURES/SERVICES PAR SEMAINE SELON LA CORÉSIDENCE ET LA RÉGION**

CORÉSIDENCE	MONTRÉAL	QUÉBEC	MONTÉRÉGIE	TOTAL*
Vit seul	12.3	11.6	22.4	14.0
Vit avec d'autres	11.9	18.2	22.8	17.9
TOTAL*	12.0	16.1	22.6	16.5

\* 4 données manquantes

Dans chacune des régions, le nombre moyen d'heures/services augmente avec la présence de problèmes neuropsychiatriques (tableau 13). Cependant, les bénéficiaires ayant ce type de problèmes ont en moyenne 15,6 heures/services par semaine à Montréal, 18,8 heures dans la région de Québec et 27 heures dans la Montérégie.

**TABLEAU 13: NOMBRE MOYEN D'HEURES/SERVICES PAR SEMAINE SELON LA PRÉSENCE DE PROBLÈMES NEUROPSYCHIATRIQUES ET LA RÉGION**

PROBLÈMES NEUROPSYCHIATRIQUES	MONTRÉAL	QUÉBEC	MONTÉRÉGIE	TOTAL*
OUI	15.6	18.8	27.0	19.5
NON	10.7	15.2	21.7	15.7
TOTAL*	12.0	16.1	22.6	16.5

\* 4 données manquantes

Les variations dans les motifs d'admission des bénéficiaires ne semblent pas non plus pouvoir expliquer les différences observées dans l'utilisation des services. Ainsi, les bénéficiaires en phase terminale reçoivent en moyenne 12,5 heures/services à Montréal, alors qu'ils ont en moyenne 22 heures dans les deux autres régions. De même, les personnes admises pour du maintien à domicile à long terme bénéficient de 11,4 heures/services par semaine dans la région de Montréal, de 14,8 heures dans la région de Québec et de 24 heures/services dans la Montérégie (tableau 14).

**TABLEAU 14: NOMBRE MOYEN D'HEURES/SERVICES PAR SEMAINE SELON LE MOTIF D'ADMISSION ET LA RÉGION**

MOTIF D'ADMISSION	MONTRÉAL	QUÉBEC	MONTÉRÉGIE	TOTAL*
Phase pré ou terminale	12.5	22.8	22.4	20.2
Attente d'hébergement	14.5	17.7	21.5	17.8
Post-hospitalisation	14.3	10.7	20.1	14.3
MAD long terme	11.4	14.8	24.0	15.3
TOTAL*	12.0	16.1	22.6	16.5

\* 1 donnée manquante

En général, les bénéficiaires de la région de Montréal reçoivent moins d'heures/services du programme SIMAD que ceux des autres régions, sauf les cas admis en post-hospitalisation (tableau 14). Pourtant, pour chacun de ces motifs, les proportions de personnes âgées de 80 ans et plus et de personnes qui vivent seules sont plus élevées à Montréal, ce qui aurait pu justifier un plus grand nombre d'heures/services. Par exemple, dans cette région, des personnes en attente d'hébergement sont soutenues à domicile avec en moyenne 14,5 heures/services par semaine, comparativement à 21,5 heures dans la Montérégie, alors que 80% de ces bénéficiaires ont 80 ans et plus à Montréal (38,5% dans la Montérégie) et que 53,3% vivent seuls (7,7% dans la Montérégie). Cette étude ne permet pas d'observer de relation claire entre certaines caractéristi-

ques des bénéficiaires de SIMAD et la quantité d'heures/services dispensées dans chacune des régions.

Les résultats ne montrent pas non plus de relation claire entre le type de services utilisés et les caractéristiques des bénéficiaires desservis par SIMAD. Ainsi, dans la Montérégie, les bénéficiaires âgés de plus de 80 ans ont davantage de soins infirmiers que les plus jeunes alors que, dans la région de Québec, on observe une relation inverse avec l'âge (annexe D: tableau 10). Par ailleurs, dans la région de Québec, les hommes reçoivent plus de services de soutien et d'assistance que les femmes, alors que l'utilisation de ce type de services ne varie pas selon le sexe dans les autres régions (annexe D: tableau 11). De même, dans la région de Québec, les personnes qui vivent avec un corésident bénéficient de plus d'heures/services de soutien, d'assistance ou de gardiennage que celles qui vivent seules, alors que dans les deux autres régions, il n'y a pas de différence selon le statut de corésidence (annexe D: tableau 12). Enfin, les personnes qui présentent des problèmes neuropsychiatriques reçoivent un peu plus de services de soutien et d'assistance que ceux qui n'ont pas ce type de problèmes dans les régions de Québec et de Montréal, alors que, dans la Montérégie, les personnes atteintes de problèmes neuropsychiatriques ont plus de services de gardiennage et un peu moins de services de soutien et d'assistance (annexe D: tableau 13).

Les variations intrarégionales relativement à l'utilisation des services ne semblent pas non plus pouvoir s'expliquer par des caractéristiques comme l'âge, la corésidence ou le motif d'admission des bénéficiaires desservis par les CLSC échantillonnés dans chacune des régions. Les données ne permettent pas de conclure, par exemple, que les CLSC qui desservent davantage de personnes âgées de 80 ans et plus, de personnes vivant seules, ou de sujets admis pour l'un ou l'autre des motifs d'admission étudiés, dispensent plus (ou moins) d'heures/services que ceux dont les bénéficiaires présentent des caractéristiques différentes (annexe D: tableaux synthèse 14, 15 et 16).

---

Il serait peut-être possible de penser que les informations obtenues sur les caractéristiques des bénéficiaires, qui ont été retenues comme des indices de vulnérabilité dans cette étude, ne rendent pas compte de l'état de santé ou de l'autonomie fonctionnelle des sujets et que des mesures plus directes de ces variables auraient permis de mettre en évidence des relations avec l'utilisation des services. Des différences dans l'état de santé ou l'autonomie fonctionnelle des bénéficiaires pourraient, cependant, difficilement expliquer l'ampleur des différences inter et intrarégionales observées ni, surtout, la constance de ces différences peu importe l'âge, la coresidence ou le motif d'admission des clientèles bénéficiaires. Selon les résultats d'études comme ceux de l'enquête Santé Québec (1988), il n'y a pas lieu de croire, non plus, qu'il existe des variations suffisamment importantes dans les caractéristiques sociodémographiques et sociosanitaires des régions étudiées, pour que les variations dans les heures/services donnés puissent s'expliquer par des caractéristiques différentes des populations-cibles de chaque territoire. Il y aurait toutefois lieu de considérer que la dispersion de la clientèle sur le territoire varie selon les régions et les CLSC et que les temps de déplacements, inclus dans les heures/services directs comptabilisés dans cette étude, pourraient expliquer certaines différences observées entre les CLSC de territoires urbains et ruraux. D'autres facteurs davantage liés à des caractéristiques organisationnelles, à des modalités de gestion, de même qu'à des modes de pratique professionnelle pourraient aussi expliquer les différences observées dans l'utilisation des ressources et des services intensifs à domicile.

### **Caractéristiques organisationnelles et modalités de gestion**

Les données du tableau 15 montrent que les heures/services directs dispensés dans chacune des régions varient selon les périodes administratives. Dans la région de Montréal, le nombre moyen d'heures/services par semaine augmente avec l'avancement de l'année financière, alors qu'il diminue dans les deux autres régions. Ces variations interrégionales peuvent mettre

en évidence l'influence de certaines caractéristiques organisationnelles, ou de certaines modalités de gestion, sur l'utilisation des services.

**TABLEAU 15: NOMBRE MOYEN D'HEURES/SERVICES PAR SEMAINE SELON LES PÉRIODES ADMINISTRATIVES ET LA RÉGION**

PÉRIODES ADMINISTRATIVES (1989)	MONTRÉAL Nb heures	QUÉBEC Nb heures	MONTÉRÉGIE Nb heures	TOTAL
4-5-6 (18/06 AU 09/09)	12.1	17.4	23.1	17.2
7-8 (10/09 AU 04/11)	12.9	15.6	22.5	17.0
9-10 (05/11 AU 30/12)	14.4	14.1	21.9	17.1

Dans la région de Montréal, la gestion des admissions et des ressources de SIMAD est décentralisée dans les CLSC depuis plusieurs années. Dans la Montérégie, la gestion de SIMAD est centralisée au CRSSS et dans la région de Québec, le processus de décentralisation du CRSSS vers les CLSC a débuté en 1989. Ces modes d'organisation différents semblent aller de pair avec des philosophies et des pratiques de gestion des ressources du programme SIMAD qui sont aussi différentes. Des entrevues réalisées dans la région de Montréal ont permis de mettre en évidence que plusieurs CLSC tentent de «gérer la rareté des ressources de façon à s'assurer d'une disponibilité suffisante pour répondre, au moins de façon minimale, aux besoins des clientèles tout au long de l'année financière». À cette fin, la majorité des CLSC rencontrés, «préfèrent donner moins de services au début de l'année financière et plus vers la fin, si c'est nécessaire et que les budgets le permettent», d'autant plus qu'on reconnaît qu'il «est plus facile d'augmenter les services que de les diminuer lorsqu'ils ont déjà été autorisés». D'après les informations obtenues par entrevues, ces choix visent à éviter de créer des listes d'attente pour les services intensifs à domicile ou de devoir procéder à des coupures de services chez les bénéficiaires déjà admis sur SIMAD, dans un contexte de relative rareté des ressources.

Dans la région de Québec, les centres locaux de services communautaires de l'étude procèdent différemment pour gérer les ressources disponibles. Selon les informations recueillies

par entrevues, il semble que certains CLSC préfèrent «donner plus de services et répondre ainsi plus complètement aux demandes de la clientèle», quitte à devoir, en cours d'année, «restreindre l'accès des services pour de nouvelles admissions, lorsque les ressources sont épuisées» ou, encore, «accepter de créer un déficit pour le programme SIMAD». Par ailleurs, un des CLSC de cette région présente une philosophie de gestion plus comparable à celle décrite pour les CLSC de Montréal. Ce CLSC est aussi plus comparable aux CLSC de Montréal qu'à ceux de sa région, lorsqu'on compare les moyennes d'heures/services accordées par bénéficiaire (environ 12 heures par semaine).

Dans la Montérégie, comme la gestion des budgets alloués pour SIMAD et celle des admissions au programme sont centralisées au niveau régional, la quantité de ressources dont disposent les CLSC de la Montérégie dépend à la fois de leur capacité de faire admettre des bénéficiaires dans ce programme et du nombre d'heures/services obtenues pour chacun des cas jugés admissibles par le CRSSS. Or, ces ressources centralisées au CRSSS sont davantage disponibles en début d'année financière et les expériences des années antérieures ont montré, qu'avec l'avancement de l'année budgétaire, l'épuisement des ressources disponibles s'accompagnait souvent de la réduction du nombre d'heures/services accordées par cas ou, encore, de l'arrêt provisoire de nouvelles admissions. Selon les informations obtenues par entrevues, il semble que ces situations soient des incitatifs pour les CLSC à faire admettre le plus de bénéficiaires possible au début de l'année financière et à obtenir le plus d'heures/services possible par client, de façon à pouvoir disposer de certaines des ressources régionales disponibles pour le programme SIMAD.

Les caractéristiques organisationnelles et les modalités de gestion peuvent influencer non seulement la quantité de services dispensés, mais aussi la nature des services utilisés pour répondre aux besoins des clientèles bénéficiaires, particulièrement le recours aux services de gardiennage. Ainsi, afin de pouvoir répondre au moins de façon minimale à toutes les demandes des clientèles admissibles à SIMAD, plutôt que d'offrir une gamme plus étendue de services à

---

moins de bénéficiaires, les CLSC de la région de Montréal ont choisi de ne plus dispenser de services de gardiennage jugés moins prioritaires que ceux de soutien et d'assistance (soins d'hygiène, préparation des repas). Ces services de gardiennage, de même que ceux d'aide pour de l'entretien ménager, sont donc, soit dispensés par des ressources privées et défrayés par le bénéficiaire ou sa famille, soit assurés par les ressources communautaires ou par l'entourage, lorsqu'ils sont nécessaires pour le maintien à domicile des bénéficiaires. Inversement, dans la région de la Montérégie, l'utilisation des services de gardiennage est importante. Ces services de gardiennage sont assurés quelquefois par le personnel du CLSC et, plus généralement, défrayés par des formules d'allocation directe au bénéficiaire, et rendus par des proches ou d'autres personnes rémunérées à cette fin. La famille ou le bénéficiaire pourront aussi être mis à contribution dans la dispensation ou le paiement de certains services privés, lorsque c'est possible et nécessaire, compte tenu des coûts encourus par le CLSC et des revenus du bénéficiaire. Cette utilisation différente des services de gardiennage peut s'expliquer en partie par la rareté des ressources d'aide privées susceptibles de pouvoir offrir ces services dans la Montérégie. Il semble aussi qu'une attitude différente des gestionnaires et des intervenants, en regard du recours à la formule d'allocation directe au bénéficiaire, pourrait expliquer ces choix régionaux. Certains des avantages ou des inconvénients de cette formule de dispensation de services seront discutés ultérieurement.

Le désir d'augmenter la disponibilité et l'accessibilité des ressources de SIMAD pour les bénéficiaires peut aussi expliquer une utilisation plus importante des services de gardiennage dans la Montérégie. Les entrevues réalisées dans les CLSC ont permis de constater que, pour augmenter la disponibilité des heures/services accordées par le Conseil régional, les intervenants justifient, dans plusieurs cas, des besoins importants de services de gardiennage moins dispendieux que ceux de soutien et d'assistance. Dans cette région, l'établissement d'un coût

---

maximum pour les services, dont peut bénéficier chaque client, peut être un incitatif pour des intervenants à utiliser davantage de services qui coûtent moins chers, comme ceux de gardiennage, pour pouvoir assurer une disponibilité maximale d'heures/services à leurs clients, sans dépasser la limite permise des coûts.

### **Les pratiques professionnelles**

Certaines différences dans les approches et les pratiques professionnelles pourraient aussi expliquer une partie des variations observées dans l'utilisation des services de SIMAD. De façon plus spécifique, des variations dans les pratiques d'évaluation des besoins, les philosophies d'interventions et, enfin, les approches professionnelles pourraient influencer l'utilisation des ressources et des services du programme SIMAD.

Les informations recueillies par entrevues ont permis de constater des variations importantes dans les modalités d'évaluation des besoins des bénéficiaires. Les outils d'évaluation varient selon les régions et même selon les CLSC. Même si, généralement, on favorise l'utilisation d'une version abrégée de l'outil CTMSP, on constate que, dans les faits, on utilise davantage des instruments d'évaluation adaptés, ou développés localement. Même lorsqu'un outil standard comme la CTMSP est utilisé régionalement, il peut y avoir des variations importantes dans les évaluations de besoins produites à l'aide de cet instrument. Ainsi, il semble y avoir des écarts qui peuvent être majeurs entre les résultats des évaluations faites en milieu hospitalier et celles faites après le retour à domicile. Le lieu même de l'évaluation pourrait peut-être influencer la «performance» des bénéficiaires mais, selon les informations recueillies, il semble que des différences dans les formations, les approches et les objectifs des professionnels seraient davantage des facteurs explicatifs. Selon les intervenants des CLSC, les professionnels qui font les évaluations en milieu hospitalier (souvent le personnel infirmier) peuvent surestimer ou sous-estimer les besoins, soit par une connaissance inadéquate des ressources du milieu familial et de

---

la problématique du maintien à domicile, soit pour s'assurer de l'acceptation du retour rapide à domicile par le bénéficiaire (en promettant plus de services à domicile) ou par le CLSC (en sous-estimant les heures/services requises). Du point de vue des intervenants des hôpitaux de soins de courte durée, les CLSC tendent plutôt à sous-estimer les besoins de soins infirmiers lors du retour à domicile et à surestimer d'autres types de besoins. Ces variations relatives au choix et à l'application des outils d'évaluation pourraient expliquer des différences dans l'appréciation des besoins des bénéficiaires, puis dans la réponse à ces besoins identifiés.

Les philosophies d'interventions pourraient aussi expliquer une partie des variations observées dans l'évaluation des besoins et dans la prescription de services. Ainsi, certains CLSC ou certains intervenants considèrent davantage les «capacités» et la «responsabilité» du bénéficiaire, de la famille et de la communauté dans le processus de réponse aux besoins qui seront identifiés. Ils se définissent davantage en «complémentarité» avec les ressources du milieu, qui sont considérées comme des partenaires essentiels pour le maintien à domicile. D'autres CLSC se voient davantage comme étant les seuls responsables de la réponse à l'ensemble des besoins du bénéficiaire. Ils assurent la prise en charge des services requis et se définissent comme les dispensateurs plutôt que comme les gestionnaires de la dispensation des services qui peuvent provenir de la famille, de la communauté, du CLSC ou d'autres ressources. Ces philosophies d'intervention sont susceptibles de donner lieu à une utilisation différente des ressources familiales, communautaires ou des programmes d'aide et de soins à domicile, pour répondre aux besoins des clientèles.

Les données recueillies par entrevues semblent montrer que les CLSC qui ont une tradition et une orientation plus «communautaires» dispensent moins d'heures/services que ceux qui sont plus récents et qui se définissent d'abord comme des établissements ayant une vocation plus «clinique». Ainsi, les trois CLSC de la région de Montréal qui se sont définis d'abord par leur approche communautaire donnent en moyenne moins d'heures/services (de 6,4 à 10,6 heures)

---

que ceux qui se sont décrits davantage comme des établissements de services cliniques (de 14,3 à 17,8 heures). Particulièrement, le CLSC de cette région qui donne le moins d'heures/services (6,4 heures par semaine) est un CLSC de première génération, dont la vocation communautaire est reconnue, et qui mise sur le développement de pratiques alternatives, de même que sur la collaboration du milieu pour répondre aux besoins de la clientèle. Le CLSC qui donne le plus d'heures/services (17,8 heures) est un CLSC plus récent, qui se définit davantage comme une "polyclinique" et qui favorise une accessibilité plus grande à des services cliniques. Les données recueillies dans la région de Québec vont aussi dans le sens de cette hypothèse. Un des quatre CLSC étudiés, qui se caractérise davantage par sa tradition et son approche communautaire, donne en moyenne moins d'heures/services (12 heures) que les trois autres CLSC qui n'ont pas le même type de pratique (entre 16 et 18 heures). Dans la Montérégie, les données de l'étude n'ont pas permis de montrer de relation claire entre le type d'approche (communautaire ou clinique) que caractérise les CLSC et l'utilisation qui est faite des services. Dans cette région, les caractéristiques des CLSC sont, toutefois, moins susceptibles d'influencer l'utilisation des services, puisque la gestion des ressources et celle des admissions au programme sont centralisées au niveau régional. Si les CLSC peuvent globalement influencer certaines décisions ou certains choix régionaux, ils sont, par la suite, liés par ces décisions et ont peu de contrôle, localement, sur la gestion du programme.

### 3. CONCLUSION

En conclusion, les données recueillies dans cette évaluation permettent de penser que les variations inter et intrarégionales, en regard de l'utilisation des ressources et des services de SIMAD, s'expliquent davantage par des facteurs comme des caractéristiques organisationnelles, des modalités de gestion du programme, de même que par des approches et des pratiques

---

professionnelles, plutôt que par des caractéristiques de la clientèle bénéficiaire de ce programme. Si cette étude permet d'illustrer comment ces différents facteurs peuvent influencer l'utilisation qui est faite des ressources et des services, elle ne permet pas, cependant, de quantifier l'importance relative de chacun de ces facteurs explicatifs.

S'il existe des différences importantes dans l'utilisation des services, les données montrent, par contre, qu'il semble possible de maintenir à domicile des personnes âgées, vivant seules, ayant des problèmes de santé importants, ou des pertes d'autonomie sévères, avec relativement peu d'heures/services et à peu de frais. À cette fin, les CRSSS, et surtout les CLSC, doivent cependant recourir à diverses stratégies pour pouvoir répondre aux besoins de ces clientèles avec les ressources disponibles. Les gestionnaires et les intervenants sont, en ce sens, souvent confrontés à des décisions difficiles à prendre quant aux clientèles à privilégier et aux besoins à satisfaire. Ces choix seraient probablement moins «douloureux» dans un contexte de plus grande disponibilité de ressources pour les personnes en perte d'autonomie à domicile, d'autant plus que les effets de ces décisions sur le bien-être des clientèles et sur leur réseau d'aide sont encore mal connus. Il apparaît, en effet, difficile de conclure sur le bien-fondé de donner plus de services à moins de bénéficiaires ou moins de services à plus de personnes. Les données de cette étude mettent plutôt en évidence la multiplicité des approches et des solutions pour essayer de répondre aux besoins de la clientèle, avec des ressources limitées et dans des contextes différents. Il va de soi que dans d'autres contextes et avec une disponibilité plus grande de ressources, les stratégies des gestionnaires et des intervenants pour répondre aux besoins de la clientèle en perte d'autonomie à domicile pourraient être différentes.

---

## RÉSUMÉ

- Dans la population de l'étude, le nombre d'heures/services directs reçues par les bénéficiaires de SIMAD varie selon les régions. Ainsi, les bénéficiaires de la région de Montréal ont reçu en moyenne 12 heures/services directs par semaine, ceux de la région de Québec 16,1 heures/services et ceux de la Montérégie, 22,6 heures.
- Au total, 87% des heures/services dispensées le sont pour des services non spécialisés de soutien, d'assistance ou de gardiennage (de 75% à 96% selon les régions). La région de Québec donne plus de soins infirmiers et de services spécialisés (réadaptation, services psychosociaux) que les autres régions (25% comparativement à 8% et 4%), alors que la Montérégie utilise davantage les services de gardiennage (59%) que Québec (15%) ou Montréal (7%).
- Les coûts des services directs varient aussi selon les régions. Le coût moyen des services directs par bénéficiaire est de 157,80 \$ par semaine (8 200,00 \$/an) dans la région de Montréal, 227,40 \$ dans la région de Québec (11 825,00 \$/an) et 195,00 \$ par semaine dans la Montérégie (10 140,00 \$/an). Il s'agit d'un coût moyen estimé qui ne peut que surestimer les coûts réels des services directs par bénéficiaire.
- Les variations observées s'expliquent difficilement par des caractéristiques de la clientèle. Des facteurs tels que les caractéristiques organisationnelles, les modalités de gestion et les pratiques professionnelles pourraient davantage expliquer ces différences.
- Les données recueillies permettent d'observer la diversité des approches relatives à l'utilisation des services et à la recherche d'alternatives ou de solutions originales pour répondre aux besoins de la clientèle, dans des contextes différents, avec des ressources limitées. La réponse à ces besoins dans un contexte de relative rareté des ressources nécessite, cependant, des choix parfois «douloureux» en regard des clientèles et des services à prioriser et les conséquences de ces choix sont encore mal connues.

## **CHAPITRE 6**

### **LES EFFETS DES SERVICES INTENSIFS D'AIDE ET DE SOINS À DOMICILE**

---

Les chapitres précédents ont permis de mettre en évidence certaines différences régionales en regard des contextes d'implantation et de la traduction opérationnelle de SIMAD, des caractéristiques des populations bénéficiaires et, enfin, de l'utilisation des ressources et des services pour répondre aux besoins des clientèles. Dans ce chapitre, il s'agira d'identifier et de décrire certains effets potentiels ou immédiatement observables de SIMAD, compte tenu de la nature des objectifs poursuivis et des conditions qui apparaissent nécessaires pour les atteindre. De façon plus particulière, ce chapitre présente certains effets de SIMAD sur l'acceptabilité du maintien à domicile de personnes ayant des pertes d'autonomie sévères, sur l'accessibilité aux ressources d'aide et de soins à domicile, sur l'utilisation des ressources hospitalières de soins de courte durée et sur l'utilisation des ressources d'hébergement.

#### **1. L'ACCEPTABILITÉ DU MAINTIEN À DOMICILE**

Les données recueillies par entrevues permettent de constater que, de façon générale, SIMAD augmente l'acceptabilité du maintien à domicile de personnes en perte d'autonomie sévère. Le maintien à domicile devient une solution de plus en plus acceptable pour ces bénéficiaires et pour leur famille, de même que pour les intervenants des différents établissements du «réseau». Dans tous les milieux, on constate que le réflexe de recourir à l'hébergement est moins fréquent et qu'il y a une augmentation du seuil de «tolérance» au maintien à domicile. De plus en plus d'intervenants parlent de l'hébergement comme étant une alternative au maintien à domicile, plutôt que du maintien à domicile comme une alternative à l'hébergement. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces changements dans la conception et les pratiques du maintien à domicile.

---

Le fait d'affecter des budgets protégés au maintien à domicile de personnes en perte d'autonomie sévère, ayant des besoins de services intensifs (plus de 5 heures), a favorisé et, dans certains cas, a forcé le «virage» du maintien à domicile. En effet, les régions et les CLSC concernés ont dû privilégier des clientèles ayant des besoins de services plus importants pour pouvoir accéder aux nouvelles ressources rendues disponibles pour le maintien à domicile. Dans certains milieux, comme les CLSC de la région de Montréal, il s'agissait davantage de renforcer une réorientation déjà en cours, avec l'expérimentation d'un programme comparable («cas lourds»). Dans la majorité des milieux, SIMAD a plutôt été l'occasion d'expérimenter et de faire la preuve de la faisabilité du maintien à domicile de personnes en perte d'autonomie sévère. Cette démonstration, cas par cas, a favorisé des changements dans les pratiques des intervenants. Le recours à l'hébergement devient de plus en plus une alternative de dernier recours, lorsque le maintien à domicile n'est plus possible ou n'est plus souhaité par le bénéficiaire. Les intervenants constatent, de la même façon, qu'il y a relativement peu de limites au maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie sévère, lorsqu'on assure une disponibilité suffisante de services de soins et d'aide à domicile.

L'implantation de SIMAD comme une des mesures susceptibles de contribuer au désengorgement des urgences est aussi un facteur qui a favorisé l'acceptabilité du maintien à domicile. En effet, cette association de SIMAD à un problème de pointe, comme celui de l'engorgement des urgences, a augmenté de façon importante la visibilité du maintien à domicile, particulièrement auprès des professionnels des hôpitaux de soins de courte durée. Si, dans un premier temps, SIMAD a pu être perçu dans certains milieux hospitaliers comme une opportunité pour libérer des lits de courte durée occupés par des personnes âgées, cette utilisation de SIMAD a quand même favorisé l'établissement de nouvelles formes de collaboration entre les hôpitaux de courte durée et les CLSC. Les CLSC ont eu l'occasion de faire la preuve qu'il était possible et faisable de garder ou de retourner à domicile des personnes qu'on jugeait, auparavant, inaptes à le faire, et de la nécessité d'établir, à cette fin, des collaborations étroites avec les CHSCD.

---

Toutefois, l'association de SIMAD aux mesures de désengorgement des urgences n'a pas que des effets positifs sur le développement des collaborations entre les CHSCD et les CLSC, dans une perspective de maintien à domicile. Cette association peut aussi poser certaines difficultés qui seront discutées dans la section sur l'utilisation des ressources hospitalières. Enfin, l'augmentation de la disponibilité de services intensifs pour de l'aide et des soins à domicile a aussi contribué, selon les intervenants et les gestionnaires rencontrés, à rendre le maintien à domicile plus acceptable pour les bénéficiaires et leurs proches, qui peuvent maintenant choisir de vieillir ou de mourir à domicile.

## **2. L'ACCESSIBILITÉ AUX RESSOURCES D'AIDE ET DE SOINS**

Cette augmentation de l'acceptabilité du maintien à domicile se traduit concrètement par l'admission de personnes ayant des pertes d'autonomie de plus en plus sévères dans les programmes réguliers ou intensifs d'aide et de soins à domicile. Comme les ressources disponibles sont limitées et que les besoins de services sont de plus en plus importants, cette situation peut amener, à plus ou moins long terme, un engorgement ou une saturation de ces programmes. Or, l'accessibilité aux ressources de soins et d'aide à domicile est une condition nécessaire pour pouvoir répondre aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie sévère et atteindre les objectifs visés par SIMAD, comme s'assurer d'une utilisation plus adéquate des ressources hospitalières et d'hébergement pour cette clientèle. Dans cette section, il s'agira donc de décrire les effets de SIMAD sur l'accessibilité aux ressources à domicile et sur la capacité de répondre aux besoins de la clientèle visée. De façon plus particulière, il s'agira de vérifier la capacité d'admission de nouveaux bénéficiaires dans le programme, la capacité de répondre à différents types de besoins et la capacité de fournir les services requis.

---

### Capacité d'admettre de nouveaux bénéficiaires

Les données sur les admissions et les fermetures de dossiers peuvent être utiles pour discuter de l'accessibilité aux ressources à domicile pour de nouveaux bénéficiaires. Les tableaux 16 et 17 permettent d'observer que, dans la région de Montréal, 50,3% des personnes qui ont bénéficié au moins une fois de SIMAD, entre juin et décembre 1989, étaient des cas nouvellement admis dans le programme et que, durant cette période, il y a eu autant de fermetures de dossiers que d'admissions. Dans la région de Québec, 67,5% des bénéficiaires de SIMAD échantillonnés pour l'étude étaient des nouveaux cas et 57,1% des dossiers actifs ont été fermés. Il y a donc eu, dans cette région, plus d'ouvertures que de fermetures de dossiers. Dans la Montérégie, 28,6% des bénéficiaires étaient des sujets nouvellement admis dans le programme et 32,0% des bénéficiaires n'étaient plus actifs à la fin de la période d'observation.

**TABLEAU 16: DISTRIBUTION SELON LA DATE D'ADMISSION ET LA RÉGION**

Date d'admission	Montréal		Québec		Montérégie		Total	
	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%
Avant le 18-06-89	93	(49.7)	53	(32.5)	105	(71.4)	251	(50.5)
Après le 18-06-89	94	(50.3)	110	(67.5)	42	(28.6)	146	(49.5)
<b>TOTAL</b>	<b>187</b>	<b>(100.0)</b>	<b>163</b>	<b>(100.0)</b>	<b>147</b>	<b>(100.0)</b>	<b>497</b>	<b>(100.0)</b>

$$\chi^2 2dL = 46,892 : P < 0,000$$

**TABLEAU 17: DISTRIBUTION SELON LE STATUT D'ACTIVITÉ AU 31-12-89 ET LA RÉGION**

Statut d'activité au 31-12-89	Montréal		Québec		Montérégie		Total	
	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%
Cas actifs	94	(50.3)	70	(42.9)	100	(68.0)	264	(53.1)
Cas fermés	93	(49.7)	93	(57.1)	47	(32.0)	233	(46.9)
<b>TOTAL</b>	<b>187</b>	<b>(100.0)</b>	<b>163</b>	<b>(100.0)</b>	<b>147</b>	<b>(100.0)</b>	<b>497</b>	<b>(100.0)</b>

$$\chi^2 2dL = 20,51 : P = 0,000$$

Les mouvements de la clientèle sont donc plus importants dans les régions de Québec et de Montréal que dans celle de la Montérégie. De plus, dans la Montérégie, les fermetures de dossiers sont plus fréquentes chez les nouveaux bénéficiaires, admis entre juin et décembre 1989, et sont plus rares parmi les cas admis avant cette période. Ainsi, seulement 24% des sujets admis avant juin '89 ont quitté le programme dans la Montérégie, comparativement à 43% dans les deux autres régions (annexe D: tableau 17). Il y a donc, dans la Montérégie, peu d'admissions de nouveaux cas depuis juin 1989 et peu de fermetures de dossiers parmi l'ensemble des bénéficiaires admis avant cette date.

Selon les données de l'étude, l'accessibilité du programme SIMAD pour de nouveaux cas apparaît être plus grande dans les régions de Québec et de Montréal, alors qu'elle semble plus réduite dans la région de la Montérégie. Ces différences dans les mouvements de clientèles et dans l'accessibilité au programme peuvent s'expliquer en partie par l'évolution et les modalités de gestion de SIMAD. Ainsi, dans la région de Montréal, les objectifs et les critères d'admission étaient déjà relativement clairs dès l'implantation de SIMAD. Avec l'expérience de «cas lourds», les CLSC étaient préparés à gérer SIMAD comme une mesure de maintien à domicile, complémentaire aux services réguliers déjà en place. Dans ce contexte, la décentralisation de SIMAD dans les CLSC pouvait constituer un incitatif à assurer une circulation relativement importante des clientèles, afin d'éviter un engorgement de ce programme ou des programmes de services réguliers à domicile. En effet, les personnes qui n'auront pas accès à SIMAD seront, dans plusieurs cas, prises en charge par les programmes réguliers de maintien à domicile. L'accessibilité aux services intensifs à domicile doit donc être relativement importante pour éviter un engorgement des services réguliers à domicile. La capacité d'admission de SIMAD est, toutefois, de plus en plus difficile à maintenir, selon les informations obtenues par entrevue auprès des gestionnaires et des intervenants de ces CLSC. En effet, les bénéficiaires de SIMAD sont surtout des personnes âgées en perte d'autonomie sévère, ayant des besoins de services à long terme. Ces besoins deviennent, avec le temps, de plus en plus importants et réduisent par

le fait même l'accessibilité au programme pour de nouveaux cas. Dans cette région, le maintien à domicile de ces personnes en perte d'autonomie sévère n'est cependant pas remis en question («c'est un choix individuel et social»); les questionnements portent plutôt sur les façons les plus adéquates de gérer les ressources pour préserver l'accessibilité aux services à domicile pour les clientèles -cibles.

Dans la région de Québec, les clientèles en provenance des hôpitaux ont été jugées prioritaires jusqu'à l'automne 1988. Par la suite, la décentralisation de SIMAD dans les CLSC et la distinction de deux sous-programmes, SIMAD 1 (court terme) et SIMAD 2 (long terme), indépendamment des lieux de provenance, avait comme objectif d'augmenter l'accessibilité au programme pour des personnes en perte d'autonomie sévère maintenues à domicile. Ces personnes accaparaient de plus en plus les ressources des programmes réguliers de maintien à domicile et avaient, jusqu'alors, un accès limité aux services intensifs de SIMAD, sauf si elles étaient référées par l'hôpital. Cette modification récente du programme permet aux CLSC de cette région d'admettre plus de clientèles en perte d'autonomie sévère à domicile, ce qui pourrait expliquer l'apparente croissance du programme depuis cette période. Par ailleurs, la distinction entre SIMAD 1 et SIMAD 2 constitue une sorte de rappel ou d'incitatif à continuer d'admettre des cas de courte durée, qui proviennent en grande partie d'hôpitaux. On a donc, dans cette région, augmenté l'accessibilité au programme pour des personnes en perte d'autonomie sévère à domicile, tout en préservant l'accessibilité pour des cas ayant des besoins à plus court terme, comme les clientèles en post-hospitalisation.

Dans la Montérégie, la priorité accordée aux clientèles en provenance des hôpitaux de courte durée, particulièrement celles en phase préterminale ou terminale, de même que la centralisation régionale de la gestion des ressources et des admissions peuvent être des incitatifs, pour les CLSC, à garder actifs sur de longues périodes des sujets en perte d'autonomie sévère à domicile. Plusieurs de ces sujets ont été admis au début de SIMAD, lorsque les critères

---

d'admission étaient moins stricts et que les références des hôpitaux étaient plus rares. La fermeture des dossiers de ces bénéficiaires pourrait signifier, pour certains CLSC, une perte de ressources acquises, utiles pour le maintien à domicile des clientèles qui ne répondent pas aux critères d'admissibilité régionaux. En effet, les ressources qui sont rendues disponibles lors de la fermeture de dossiers ne demeurent pas dans les CLSC. Elles sont plutôt «retournées» au niveau régional et utilisées pour admettre de nouveaux cas en provenance des hôpitaux et jugés prioritaires par le CRSSS. Les CLSC de cette région, particulièrement ceux qui ne sont pas situés sur le territoire d'hôpitaux prioritaires et qui ont moins d'accès aux services intensifs, ont aussi peu d'intérêts à fermer rapidement les dossiers de personnes déjà admises à SIMAD, qui sans ces ressources, devraient être desservies par les programmes réguliers de maintien à domicile. La non-disponibilité des ressources SIMAD pour les personnes en perte d'autonomie sévère à domicile, qui ne sont pas en phase terminale et ne proviennent pas d'hôpitaux, pourrait donc expliquer en partie le faible roulement des bénéficiaires dans ce programme.

En somme, les effets de SIMAD sur l'accessibilité aux ressources d'aide et de soins à domicile pour de nouveaux bénéficiaires varie selon les régions. La capacité d'admettre de nouveaux sujets apparaît plus faible dans la région de la Montérégie que dans les régions de Québec et de Montréal. Des facteurs tels que l'évolution du programme, les modalités de gestion des ressources et des services pourraient expliquer en partie les différences régionales qui sont observées.

### **Capacité de répondre à des besoins différents**

Les données sur l'utilisation des ressources et des services présentées dans le chapitre précédent, ont déjà montré que les motifs d'admission des sujets admis après juin 1989 varient de façon importante selon les régions. La capacité de SIMAD de répondre à différents types de besoins est donc aussi susceptible de varier selon les régions. Il est, de plus, probable que le fait

---

de répondre à certains besoins diminue l'accessibilité aux ressources pour répondre à d'autres types de besoins.

Dans la région de Montréal, les ressources sont davantage utilisées pour des personnes âgées en perte d'autonomie sévère admises pour du maintien à domicile à long terme. Comme les besoins des personnes admises pour du maintien à domicile sont susceptibles d'augmenter avec le temps, la réponse à ces besoins peut nécessiter de plus en plus de ressources, sur de longues périodes, ce qui réduit d'autant la capacité du programme de répondre à d'autres types de besoins. L'ensemble des gestionnaires et des intervenants rencontrés dans les CLSC de cette région soulignent cet «alourdissement» des clientèles admises dans SIMAD et les répercussions sur la disponibilité des ressources. Actuellement, les ressources sont davantage disponibles et accessibles pour des sujets ayant des pertes d'autonomie très sévères alors que celles qui ont des pertes d'autonomie moins sévères, mais quand même trop importantes pour le programme régulier de maintien à domicile, ont moins facilement accès à SIMAD. Les CLSC refusent, toutefois, de créer des listes d'attentes pour SIMAD et répondent, du moins sur une base minimale, aux besoins de cette clientèle «potentielle» à même les ressources du maintien à domicile régulier. Ils réduisent ainsi la disponibilité des ressources pour la clientèle des services réguliers à domicile. Cette augmentation des besoins de la clientèle et la gestion séparée des programmes réguliers et intensifs de maintien à domicile favorisent, en ce sens, l'émergence d'une clientèle dite «entre deux» qui n'a pas accès à SIMAD et qui bénéficie de certains services réguliers, probablement insuffisants pour répondre à leurs besoins. Les ressources sont donc disponibles et accessibles pour des cas de plus en plus sévères, au détriment des personnes ayant des pertes d'autonomie importantes mais moins sévères. Celles-ci sont «refoulées» vers les services réguliers à domicile, ce qui diminue d'autant la disponibilité de ces ressources pour des clientèles qui auraient besoin de services plus légers, pour prévenir ou ralentir le processus de perte d'autonomie.

---

Depuis la distinction entre SIMAD 1 et SIMAD 2, la région de Québec est relativement comparable à celle de Montréal, en regard de l'admission des clientèles en perte d'autonomie sévère, ayant besoin de services intensifs pour être maintenues à domicile à long terme. Il y a, cependant, plus de personnes admises en post-hospitalisation dans la région de Québec. Les problèmes sont donc relativement comparables en ce qui concerne l'alourdissement des clientèles, l'engorgement du programme et les effets sur la disponibilité des ressources régulières de maintien à domicile pour des fins de prévention de pertes d'autonomie plus sévères.

La situation est un peu différente dans la région de la Montérégie. De juin à décembre 1989, 95% des personnes admises dans SIMAD étaient en phase préterminale ou terminale et la majorité provenaient des hôpitaux de courte durée. Les ressources de SIMAD sont donc peu accessibles pour des clientèles présentant d'autres types de besoins. D'une part, l'accessibilité aux services intensifs à domicile pour répondre aux besoins des personnes en phase terminale est plus importante dans cette région, d'autre part, les personnes en perte d'autonomie sévère à domicile, ayant des besoins de services en vue d'un maintien à domicile à long terme, n'ont à peu près plus accès au programme. Elles sont mises «en attente de services» et les CLSC donnent un minimum de services, lorsque c'est possible, à même les ressources du programme régulier d'aide et de soins à domicile. Le problème de l'engorgement des programmes réguliers de maintien à domicile par des personnes en perte d'autonomie sévère semble donc tout aussi important dans la région de la Montérégie que dans les deux autres régions, mais pour des raisons différentes.

### **Capacité de dispenser les services requis**

Les données du chapitre précédent ont aussi montré des différences régionales importantes en regard de la nature et de la quantité des services utilisés. Ainsi, dans la région de Montréal, les bénéficiaires reçoivent moins d'heures/services par semaine que dans les deux autres régions.

---

L'information découlant des entrevues laisse croire que les CLSC de la région de Montréal choisissent de restreindre l'accessibilité aux services SIMAD (donner moins de services) pour pouvoir augmenter l'accessibilité aux clientèles (en donner à plus de gens), en utilisant davantage les ressources familiales et communautaires disponibles. Les services qui sont dispensés par les CLSC étudiés dans cette région sont surtout des services non spécialisés de soutien ou d'assistance. Dans la région de Québec, il y a une plus grande accessibilité aux ressources de soins infirmiers et à d'autres ressources spécialisées (pour de la réadaptation ou des services psychosociaux) que dans les deux autres régions. Cette plus grande disponibilité de services spécialisés peut permettre de répondre à un plus grand éventail de besoins de la clientèle. Par ailleurs, cette plus grande utilisation de services spécialisés, plus dispendieux, augmente aussi le coût moyen des services par client et diminue, par le fait même, le nombre total de personnes susceptibles de bénéficier du programme SIMAD. Dans la Montérégie, il y a une plus grande utilisation de services de gardiennage que dans les autres régions. Ces services coûtent moins cher, ce qui permet d'augmenter le nombre moyen d'heures/services dispensés aux bénéficiaires. L'accessibilité, en termes de quantité d'heures/services par client, semble donc plus grande dans cette région. En général, dans les trois régions, la disponibilité des services spécialisés de réadaptation et de suivi psychosocial dans le programme SIMAD est faible. Compte tenu des caractéristiques des bénéficiaires, ces services pourraient être requis par les bénéficiaires mais ils sont peu utilisés, en partie parce qu'ils sont plus coûteux et que leur utilisation réduirait l'accessibilité générale à SIMAD. Les données recueillies dans cette étude ne permettent pas, par ailleurs, de discuter de l'utilisation qui est faite d'autres ressources, comme celles des centres de jour ou des hôpitaux de jour, pour répondre à ces besoins de services plus spécialisés des personnes en perte d'autonomie sévère à domicile.

En conclusion, l'accessibilité aux services intensifs de maintien à domicile varie selon les régions, lorsqu'on considère la capacité d'admettre de nouveaux cas, de répondre à divers ordres de besoins et de dispenser différents types de services requis. Les résultats de l'évaluation ne

permettent pas, cependant, de vérifier les effets sur les clientèles bénéficiaires et de discuter, par exemple, de la pertinence d'augmenter la disponibilité des services pour un groupe plus spécifique de clientèle ou d'assurer une accessibilité minimale à plus de bénéficiaires. Il apparaît clairement, toutefois, que les décisions relatives à la gestion des ressources de SIMAD sont susceptibles d'avoir des effets sur l'accessibilité et la disponibilité des ressources des programmes réguliers de maintien à domicile. En ce sens, la gestion séparée de ces deux programmes apparaît presque artificielle puisque, dans les faits, il s'agit davantage de "vases communicants" où circulent des clientèles de plus en plus comparables avec le temps.

### 3. L'UTILISATION DES RESSOURCES HOSPITALIÈRES

À partir des données obtenues de l'étude des caractéristiques des bénéficiaires et des services et de celles obtenues par entrevues auprès des gestionnaires et des intervenants, il est possible de discuter des effets de SIMAD sur l'utilisation des ressources hospitalières. Nous verrons comment et à quelles conditions SIMAD peut contribuer au désengorgement des lits de courte durée et, de façon plus générale, comment ce programme peut favoriser une utilisation plus adéquate des ressources hospitalières, de même que l'établissement de collaborations entre les CLSC et les CHSCD, en vue du maintien à domicile de personnes en perte d'autonomie sévère.

#### **Engorgement ou désengorgement des lits de courte durée.**

Les données recueillies sur les lieux de provenance et les motifs d'admission des clientèles semblent supporter l'hypothèse que le fait de donner la priorité aux personnes qui proviennent des hôpitaux de soins de courte durée peut constituer un incitatif à recourir à l'hospitalisation pour avoir accès au programme SIMAD. Les données présentées au tableau 18 révèlent, dans un premier temps, qu'il y a des variations importantes dans les lieux de provenance

---

des bénéficiaires du programme. Dans la Montérégie, qui accepte principalement les personnes en provenance des hôpitaux (particulièrement celles en phase terminale depuis l'été 1989), près de 80% des bénéficiaires ont été référés directement par les milieux hospitaliers. Dans la région de Québec, qui a accepté prioritairement les sujets en provenance des hôpitaux jusqu'au moment de la décentralisation vers les CLSC, 56% des bénéficiaires proviennent des CHSCD. La proportion de sujets en provenance des hôpitaux est plus faible dans la région de Montréal (33%). Cette région n'a, par ailleurs, jamais identifié le lieu de provenance de la clientèle comme un critère d'admissibilité au programme. Une analyse plus détaillée des lieux de provenance, selon les différents motifs d'admission des bénéficiaires, montre que la proportion de sujets en provenance de l'hôpital demeure plus élevée dans la Montérégie que dans les deux autres régions, pour les principaux motifs d'admission. Ainsi, dans la Montérégie, environ 90% des sujets en phase préterminale ou terminale proviennent des CHSCD, comparativement à environ 53% des bénéficiaires admis pour ce motif dans les deux autres régions. De même, 64% de ceux admis pour du maintien à domicile à long terme dans la Montérégie ont été référés par les hôpitaux alors que ces proportions sont de 23% et 42% dans les régions de Montréal et de Québec (annexe D: tableau 18).

**TABLEAU 18: DISTRIBUTION SELON LE LIEU DE PROVENANCE ET LA RÉGION**

Provenance	Montréal		Québec		Montérégie		Total*	
	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%
CHSCD	59	(33.1)	89	(56.0)	114	(78.1)	262	(54.2)
Domicile	119	(66.9)	70	(44.0)	32	(21.9)	221	(45.8)
<b>TOTAL*</b>	178	(100.0)	159	(100.0)	146	(100.0)	483	(100.0)

\* Autres provenances: 14 sujets  
 $\chi^2$  2dL = 65,54 < 0,000

Les informations obtenues par entrevues permettent de croire que ces différences régionales dans les lieux de provenance ne s'expliquent pas par des caractéristiques de la clientèle. Il ressort plutôt de ces entrevues que, lorsque des règles régionales déterminent l'accessibilité au programme en fonction du lieu de provenance, ici l'hôpital, il y a des avantages certains pour les bénéficiaires à transiter par ce lieu et pour les intervenants à initier une demande de services directement de l'hôpital. En ce sens, les critères d'admission peuvent devenir des incitatifs à recourir aux ressources hospitalières pour pouvoir accéder à SIMAD. L'hôpital devient en quelque sorte la porte d'entrée pour des services intensifs à domicile et les CLSC, qui sont des établissements de première ligne, deviennent la porte de sortie des hôpitaux pour ces clientèles.

Compte tenu que, dans les régions de Québec et de Montréal, les incitatifs à initier les demandes de services à partir de l'hôpital sont plus faibles, les données sur les lieux de provenance doivent être interprétées avec prudence. Dans ces régions, les données peuvent sous-estimer la proportion des personnes qui ont eu recours aux services hospitaliers avant de bénéficier de SIMAD. En effet, lorsque le lieu de provenance n'est pas un critère d'admissibilité au programme, les avantages à initier une demande de services à partir de l'hôpital peuvent apparaître moins importants. Dans ce cas, il semblerait plutôt que les pressions de l'hôpital pour libérer les lits de courte durée, d'une part, et les délais requis pour la planification des services intensifs d'aide et de soins à domicile, d'autre part, pourraient plutôt constituer des incitatifs pour les hôpitaux à retourner à domicile des personnes qui pourront par la suite initier une demande pour des services intensifs. Les entrevues réalisées avec les intervenants incitent à penser qu'il y a, en effet, plusieurs cas de retour prématuré ou mal planifié à domicile et que des demandes de services sont souvent acheminées au CLSC dans les jours ou les semaines qui suivent le congé de l'hôpital.

Il semble donc difficile, à partir des données sur les lieux de provenance, de juger de la contribution de SIMAD au désengorgement des hôpitaux dans chacune des régions. Il y aurait lieu de croire que dans plusieurs cas, SIMAD peut permettre de retourner à domicile des personnes en perte d'autonomie sévère, comme celles en attente d'hébergement ou en phase terminale qui sont hospitalisées. Ce programme pourrait permettre de libérer ainsi des lits de courte durée qui étaient utilisés pour compenser un manque de certaines ressources à domicile, de ressources d'hébergement ou de soins palliatifs. Par ailleurs, en privilégiant les personnes en provenance des hôpitaux, on peut obtenir des résultats contraires à ceux escomptés, si ce critère d'admission devient un incitatif à recourir aux services hospitaliers pour avoir accès aux services à domicile.

#### **Une utilisation plus adéquate des ressources hospitalières**

Lorsqu'il est question du maintien à domicile de personnes en perte d'autonomie sévère, il apparaît plus approprié, selon les informations obtenues par entrevues, de parler d'une utilisation plus adéquate des services hospitaliers de courte durée que d'une réduction du recours aux ressources hospitalières. En effet, les personnes en perte d'autonomie sévère maintenues à domicile sont susceptibles d'avoir besoin de soins de courte durée pour poursuivre leur vie à domicile et les collaborations entre les CHSCD et les programmes de maintien à domicile sont nécessaires. Il semble que l'objectif ne peut être d'éviter à tout prix le recours aux soins de courte durée mais, plutôt, de s'assurer que ces recours soient adéquats et planifiés dans une perspective de maintien à domicile.

Les informations recueillies permettent quand même de croire que, dans plusieurs cas, SIMAD peut éviter ou retarder certains recours inappropriés ou inadéquats à l'hôpital, en prévenant ou en solutionnant des situations de crise (éclatement du réseau de support, épisode aigu d'une maladie chronique). Ces services intensifs à domicile permettraient aussi de diminuer

---

les hospitalisations pour des personnes en attente d'hébergement ou en phase terminale ou, encore, de réduire les durées de séjour de personnes qui ont eu besoin de soins de courte durée et qui peuvent poursuivre leur convalescence à domicile (par exemple, après une opération). Enfin, en favorisant une meilleure planification des congés et en assurant une disponibilité suffisante de services à domicile, SIMAD pourrait permettre d'éviter certaines réhospitalisations consécutives à des congés prématurés de l'hôpital, en l'absence de ressources d'aide adéquates à domicile. Ce programme pourrait donc, indirectement, contribuer au désengorgement des urgences, en autant que ce problème puisse être attribuable à une utilisation inadéquate des lits de courte durée pour des personnes en perte d'autonomie pouvant, avec des services appropriés, être maintenues ou retournées à domicile.

Il est difficile, à partir des informations recueillies dans cette évaluation (ou dans d'autres recherches), de quantifier les effets d'un programme comme SIMAD sur le recours à l'hospitalisation. Si, d'une part, SIMAD peut permettre à des personnes en perte d'autonomie sévère ou en phase terminale de demeurer à domicile plutôt que d'être «hébergées» dans des lits de courte durée ou de mourir à l'hôpital, d'autre part, il est possible que ces personnes aient besoin de recourir à l'urgence ou à l'hospitalisation de façon occasionnelle pour pouvoir poursuivre leur vie à domicile. La fréquence du recours aux soins de courte durée serait un mauvais indicateur des effets de SIMAD sur l'utilisation des ressources hospitalières, en l'absence de données qui permettraient de qualifier la pertinence de ces recours. Ces données directes sur la pertinence des recours aux services hospitaliers sont difficiles à obtenir. Toutefois, il apparaît plausible de considérer que l'établissement de collaborations entre les hôpitaux de courte durée et les ressources d'aide et de soins à domicile soit une condition nécessaire, sinon essentielle, pour assurer une utilisation plus adéquate des ressources hospitalières en vue du maintien à domicile. Les données obtenues par entrevues permettent de constater des effets importants du programme qui vont dans le sens d'une amélioration de ces collaborations.

### **Les relations entre les CHSCD et les CLSC**

Selon les informateurs rencontrés, SIMAD a favorisé, ou même forcé, dans plusieurs cas l'établissement de mécanismes de collaboration entre les hôpitaux de soins de courte durée et les CLSC. D'une part, les CHSCD devaient collaborer avec les CLSC pour avoir accès aux ressources de ce programme, présenté comme une des mesures susceptibles d'aider à décongestionner les urgences ou les lits de courte durée. D'autre part, SIMAD permettait aux CLSC de maintenir à domicile des personnes en perte d'autonomie sévère susceptibles d'avoir besoin de soins de courte durée, de façon occasionnelle ou régulière. Dans plusieurs cas, les relations entre les CHSCD et les CLSC étaient à peu près inexistantes et les collaborations souhaitées n'ont pas toujours été faciles à développer.

Plusieurs situations ont pu nuire, ou nuisent encore, au développement de ces mécanismes de collaboration interétablissement. Au point de départ, l'association de SIMAD aux mesures de désengorgement des urgences a créé une certaine confusion dans les objectifs et les attentes face à cette mesure de soins et de services intensifs à domicile. Plusieurs CHSCD considéraient que SIMAD devait être d'abord au service des cas en provenance des hôpitaux alors que dans plusieurs CLSC, particulièrement ceux de la région de Montréal, SIMAD visait d'abord le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie sévère. La position initiale du problème et des objectifs de SIMAD a donc suscité des incompréhensions entre les CH et les CLSC relativement à ce programme. L'absence quasi-complète des hôpitaux dans le processus d'implantation de SIMAD n'a pas aidé, non plus, à clarifier ces ambiguïtés.

Par la suite, l'instabilité des ressources pour des services intensifs à domicile, les fluctuations de la capacité d'admission de nouveaux cas, les variations de la disponibilité des ressources, selon les CLSC, et certains délais entre la demande de services et la dispensation des services auraient également nuï à l'établissement de relations stables entre les hôpitaux et les

---

---

CLSC. C'est ainsi qu'après une période de limitation ou d'arrêt des admissions, consécutive à des restrictions budgétaires, les CLSC constatent que les références des hôpitaux diminuent de façon importante et que les collaborations sont plus difficiles à maintenir ou à rétablir.

D'autres situations peuvent nuire aux collaborations entre ces établissements, comme les écarts entre les évaluations des besoins et des services faites par le personnel de l'hôpital et celles faites par le personnel des programmes de maintien à domicile des CLSC. Ces écarts seraient attribuables en partie, au fait que les évaluations sont réalisées dans des milieux différents et qu'elles sont faites par des intervenants qui ont des approches, des contraintes et aussi des objectifs différents. Ainsi, dans les hôpitaux, les pressions sur les professionnels pour libérer les lits de courte durée sont importantes, alors que dans les CLSC les intervenants sont confrontés à une relative rareté de ressources pour le maintien à domicile. Comme les intervenants des hôpitaux ne sont pas directement impliqués dans l'établissement des plans de services pour SIMAD et qu'ils ont, dans certains cas, une connaissance inadéquate des ressources disponibles, ils se retrouvent souvent confrontés à la difficulté de «vendre» le retour à domicile (au médecin et au patient) sans pouvoir «garantir» un certain accès aux services requis. Ces écarts entre les évaluations des besoins et des services, les pressions pour libérer rapidement des lits de courte durée et le non-contrôle du plan de services peuvent être des incitatifs, pour les hôpitaux, à promettre des services que les CLSC ne seront pas en mesure de dispenser ou, encore, à donner prématurément des congés, sans planifier le retour à domicile (pratique de «dumping» à domicile).

Malgré ces difficultés de départ et celles qui existent encore, il semble que SIMAD contribue de façon appréciable à l'amélioration des relations entre les hôpitaux de courte durée et les CLSC pour les soins et l'aide aux personnes en perte d'autonomie sévère à domicile. D'après des données obtenues par entrevue, il semble que SIMAD a été l'occasion d'expérimenter de nouvelles formes de collaboration qui n'étaient pas prévues par le programme. Par

---

exemple, quelques hôpitaux ont établi des ententes avec des CLSC pour réserver et défrayer le coût de «lits à domicile» pour leur clientèle en perte d'autonomie sévère, de façon à s'assurer d'un accès privilégié à des services intensifs à domicile. Ces CLSC, pour leur part, sont assurés d'avoir accès aux services hospitaliers, lorsqu'ils seront requis pour la clientèle ainsi retournée et maintenue à domicile avec des services intensifs. D'autres hôpitaux ont fait appel aux CLSC pour évaluer le potentiel de retour à domicile de cas chroniques qui occupent des lits hospitaliers et pour définir conjointement des plans d'intervention en vue de permettre leur retour à domicile. Il peut aussi s'agir de collaborations plus informelles qui reposent sur les relations qu'ont développé certains intervenants qui, avec l'expérience et le temps, ont appris à se connaître et à se faire confiance. Dans tous les cas, ces nouvelles formes de collaboration vont dans le sens d'une meilleure planification des congés et des admissions à l'hôpital et d'une meilleure utilisation des programmes de maintien à domicile.

#### **4. L'UTILISATION DES RESSOURCES D'HÉBERGEMENT**

L'information produite par cette évaluation suggère que SIMAD peut aussi avoir des effets sur l'utilisation des ressources d'hébergement. Comme dans le cas de ressources hospitalières, certaines conditions d'implantation et de gestion du programme peuvent devenir des incitatifs à recourir à l'hébergement, alors que d'autres peuvent contribuer à une utilisation plus adéquate des ressources d'hébergement, pour les personnes en perte d'autonomie sévère à domicile.

##### **Des incitatifs à l'hébergement**

La centralisation de la gestion des ressources du programme dans les conseils régionaux et la priorité donnée aux clientèles en provenance des hôpitaux, comme celles en phase terminale ou celles en post-hospitalisation, peuvent devenir dans certaines conditions des incitatifs à

---

recourir à l'hébergement. Ces incitatifs peuvent venir du niveau régional ou du niveau local. Dans les deux cas, l'objectif poursuivi paraît être d'augmenter la disponibilité des ressources du programme SIMAD pour répondre aux besoins des clientèles jugées prioritaires régionalement. Au niveau régional, il s'agit plutôt d'incitatifs à héberger des bénéficiaires déjà admis dans le programme, qui sont en perte d'autonomie sévère à domicile, qui sont admissibles en centre d'accueil, qui mobilisent une part importante des ressources de SIMAD, et qui réduisent ainsi l'accessibilité de SIMAD pour de nouveaux cas en provenance des hôpitaux. Au niveau local, il s'agit davantage d'incitatifs à héberger des personnes en perte d'autonomie sévère à domicile, qui n'ont pas ou n'ont plus accès à SIMAD et qui sont susceptibles «d'engorger» les services réguliers de maintien à domicile.

Les données recueillies sur les motifs de fermeture des dossiers vont dans le sens de cette hypothèse. Ainsi, au tableau 19, on observe que la proportion de cas hébergés au moment de la cessation des services est plus importante dans la Montérégie (25,5%) où la gestion du programme est centralisée et où la priorité est accordée aux sujets en provenance des CH, particulièrement à ceux en phase terminale. Dans la région de Québec, où la gestion de SIMAD est récemment décentralisée dans les CLSC, avec une ouverture plus grande pour l'admission des cas en perte d'autonomie sévère qui ne proviennent pas des hôpitaux, le recours à l'hébergement est moins important que dans la Montérégie (17,2%). Dans la région de Montréal, où la gestion est décentralisée depuis plusieurs années dans les CLSC et où le lieu de provenance n'a jamais constitué un critère d'accès aux services, le recours à l'hébergement est plus rare (9,7%).

TABLEAU 19: DISTRIBUTION SELON LE MOTIF DE CESSATION DES SERVICES ET LA RÉGION

MOTIF DE CESSATION DES SERVICES	Montréal		Québec		Montréal		Total	
	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%
Décès	17	(18.3)	8	(8.6)	24	51.1	49	(21.0)
Hébergement	9	(9.7)	16	(17.2)	12	(25.5)	37	(15.9)
Hospitalisation temporaire	23	(24.7)	20	(21.5)	1	(2.1)	44	(18.9)
Arrêt des services à domicile*	37	(39.8)	36	(38.7)	9	(19.1)	82	(35.2)
Autres motifs**	7	(7.6)	13	(14.0)	1	(2.1)	21	(9.0)
<b>TOTAL</b>	<b>93</b>	<b>(100.0)</b>	<b>93</b>	<b>(100.0)</b>	<b>47</b>	<b>(100.0)</b>	<b>233</b>	<b>(100.0)</b>

\* Arrêt des services à domicile: fin de l'intervention, refus des services par le bénéficiaire, transfert au programme régulier de maintien à domicile

\*\* Autres motifs: hébergement temporaire, arrêt des services depuis plus de 2 périodes administratives

Les points de vue recueillis en entrevues avec des gestionnaires et des intervenants vont aussi dans le sens de cette hypothèse, à l'effet que la centralisation de la gestion du programme SIMAD et la priorité accordée aux clientèles en provenance des CHSCD peuvent engendrer des situations qui incitent à recourir à l'hébergement, afin d'augmenter l'accessibilité du programme pour des clientèles jugées plus prioritaires.

### **L'utilisation adéquate des ressources d'hébergement**

Il semble par ailleurs que SIMAD peut permettre de retarder ou même d'éviter certains recours aux ressources d'hébergement lorsque les contextes sont favorables. Plusieurs intervenants rapportent des situations où des bénéficiaires ont annulé ou retardé leur hébergement après leur avoir assuré une disponibilité de services intensifs à domicile jugée suffisante. Toutefois, cet effet sur le recours à l'hébergement ne peut être quantifié dans cette évaluation.

Peu de recherches ont d'ailleurs réussi à démontrer une relation claire entre le recours à l'hébergement et les soins et services à domicile, compte tenu des nombreux obstacles méthodologiques associés à la vérification de cette hypothèse (Kane et Kane, 1988).

L'intégration des données d'entrevues et de l'étude de la documentation permet quand même de croire que SIMAD contribue à une utilisation plus adéquate des ressources d'hébergement. En effet, puisque SIMAD favorise le maintien à domicile des personnes âgées ayant des pertes d'autonomie de plus en plus sévères et que l'augmentation de l'acceptabilité du maintien à domicile diminue le réflexe de recours à l'hébergement, il semble que les clientèles orientées et admises en hébergement présentent des besoins de plus en plus comparables à ceux des personnes admises en centre hospitalier de soins de longue durée. Les données consultées sur l'évolution des besoins des personnes en liste d'attente pour des ressources d'hébergement vont dans le sens de cette hypothèse. SIMAD pourrait contribuer, avec d'autres ressources d'aide et de soins non institutionnelles, à cet alourdissement des clientèles en attente d'hébergement ou hébergées. L'hébergement semble devenir une solution ultime, lorsque le maintien à domicile n'est plus possible ou n'est plus souhaité, pour des personnes ayant des pertes d'autonomie de plus en plus sévères. En ce sens, SIMAD favorise une utilisation plus adéquate des ressources institutionnelles d'hébergement, nécessaires dans un continuum de soins et de services de longue durée aux personnes en perte d'autonomie.

## 5. CONCLUSION

En conclusion, il apparaît que le programme de services intensifs à domicile favorise l'intégration des soins et de services pour les personnes en perte d'autonomie sévère à domicile. Il permet de mettre en place des conditions nécessaires au développement d'une philosophie et d'une pratique de maintien à domicile et favorise ainsi une utilisation plus adéquate des ressources institutionnelles hospitalières et d'hébergement. En ce sens, SIMAD pourrait

---

contribuer à créer des conditions qui peuvent être favorables à plus long terme au désengorgement des hôpitaux de courte durée, dans la mesure où cet engorgement peut être attribuable à une utilisation inappropriée des ressources hospitalières par des personnes en perte d'autonomie.

---

## RÉSUMÉ

- L'ajout de nouvelles ressources pour des services intensifs de maintien à domicile aux personnes en perte d'autonomie, dans le cadre des mesures de désengorgement des urgences, a permis d'augmenter la visibilité et de faire la preuve de la faisabilité du maintien à domicile pour ces clientèles. SIMAD favorise des changements dans les attitudes et les modes de pratique qui vont dans le sens d'une plus grande acceptabilité du maintien à domicile des personnes ayant des pertes d'autonomie sévères.
- L'effet de SIMAD sur l'accessibilité aux services à domicile pour les clientèles en perte d'autonomie varie selon les régions, l'évolution des programmes et les modalités de gestion des ressources disponibles. Dans tous les cas, il semble que les clientèles maintenues à domicile avec SIMAD présentent des pertes d'autonomie et des besoins de services de plus en plus importants et que les effets sur l'accessibilité et la disponibilité des ressources des programmes réguliers et intensifs de maintien à domicile peuvent être considérables. La gestion séparée des deux programmes crée un cloisonnement des ressources de maintien à domicile qui peut nuire, dans certains cas, à la continuité et à la qualité des services d'aide et de soins à domicile.
- Dans certains cas, SIMAD semble permettre d'éviter des recours à l'hospitalisation ou de diminuer des durées de séjour, en assurant une disponibilité de services suffisante pour prévenir ou solutionner des situations de crises, ou en favorisant le retour à domicile. Il apparaît surtout que ce programme favorise une utilisation plus adéquate des ressources hospitalières et permet le développement de collaborations essentielles entre les CHSCD et les CLSC, pour le maintien à domicile de personnes en perte d'autonomie sévère. En ce sens, SIMAD peut donc créer des conditions favorables au désengorgement des hôpitaux de courte durée, en autant que cet engorgement puisse être attribué à une utilisation inadéquate des ressources hospitalières pour ces clientèles à domicile.

- Il semble enfin que SIMAD puisse permettre d'éviter ou de retarder des recours aux ressources d'hébergement. Ce programme favoriserait surtout une utilisation plus adéquate de ces ressources d'hébergement, en assurant une disponibilité suffisante de services, pour permettre aux personnes en perte d'autonomie sévère de demeurer à domicile, et en modifiant certaines pratiques professionnelles en regard du recours à l'hébergement. En ce sens, SIMAD peut contribuer, avec d'autres mesures, à «l'alourdissement» des besoins des clientèles en attente d'hébergement ou hébergées.

## **CHAPITRE 7**

### **DISCUSSION SUR LES IMPLICATIONS DES RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION**

---

Les résultats de l'évaluation ont permis de constater qu'il y a des différences régionales importantes dans les contextes d'implantation et l'opérationnalisation des objectifs de SIMAD, qui se traduisent dans les caractéristiques des clientèles bénéficiaires et dans l'utilisation des ressources et des services du programme. Ils ont aussi permis de décrire certains effets du programme sur le «réseau» de soins et de services de santé et d'identifier des facteurs susceptibles d'influencer l'atteinte des objectifs du programme. L'analyse de ces résultats permet de dégager certaines conséquences des choix qui sont faits dans des contextes particuliers, relativement à la compréhension et à l'utilisation de SIMAD, et de discuter des principales implications pour la consolidation ou l'extension de ce programme de maintien à domicile. Il ne s'agit pas ici de formuler des recommandations définitives sur les modalités organisationnelles de SIMAD, mais plutôt de mettre en évidence des conditions qui peuvent être propices pour l'atteinte des différents ordres d'objectifs poursuivis par le programme.

De façon plus spécifique, il sera question dans ce chapitre des implications des choix qui sont faits en regard de la définition et de la traduction opérationnelle des objectifs de SIMAD, de l'utilisation qui est faite des ressources et des services pour répondre aux besoins des clientèles visées et, enfin, des relations de SIMAD avec les autres ressources d'aide et de soins aux personnes âgées en perte d'autonomie.

#### **1. LES OBJECTIFS DE SIMAD**

Comme on l'a déjà évoqué, les services intensifs de maintien à domicile ont été implantés au Québec à la fois comme une mesure susceptible de contribuer au désengorgement des salles d'urgence des hôpitaux et comme une ressource alternative à l'institutionnalisation des personnes

---

âgées. Ce programme se situe à l'intersection de deux formes de rationalité: la première renvoie à la résolution du problème de l'engorgement des salles d'urgence, la seconde à la résolution du problème du maintien à domicile des personnes en grande perte d'autonomie. Or, la compréhension et la traduction de ces deux ordres d'objectifs peuvent suggérer une relative incompatibilité de certaines modalités opérationnelles et, surtout, avoir des conséquences importantes lorsqu'on considère les avantages et les risques associés aux différentes formes d'opérationnalisation du programme.

Lorsqu'on définit SIMAD comme une mesure de désengorgement des urgences et qu'on comprend que, pour atteindre cet objectif, il s'agit principalement de diminuer les séjours à l'urgence et de libérer les lits de courte durée occupés par des personnes en perte d'autonomie, il en découle certaines conséquences pour la détermination des critères d'admissibilité et la définition des modalités de gestion du programme. Les clientèles-cibles sont alors les personnes hospitalisées ou dans les salles d'urgence, qui peuvent être retournées à domicile avec une disponibilité de ressources d'aide et de soins suffisante, comme celles en attente d'hébergement, en phase terminale ou d'autres en post-hospitalisation pouvant poursuivre leur convalescence à domicile. Dans ce cas, la centralisation régionale des admissions et de la gestion du programme apparaît être appropriée pour assurer cette disponibilité de ressources et répondre aux besoins des hôpitaux les plus «engorgés» du territoire.

Les implications de cette compréhension des objectifs de SIMAD sont de plusieurs ordres. Les principaux avantages observés sont de permettre le retour à domicile, dans des conditions de vie «acceptables» de personnes en perte d'autonomie sévère, ou d'autres en convalescence, qui n'ont plus besoin de soins hospitaliers et, ainsi, contribuer à la diminution de la durée du séjour hospitalier de ces clientèles. Par ailleurs, le fait de définir SIMAD principalement comme une mesure pour désengorger les urgences et les lits de courte durée, en retournant à domicile des personnes déjà hospitalisées, comportent aussi certains risques. La centralisation de la

gestion des admissions et des ressources, au niveau régional, et la priorité accordée aux bénéficiaires en provenance des hôpitaux peuvent, en effet, devenir des incitatifs pour les intervenants et pour les personnes qui ont besoin de services à recourir à l'hospitalisation, ou aux services d'urgence, pour avoir accès aux ressources de SIMAD. Dans ces conditions, l'hôpital risque de devenir la «porte d'entrée» du système pour avoir accès à des services à domicile. De plus, la priorité donnée aux clientèles en provenance des hôpitaux, peut être, dans certains cas, un incitatif à recourir à l'hébergement. Au niveau régional, cet incitatif ira davantage dans le sens de favoriser l'hébergement des clientèles en perte d'autonomie sévère qui bénéficient de services intensifs à domicile, afin de libérer des ressources pour de nouveaux cas en attente de services et en provenance des hôpitaux. Au niveau local, il pourra s'agir d'encourager l'hébergement des personnes en perte d'autonomie sévère à domicile, qui n'ont pas accès à SIMAD, et qui «engorgent» les services réguliers de maintien à domicile des CLSC.

Lorsque SIMAD est défini plutôt comme une mesure visant à maintenir à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie sévère et à éviter des recours inappropriés ou prématurés aux ressources institutionnelles hospitalières ou d'hébergement, les clientèles sont davantage choisies en fonction de leur perte d'autonomie et du «risque» de recourir à ces ressources institutionnelles. Afin de mieux répondre aux besoins de ces clientèles à domicile, desservies principalement par les CLSC, il semble approprié de décentraliser la gestion des admissions et des ressources de SIMAD dans ces établissements de première ligne. Les CLSC sont alors à la fois les gestionnaires des ressources et des admissions, tout en étant les dispensateurs des services d'aide et de soins à domicile. Cette façon d'opérationnaliser SIMAD va dans le sens de la mission de ces établissements qui sont reconnus comme la «porte d'entrée» du système de soins pour les clientèles âgées en perte d'autonomie à domicile (Rapport Brunet, 1987) et favorise, de plus, la continuité des services pour des clientèles déjà desservies par les programmes réguliers d'aide et de soins à domicile. Comme dans le cas précédent, SIMAD pourra permettre à des personnes en perte d'autonomie sévère de demeurer à domicile, dans des conditions de vie plus

acceptables, et même d'y mourir. Par contre, dans ce cas-ci, les services intensifs d'aide et de soins à domicile pourront davantage contribuer à prévenir certains recours inadéquats ou prématurés aux ressources institutionnelles hospitalières ou d'hébergement tout en permettant le retour à domicile de personnes en perte d'autonomie qui occupent déjà des lits de courte durée.

Les résultats de cette analyse mettent donc en évidence certaines conséquences de la compréhension et de la traduction opérationnelle des objectifs de SIMAD, lorsqu'on considère les avantages et les inconvénients pour l'atteinte des objectifs du programme (tableau 20). Il ressort, par ailleurs, de cette analyse, que SIMAD produit à la fois des effets sur le maintien à domicile et sur le recours aux ressources institutionnelles hospitalières ou d'hébergement, peu importe que ce programme soit défini comme une mesure visant à désengorger les urgences et à libérer des lits de courte durée, ou comme une mesure visant davantage le maintien à domicile de personnes en grande perte d'autonomie et la prévention de recours inappropriés aux ressources institutionnelles. La nature de ces effets variera selon la définition et l'opérationnalisation de ces deux ordres d'objectifs poursuivis par SIMAD. Dans une perspective de consolidation des programmes de maintien à domicile et de l'adoption, à plus ou moins long terme, de pratiques qui vont dans le sens d'une utilisation plus adéquate des ressources institutionnelles, il importe de bien peser les implications des choix qui ont été faits lors de l'opérationnalisation des objectifs du programme.

La consolidation du programme, dans une perspective de maintien à domicile de personnes ayant des pertes d'autonomie de plus en plus sévères, ne peut toutefois se réaliser sans une collaboration étroite entre les hôpitaux de courte durée et les ressources d'aide et de soins à domicile des CLSC. Le recours aux ressources hospitalières peut être nécessaire, de façon ponctuelle, pour poursuivre le maintien à domicile et, en ce sens, l'objectif de réduire la fréquence des hospitalisations peut être inapproprié pour ce programme. Il serait sans doute plus pertinent de viser une utilisation plus adéquate des services hospitaliers ou à domicile, pour

---

**TABEAU 20: CONSÉQUENCES DE LA DÉFINITION ET DE LA TRADUCTION OPÉRATIONNELLE DES OBJECTIFS DE SIMAD**

DÉFINITION DES OBJECTIFS	TRADUCTION OPÉRATIONNELLE DES OBJECTIFS	PRINCIPALES CONSÉQUENCES
<b>Mesure de maintien à domicile - prévention des recours inappropriés aux ressources institutionnelles (hospitalières ou d'hébergement)</b>	<b>Décentralisation dans les CLSC</b> <b>Critère de priorisation des admissions = perte d'autonomie et risque «d'institutionnalisation»</b> <b>Adaptation de l'offre de services aux besoins des clientèles en perte d'autonomie à domicile et des CLSC qui desservent ces clientèles</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. CLSC = porte d'entrée pour des services d'aide et de soins aux personnes en perte d'autonomie à domicile</li> <li>2. Maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie sévère</li> <li>3. Prévention de recours inappropriés ou prématurés aux ressources hospitalières</li> <li>4. Développement de collaborations pour une utilisation plus adéquate des ressources des CHSCD, et des CLSC, en vue du maintien à domicile de personnes en perte d'autonomie sévère</li> <li>5. Prévention de recours inappropriés ou prématurés aux ressources d'hébergement</li> </ol>
<b>Mesure de désengorgement des urgences et des lits de courte durée des CHSCD - retour à domicile de personnes en perte d'autonomie ayant eu recours aux ressources hospitalières</b>	<b>Centralisation régionale (CRSSS)</b> <b>Critère de priorisation des admissions = clientèles en perte d'autonomie dans les hôpitaux de courte durée</b> <b>Adaptation de l'offre de services aux besoins des CHSCD «engorgés» et des clientèles en perte d'autonomie hospitalisées</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. CHSCD = porte d'entrée pour les clientèles en perte d'autonomie</li> <li>2. Retour à domicile de personnes en perte d'autonomie hospitalisées en courte durée</li> <li>3. Développement d'incitatifs à recourir aux ressources hospitalières</li> <li>4. Développement de collaborations entre les CHSCD et les CLSC en vue de retourner à domicile des personnes en perte d'autonomie hospitalisées</li> <li>5. Développement d'incitatifs à recourir à l'hébergement</li> </ol>

répondre aux besoins des personnes ayant des pertes d'autonomie importantes. Les mécanismes de collaboration entre les hôpitaux et les CLSC ne sont cependant pas toujours faciles à établir et constituent probablement un des défis majeurs des programmes de maintien à domicile. Le programme SIMAD a tout de même permis, dans certains milieux, d'expérimenter de nouvelles formes de collaboration interétablissements, qui vont dans le sens d'une meilleure planification, à la fois des admissions et des congés, et ce, autant pour les ressources institutionnelles que pour celles des programmes d'aide et de soins à domicile.

## 2. LES MODES D'UTILISATION DES RESSOURCES ET DES SERVICES

Certaines implications des pratiques d'utilisation des services et des variations qu'on observe régionalement ou localement méritent d'être discutées. Particulièrement, il sera question du type de services utilisés, de la relation entre les ressources d'aide formelles (comme les programmes d'aide et de soins à domicile) et informelles (comme les ressources des organismes communautaires ou des réseaux de support), de même que des stratégies d'utilisation des services qui sont employées pour pouvoir répondre à la demande de services, dans un contexte de relative rareté des ressources.

### **Le type de services utilisés**

Les données de l'étude ont montré que 87% (de 75% à 96% selon les régions) des heures/services de SIMAD sont dispensées pour des services non spécialisés de soutien, d'assistance ou de gardiennage. Ces résultats mettent en évidence le rôle important du personnel non spécialisé, comme celui des auxiliaires familiales, dans le soutien ou le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie sévère. Ces personnes dispensent la majorité des interventions d'aide à domicile et constituent, en ce sens, une source d'information importante pour l'évaluation et la réévaluation régulière des besoins de services des bénéficiaires. Comme

---

l'indiquent les données recueillies par entrevues, les auxiliaires familiales sont souvent considérées comme les «piliers» du maintien à domicile dans les équipes des CLSC. Elles peuvent donc jouer un rôle important au niveau de la détection de certains risques et de la prévention de situations jugées défavorables au maintien à domicile.

Depuis l'implantation des services intensifs de maintien à domicile, le personnel non spécialisé a été appelé à intervenir auprès de clientèles ayant des problèmes de santé ou des pertes d'autonomie de plus en plus sévères, sans toujours avoir eu toute la formation ou le support nécessaires pour l'accomplissement de tâches et de rôles de plus en plus complexes. Par exemple, plusieurs des auxiliaires familiales, rencontrées pour cette évaluation, ont mentionné, qu'avant SIMAD, leurs services étaient davantage requis pour des tâches ménagères et domestiques auprès de personnes ayant des pertes d'autonomie légères ou modérées. Aujourd'hui, elles doivent intervenir auprès de clientèles en phase terminale, en attente d'hébergement ou ayant un profil d'autonomie souvent comparable à celui des personnes hébergées. Leurs services sont davantage requis pour des soins d'hygiène ou de l'aide, dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne, que pour des travaux domestiques. Si le profil d'utilisation des services intensifs de maintien à domicile met bien en évidence le besoin de services d'aide non professionnels, il apparaît aussi que les exigences de la tâche sont de plus en plus grandes pour le personnel qui dispense ces services et que leur formation, ou le support qu'on leur accorde dans leurs interventions, sont souvent insuffisants. Il ne s'agit pas de spécialiser des tâches actuellement assumées par des non-professionnels, mais d'assurer une formation minimale, sur le contexte de travail et d'intervention auprès de personnes en perte d'autonomie, en plus de développer des habiletés pour détecter des situations à risques et favoriser ainsi la prévention d'une détérioration des conditions de maintien à domicile.

Par ailleurs, l'information obtenue dans cette évaluation met aussi en évidence le fait que des ressources plus «spécialisées» comme la présence d'un support médical pour le suivi à

---

domicile ou d'autres de réadaptation (physiothérapie - ergothérapie), sont peu utilisés dans le programme, alors qu'elles seraient sans doute utiles et nécessaires dans une perspective de maintien à domicile. Or, non seulement ces services ne sont pas dispensés mais, souvent, les évaluations des demandes de services ne considèrent pas ces besoins puisque les services requis ne sont pas disponibles dans les CLSC ou, encore, sont trop dispendieux, compte tenu des ressources allouées au programme. Des expériences en cours (Racine, Joubert, 1990) permettent pourtant de croire qu'il y aurait des avantages certains à intégrer des médecins dans les équipes de maintien à domicile de personnes en perte d'autonomie sévère. De la même façon, d'autres travaux de recherche sur les clientèles âgées en perte d'autonomie hospitalisées en soins de courte durée (Laberge, Joubert, 1989; Mercier et coll., 1991), semblent montrer que le développement et l'utilisation de ressources de réadaptation à domicile pourraient permettre de réduire certaines durées de séjour à l'hôpital ou dans des ressources institutionnelles de réadaptation et favoriser une meilleure récupération de l'autonomie fonctionnelle.

Si certains de ces services spécialisés peuvent être dispensés par le biais de collaborations et d'échanges avec d'autres programmes complémentaires (ex.: centre de jour, hôpital de jour, équipes ambulatoires de consultations gériatriques ou psychogériatriques), il y aurait peut-être lieu quand même de s'assurer d'une disponibilité suffisante de ressources pour permettre de répondre à ces besoins de services, dans une perspective plus globale de maintien à domicile.

### **La relation entre les ressources d'aide formelles et informelles**

Les résultats de l'évaluation ont permis de constater que l'utilisation qui est faite des services intensifs de maintien à domicile peut être influencée par la disponibilité et l'utilisation qui est faite des ressources d'aide communautaires, de même que par les capacités et les besoins du réseau d'aide naturel du bénéficiaire. Dans le premier cas, il apparaît important de considérer les ressources communautaires comme des partenaires pour le maintien à domicile et de s'assurer

---

de la complémentarité et de l'utilisation adéquate de ces services communautaires et de ceux des programmes de maintien à domicile. Dans le deuxième cas, il s'agit plutôt, à l'instar de Garant et Bolduc (1990), d'adapter l'offre de services d'aide et de soins à domicile au besoin de répit et de support des aidants naturels de façon à éviter l'épuisement ou l'éclatement du réseau d'aide de même qu'à compenser pour les besoins du bénéficiaire qui demeurent insatisfaits. Comme les besoins des aidants naturels sont susceptibles de varier selon des caractéristiques psychosociales ou socioculturelles, il apparaît important de faire preuve de souplesse dans l'organisation et la dispensation des services de maintien à domicile, et d'offrir un éventail de services adaptés aux besoins des bénéficiaires et des aidants naturels, de même que complémentaires aux services offerts par les ressources d'aide communautaires du milieu.

#### **Des stratégies pour gérer la «relative rareté» des ressources**

L'ensemble des intervenants rencontrés, que ce soit sur une base régionale ou locale, sont préoccupés par la gestion des ressources d'aide et de soins à domicile, pour répondre de la façon la plus adéquate possible, aux besoins de la clientèle-cible de SIMAD. De façon plus particulière, la question posée pourrait être formulée ainsi: «Vaut-il mieux donner plus de services à moins de gens ou moins de services à plus de bénéficiaires?» La réponse à cette question et les différentes stratégies adoptées pour s'assurer d'une utilisation des ressources et des services, qui sera jugée la plus adéquate possible varient selon les milieux et les implications de ces choix peuvent être différentes.

Dans la région de Montréal, l'ensemble des CLSC rencontrés ont recours à des degrés plus ou moins importants à des agences privées pour de l'aide à domicile. L'utilisation de ces ressources peut permettre de donner plus de services, à plus de gens et à moindre coût. En effet, les services dispensés par les auxiliaires familiales des agences privées sont moins coûteux que ceux donnés par le personnel du CLSC. Les taux horaire sont plus bas, le CLSC n'a pas à

---

assumer de frais d'administration ou de gestion pour ce personnel et ne défraie pas le temps de déplacement pour les services rendus par les agences privées. De plus, les agences permettent d'offrir une plus grande disponibilité de services d'aide le soir, la fin de semaine et durant les périodes de vacances. Il est difficile d'assurer la même disponibilité de services avec les seules ressources humaines du CLSC (insuffisance de personnel, règlements de conventions collectives, etc.).

Les utilisateurs de ces ressources soulèvent, par contre, plusieurs questions relativement à la qualité des services dispensés par ces agences privées. Selon les intervenants rencontrés en entrevue, le recours au personnel des agences privées pourrait nuire à la continuité des services. Ainsi, des services requis à trois moments différents de la journée peuvent être assurés par trois ressources différentes, selon la disponibilité du personnel et la planification des horaires de travail. Dans plusieurs cas, le nombre de personnes susceptibles d'intervenir auprès d'un même client pour la dispensation des services d'aide à domicile peut donc être élevé. De plus, comme les auxiliaires des agences ne participent qu'exceptionnellement aux réunions de travail ou d'évaluation de l'équipe de maintien à domicile, la qualité du suivi des bénéficiaires peut être diminuée. Plusieurs intervenants soulignent aussi que les agences d'aide privées peuvent être en conflit d'intérêts lorsqu'il s'agit, par exemple, d'ajuster les services en fonction de l'évolution des besoins de la clientèle et de travailler dans le sens d'une plus grande autonomie des bénéficiaires. Certains rapportent des situations où des services, qui n'étaient plus requis, étaient encore rendus par les agences qui n'avaient, par ailleurs, que peu d'intérêts à informer l'équipe de maintien à domicile de cette situation et à diminuer leurs services. Enfin, des intervenants des CLSC déplorent le fait qu'ils n'ont aucun contrôle sur la formation ou la supervision du personnel embauché par ces agences et questionnent la qualité des services qui sont rendus par ces organismes d'aide privés.

Afin de pouvoir bénéficier des avantages obtenus de l'utilisation des services des agences (plus grande disponibilité des services et diminution des coûts) et réduire les risques relatifs à la qualité des services dispensés, de même que les effets potentiellement négatifs sur la clientèle, plusieurs CLSC font un usage sélectif de ces ressources, selon le type de services à dispenser ou le type de clientèle à desservir. Certains CLSC ont recours aux agences privées davantage pour les bénéficiaires du «maintien à domicile régulier», que pour ceux de SIMAD qui ont des besoins d'aide plus importants et plus complexes. D'autres choisissent plutôt de recourir aux agences seulement pour des services d'aide, (comme l'entretien ménager) qui sont considérés comme moins prioritaires, et ce, autant pour les clients du maintien à domicile régulier que pour ceux de SIMAD. Les services jugés plus prioritaires, qui impliquent une relation plus personnalisée et plus suivie avec le bénéficiaire (soins d'hygiène, préparation des repas), sont alors assurés par une auxiliaire du CLSC. Enfin, quelques CLSC ont recours aux agences privées seulement pour les services dispensés en dehors des heures de travail régulières du personnel (soirs, fins de semaine, périodes de vacances).

Il apparaît, dans cette étude, que les décisions relatives à l'utilisation des services des agences privées et aux mécanismes de contrôle de la qualité des services rendus relèvent actuellement des CLSC, plutôt que des instances régionales ou provinciales. Au Québec, le développement de ces agences est plutôt récent et il n'y a pas encore de tradition de collaboration entre les «réseaux» public et privé pour la dispensation des services, comme ceux d'aide et de soins à domicile. Dans d'autres milieux, comme l'Ontario ou certaines provinces de l'Ouest, le recours aux services privés est important et il existe des mécanismes de contrôle de la qualité de ces services.

Dans ces provinces, il existe des mécanismes d'évaluation et d'appel d'offres qui permettent d'introduire une forme de compétition entre les agences et d'assurer un certain contrôle de la qualité des services dispensés. Par exemple, dans une de ces provinces, les

---

contrats pour la dispensation des services d'aide et de soins à domicile peuvent être accordés à trois agences soumissionnaires, en réponse à un appel d'offres du ministère de la Santé. Chaque agence pourra, par exemple, se voir attribuer le tiers des services à dispenser, donc le tiers du budget disponible pour de l'aide ou des soins à domicile. À la fin de l'année financière, l'agence jugée la plus performante (coûts et qualité des services) recevra un pourcentage plus élevé du budget que les deux autres. Par l'introduction de mécanismes d'évaluation et d'incitatifs financiers à la qualité des services, il apparaît possible de s'assurer d'une meilleure performance des agences privées dans ces provinces. Des formules comparables ou d'autres tout aussi originales pourraient peut-être être expérimentées au Québec pour s'assurer d'une utilisation plus adéquate des ressources privées et répondre à certains besoins de services à domicile. Par ailleurs, il importe de considérer que le personnel des agences privées est moins bien rémunéré que celui à l'emploi des CLSC et que cette sous-rémunération, de même que le haut taux de roulement du personnel qui s'ensuit, peuvent nuire à la qualité des services. En ce sens, il pourrait apparaître plus souhaitable d'augmenter les ressources allouées pour le maintien à domicile plutôt que d'encourager ou de privilégier le recours à ces ressources privées moins dispendieuses que celles du «réseau» public. Il demeure cependant que dans des situations de non-disponibilité de certaines ressources d'aide et de soins à domicile, ces services privés peuvent être utiles, mais il importe de développer des mécanismes pour s'assurer de la qualité des services aux personnes en perte d'autonomie à domicile.

D'autres milieux, comme certains CLSC de la Montérégie et de Québec, recourent à l'occasion à une formule d'allocation directe au bénéficiaire, pour la dispensation de certains services d'aide (soutien, assistance ou gardiennage). Comme dans le cas du Fonds régional pour les personnes handicapées, une somme équivalente au coût des services est versée au bénéficiaire qui paie lui-même les services reçus, souvent d'un proche ou d'une personne connue et recommandée par le CLSC. Outre certains contrôles de la qualité des services et du suivi des cas qui peuvent être difficiles à l'occasion (on rapporte quelques cas d'abus), le recours à cette

---

---

formule peut être utile et pertinent, particulièrement en milieu rural où les services sont rendus souvent par des proches connus dans le milieu, et surtout pour des bénéficiaires dont l'état de santé mentale et fonctionnelle leur permet de «gérer» la ressource d'aide qui dispensera les services. Certains CLSC refusent de recourir à l'allocation directe ou ne le font plus, compte tenu de certains problèmes syndicaux ou légaux. Dans certains cas, les intervenants des CLSC parlent de «main-d'oeuvre au noir» et refusent d'encourager cette formule, tant qu'ils n'auront pas de directives plus claires du ministère de la Santé et des Services sociaux et du ministère du Revenu sur cette question.

La capacité des proches d'assurer certains services, de même que le revenu du bénéficiaire, sont de plus en plus considérés par les CLSC de chacune des régions afin de s'assurer d'une utilisation plus adéquate des ressources disponibles et de donner les services requis à ceux qui en ont le plus besoin. Si tous s'entendent pour reconnaître que, compte tenu de la relative rareté des ressources, les services seront offerts en autant que les bénéficiaires et leurs proches ne peuvent eux-mêmes se payer les services privés requis à domicile, ce principe est parfois difficile d'application pour les intervenants. En effet, il n'est pas toujours facile pour le CLSC de défendre cette position, dans un contexte où l'on parle officiellement de gratuité et d'accessibilité des services. Ces situations se négocient souvent cas à cas par les intervenants, sans qu'ils puissent toujours se référer à des directives ou à des normes claires. De la même façon, il n'est pas toujours facile pour ces intervenants de réduire ou de couper un service qui n'est plus requis, dans un contexte où l'on parle uniquement du «droit individuel» aux services et très peu du «droit collectif» aux services.

Les données recueillies par entrevues permettent donc de constater que, dans la majorité des cas, les CLSC et les régions utilisent différentes stratégies pour pouvoir desservir le plus de bénéficiaires possibles avec les ressources disponibles. Il existe par ailleurs, certains milieux qui choisissent plutôt de donner plus de services à moins de bénéficiaires et qui acceptent à cette fin

---

d'aller en déficit ou, encore, de réduire l'accès au programme SIMAD afin de préserver un relatif équilibre budgétaire. Tous ces choix sont discutables et, dans l'état actuel des connaissances, on dispose de peu d'informations au Québec pour pouvoir juger ou apprécier les effets de ces différentes stratégies de dispensation des services sur les clientèles. C'est pourquoi les questions suivantes demeurent toujours pertinentes: «Quelle intensité de services est nécessaire pour réussir à atteindre des objectifs poursuivis par des programmes comme SIMAD?»; «Par qui devraient être assurés ces services, et de quelles façons, pour pouvoir être le plus efficace possible?» Dans ce contexte d'incertitude, il pourrait être souhaitable, comme le suggèrent Kane et Kane (1988), d'encourager la diversité des formules d'aide et de soins à domicile, de façon à faciliter la meilleure adéquation possible entre les besoins, les services et les ressources disponibles.

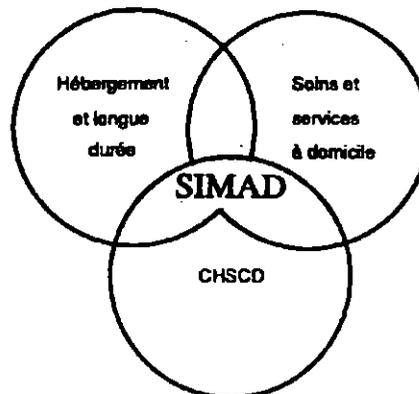
Il va de soi que le recours à ces différentes stratégies d'utilisation des services d'aide et de soins à domicile sont actuellement justifiées par la relative rareté des ressources allouées aux programmes de maintien à domicile, de même que par l'ampleur des besoins des personnes en perte d'autonomie à domicile. Une augmentation des ressources d'aide et de soins à domicile rendrait ces choix sûrement moins «douloureux» et réduirait certains des impacts négatifs sur la qualité des services et du maintien à domicile. Nonobstant ce contexte de relative rareté des ressources, il apparaît toutefois important de favoriser une meilleure utilisation des ressources d'aide communautaire en tant que partenaires pour le maintien à domicile, une meilleure adaptation de l'offre de services aux besoins des aidants naturels, des balises plus claires sur l'utilisation des ressources d'aide privées, de même que l'établissement de mécanismes de contrôle et d'évaluation de la qualité des services dispensés par les agences privées. La reconnaissance du rôle central du personnel non spécialisé, particulièrement l'auxiliaire familiale, dans le soutien et le maintien à domicile, et le développement de mécanismes de formation ou de support appropriés pourraient, par ailleurs, aider à améliorer la qualité des services et des interventions à domicile. Dans une perspective plus globale de maintien à domicile de personnes en perte d'autonomie, il pourrait aussi être approprié de favoriser le développement et l'utilisation

de services plus spécialisés comme des services de suivi médical et de réadaptation, et d'allouer ou de réallouer des ressources nécessaires à cette fin.

### 3. LES RELATIONS AVEC LES AUTRES RESSOURCES D'AIDE ET DE SOINS

La réponse aux besoins de services d'aide et de soins aux personnes ayant des pertes d'autonomie sévères, implique des relations étroites entre les différentes ressources qui desservent ces clientèles. Les résultats de l'évaluation ont déjà montré que SIMAD apparaît comme une mesure «stratégique» qui favorise cette interrelation nécessaire entre les ressources d'aide et de soins à domicile, les ressources hospitalières de soins de courte durée et celles d'hébergement (figure 1). Certaines conditions peuvent apparaître toutefois plus ou moins propices au développement de mécanismes de collaboration et influencer ainsi l'intégration des services pour les personnes ayant des besoins d'aide et de soins de longue durée, à domicile.

**FIGURE 1: LA PLACE DE SIMAD DANS LE «RÉSEAU» DE SOINS ET DE SERVICES AUX PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE**



S'il apparaît relativement clair que SIMAD peut favoriser une utilisation plus adéquate des ressources institutionnelles hospitalières et d'hébergement, il semble que les mécanismes assurant la collaboration et la coordination des services pourraient être améliorés afin de mieux répondre aux besoins des clientèles-cibles. Ainsi, les mécanismes d'évaluation des besoins pour des soins et des services de longue durée institutionnels, en centre d'accueil ou en soins prolongés, sont actuellement différents de ceux qui existent pour avoir accès aux services d'aide et de soins à domicile. Pourtant, les bénéficiaires de ces programmes sont de plus en plus comparables et l'évolution des besoins de l'individu et de son milieu de support peut justifier, à différents moments, le recours à l'une ou l'autre de ces ressources. Selon des auteurs comme Kane et Kane (1988), il serait souhaitable de favoriser le développement de mécanismes de coordination nécessaires pour s'assurer que les services d'aide ou de soins requis sont dispensés de la bonne façon, au bon moment et dans l'endroit qui semble le plus approprié pour répondre aux besoins des clientèles desservies. En ce sens, il pourrait être souhaitable que l'évaluation des besoins, l'élaboration du plan de services pour de l'aide ou des soins de longue durée, institutionnels ou dans la communauté, l'orientation et le suivi des bénéficiaires relèvent d'une même instance responsable des services aux personnes en perte d'autonomie. Dans une perspective de consolidation du maintien à domicile, il serait souhaitable que ces responsabilités relèvent des ressources de première ligne comme les CLSC. Les recommandations d'une étude de Trahan, Bolduc et Bélanger (1991) vont d'ailleurs dans le même sens.

De la même façon, les résultats de l'évaluation ont montré que SIMAD favorisait le développement de mécanismes de collaboration entre les hôpitaux de courte durée et les CLSC. Toutefois, le maintien de ces ententes dépend souvent de la disponibilité (quantité et stabilité) des ressources pour l'aide et les soins à domicile. Ces ententes, lorsqu'elles existent, reposent davantage sur le dynamisme et les initiatives des milieux concernés que sur des lignes directrices claires qui reconnaissent le leadership des CLSC en matière d'aide et de soins à domicile, de même que la nécessaire collaboration des hôpitaux pour le maintien à domicile des personnes en

perte d'autonomie. Plusieurs milieux hospitaliers n'ont pas encore pris le «virage» gériatrique et sont plus résistants aux changements qui peuvent être requis pour une meilleure intégration des services et des soins à ces clientèles (décloisonnement des modes de pratique, ouverture sur l'externe). D'autres s'orientent davantage vers le développement de leur propre programme de soins à domicile plutôt que de miser sur l'utilisation ou le développement des ressources disponibles dans les CLSC. Il y aurait lieu de croire que des orientations plus claires, en regard du partage des responsabilités pour des services d'aide et de soins à domicile, de même qu'une disponibilité suffisante de ressources d'aide et de soins à domicile, pourraient favoriser l'établissement de mécanismes de collaboration qui vont dans le sens d'une meilleure intégration des services. Ce partage des responsabilités devrait aller dans le sens de reconnaître que les CLSC sont les responsables des services d'aide et de soins dans la communauté, et que les hôpitaux peuvent jouer davantage un rôle de support en offrant des services plus spécialisés de deuxième ligne (par exemple: consultations psychogériatriques, unité de moyen séjour en réadaptation, hôpital de jour, etc.).

SIMAD est aussi en relation avec d'autres programmes d'aide et de soins à domicile, comme les programmes «réguliers» de maintien à domicile des CLSC et le Fonds régional pour les personnes handicapées. Même si les budgets sont gérés séparément, les clientèles bénéficiaires peuvent être relativement comparables et circuler d'un programme à l'autre dans plusieurs occasions. Les résultats de l'évaluation permettent de croire que cette séparation est en partie artificielle. Même si la gestion séparée de l'enveloppe budgétaire de SIMAD a pu favoriser initialement le virage du maintien à domicile et la prise en charge de personnes ayant des pertes d'autonomie plus sévères, elle peut aussi, à plus long terme, nuire à une utilisation optimale des ressources et des services, de même qu'à l'accessibilité des services pour certaines

catégories de bénéficiaires. Il pourrait être pertinent de favoriser une gestion globale des enveloppes budgétaires pour l'aide et les soins à domicile, en autant que les CLSC aient fait la preuve de la faisabilité du maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie sévère et que les pratiques aient évolué en ce sens.

En définitive, cette évaluation fait ressortir que SIMAD contribue au développement d'un «réseau» de soins et de services pour les personnes en perte d'autonomie sévère à domicile. Il ressort également qu'on aurait avantage à mettre en place certains modes de collaboration et d'intégration des différents services en place afin de favoriser cette évolution, qui va dans le sens d'une politique globale d'aide et de soins aux personnes en perte d'autonomie. Il ne s'agit pas, toutefois, de définir des façons de faire qui forcent des relations ou des collaborations qui demeureraient artificielles, mais plutôt de mettre en place des conditions susceptibles de favoriser leur développement, tout en respectant les besoins et les spécificités de chacun des milieux.

---

## RÉSUMÉ

- La compréhension et la traduction opérationnelle des objectifs de SIMAD influencent les modalités organisationnelles et de gestion des ressources du programme et comportent des avantages et des risques particuliers, lorsqu'on considère les effets sur le maintien à domicile et sur le recours aux ressources institutionnelles, hospitalières ou d'hébergement. Il importe de questionner certains choix qui ont été faits lors de l'opérationnalisation du programme, dans une perspective de consolidation des programmes de maintien à domicile et de l'adoption de pratiques, qui vont dans le sens d'une utilisation plus appropriée des ressources institutionnelles.
- Afin d'améliorer l'utilisation et la dispensation des services intensifs d'aide et de soins à domicile, il pourrait être important de développer des mécanismes de formation et de support pour le personnel non spécialisé, comme les auxiliaires familiales, qui deviennent de plus en plus les «piliers» du maintien à domicile et qui interviennent dans des situations de plus en plus complexes. De même, dans une perspective plus globale du maintien à domicile, il serait pertinent de s'assurer d'une réponse adéquate aux besoins de services plus spécialisés, comme des services médicaux, ou de réadaptation, soit par une collaboration plus étroite avec les autres ressources, soit en favorisant le développement et l'intégration de ces ressources dans les programmes de maintien à domicile.
- Une utilisation plus complémentaire des ressources d'aide communautaires, la définition de balises plus claires sur l'utilisation des ressources d'aide privées ou le recours à des modes d'allocation directe, une meilleure adaptation de l'offre de services en fonction des besoins et des capacités du réseau de support naturel, de même que l'établissement de mécanismes de contrôle et d'évaluation de la qualité des services dispensés par les agences privées, pourraient favoriser une utilisation plus adéquate des ressources d'aide et de soins à domicile, formelles et informelles, privées ou publiques.

- **SIMAD contribue au développement d'un «réseau» de soins et de services pour les personnes en perte d'autonomie à domicile. Certaines modifications portant sur les modes d'évaluation et de coordination des services d'aide et de soins de longue durée institutionnels ou dans la communauté, sur le partage des responsabilités et les modalités de collaboration entre CLSC et hôpitaux, de même que sur la gestion des programmes d'aide et de soins à domicile, pourraient favoriser cette évolution, qui va sans le sens d'une meilleure intégration des soins et des services aux personnes en perte d'autonomie.**
-

## CONCLUSION GÉNÉRALE

---

Cette évaluation du programme québécois de services intensifs de maintien à domicile rend compte de l'importance et de la portée stratégique de cette mesure dans le système de santé et de services sociaux, pour la réponse aux besoins des personnes en perte d'autonomie. Ainsi, les résultats de l'évaluation montrent que l'implantation du programme de services intensifs a permis de mettre en place des conditions nécessaires pour favoriser des changements dans les mentalités et dans les pratiques professionnelles, qui vont dans le sens du développement d'une perspective de maintien à domicile. Cette évolution se traduit par une plus grande "acceptabilité" et une plus grande tolérance au maintien à domicile de personnes en perte d'autonomie sévère et par une utilisation plus appropriée des ressources d'hébergement pour répondre aux besoins des clientèles bénéficiaires. Il semble que SIMAD ait été une occasion de faire la preuve de la faisabilité du maintien à domicile et que, de plus en plus, le recours à l'hébergement devient une des alternatives, lorsque le maintien à domicile n'est plus désirable ou n'est plus souhaité. De la même façon, le maintien à domicile de personnes ayant des pertes d'autonomie de plus en plus importantes, avec un programme comme SIMAD, "force" les collaborations entre les hôpitaux de soins de courte durée (CHSCD) et les Centres locaux de services communautaires (CLSC), qui assurent des services à domicile. Ces changements pourraient favoriser un décloisonnement des pratiques nécessaire pour une réponse plus adéquate aux besoins, pour des soins de courte et de longue durée des personnes maintenues à domicile. Ces collaborations sont essentielles puisque l'expérience démontre que l'utilisation inadéquate des services à domicile peut entraîner des recours "inappropriés" (ou évitables) aux ressources hospitalières, dont les salles d'urgence. De la même façon, une utilisation inadéquate des ressources de soins de courte durée (mauvaise planification des admissions ou des congés) peut nuire au maintien à domicile. Ces résultats produits par l'évaluation montrent donc que, même si SIMAD constitue un ajout relativement peu important de ressources, lorsqu'on considère le budget global alloué pour les programmes aux personnes en perte d'autonomie, les effets produits sur le système sont importants.

---

Les résultats de l'évaluation mettent par ailleurs en évidence l'interdépendance et les interrelations nécessaires entre les ressources d'aide et de soins à domicile et les ressources institutionnelles hospitalières et d'hébergement. Il semble que les changements observés dans cette étude vont dans le sens d'une intégration et d'une utilisation plus adéquate des différentes ressources et des différents services qui peuvent être requis pour répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie.

Cette évaluation a aussi été l'occasion d'une réflexion sur des situations ou des conditions qui peuvent être plus ou moins favorables au développement de programmes de maintien à domicile, comme SIMAD, de même qu'à l'intégration des ressources d'aide et de soins à domicile ou institutionnelles. Cette réflexion prend la forme d'une analyse des avantages et des inconvénients pour l'atteinte des différents ordres d'objectifs du programme, plutôt que celle de recommandations formelles et définitives. De façon plus spécifique, il ressort de cette analyse que le développement de mécanismes de coordination des différentes ressources visant des clientèles en perte d'autonomie et que le décloisonnement des différentes ressources (ou programmes) de maintien à domicile pourraient être favorables à la consolidation d'un réseau de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie. De plus, les résultats de l'évaluation suggèrent que, compte tenu de l'ampleur et de la diversité des besoins des clientèles admissibles au maintien à domicile, de la disponibilité des ressources d'aide formelles ou informelles, de l'incertitude qui existe encore quant à la meilleure façon de répondre aux besoins et, surtout, du consensus social qui se dégage autour du maintien à domicile, il apparaît souhaitable de faire preuve de souplesse dans l'organisation des services et de s'assurer de leur complémentarité avec les ressources communautaires et celles des réseaux de support. Enfin, en augmentant la disponibilité des ressources pour des services d'aide et de soins à domicile, il serait possible de mieux répondre aux besoins nombreux et variés des personnes en perte d'autonomie, sans devoir procéder à des choix difficiles. Ces choix, comme restreindre l'accès au programme à certains

---

groupes de clientèles, privilégier la réponse à certains ordres de besoins ou limiter l'utilisation de services plus spécialisés et plus coûteux, sont souvent nécessaires dans un contexte où les ressources sont plus limitées.

Même si le programme a évolué depuis la réalisation de l'étude, il est permis de croire, quand on consulte des données un peu plus récentes (CSSSM, 1990; Lacroix, F., 1990 b; Lambert, P., 1990), que le portrait des clientèles et de l'utilisation de SIMAD conserve toute son actualité de même que les résultats sur les effets du programme. Il s'agit surtout d'effets de système qui reflètent des changements en cours et qui sont susceptibles de se maintenir au-delà des changements dans les modalités de gestion du programme. Tout porte à croire que les conclusions de cette évaluation pourront aussi être utiles pour l'implantation d'autres programmes comparables ou pour le développement plus général d'une politique québécoise de maintien à domicile.

---

## LISTE DES RÉFÉRENCES

---

- AMYOT, C. ET COLL., (1987). Rapport d'évolution du programme Simad, Longueuil, CSSS de la Montérégie, avril.
- BÉLAND, F., (1983). L'évaluation de la politique des services à domicile du ministère des Affaires sociales: étude de cas, Québec, MAS, Évaluation de programmes, série «Étude et analyses», #8, 43 pages.
- BOLDUC, M., (1986). La politique et les programmes de services à domicile: constat et réflexions évaluatives, Québec, MSSS, Évaluation des programmes, Série «Études et analyses», #27, 31 pages.
- BRANCH, L.G.; JETTE, A.M., (1982). *A prospective study of long-term care institutionalization among the aged*, Am. J. Public Health, 72, pp.1373-79.
- BUREAU DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, (1986). Les personnes âgées au Québec, Québec, Statistiques démographiques, 255 pages.
- COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (COMMISSION ROCHON, 1987). Les services de santé et les services sociaux: Problématiques et enjeux, Québec, 221 pages.
- CRSSS-03, (1987). Plan d'organisation du programme de services intensifs de maintien à domicile, Québec, octobre.
- CRSSS-03 (1988), Plan d'organisation Simad 1 et 2, Québec, CRSSS-03, Direction des services aux personnes âgées et des services de maintien à domicile, 32 pages.
- CSSS DE LA RÉGION DE MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN, (1988). Rapport des activités pour l'année 1988-89, Montréal, CRSSSMM.
-

- 
- CSSS DE LA RÉGION DE LA MONTÉRÉGIE, (1987). Programme cadre des services intensifs de maintien à domicile révisé, Longueuil, décembre.
- CSSSM (1987). Programme-cadre révisé de services intensifs de maintien à domicile, Longueuil, 7 pages et annexes.
- CSSSM (1989). Simad: état de situation au 31 mars 1989, Longueuil, Direction de la coordination des services à la clientèle, 23 pages.
- CSSSM (1990), Simad: état de situation au 31 mars 1990, Longueuil, Direction de la coordination des services à la clientèle, 35 pages.
- GARANT, L; BOLDUC, M. (1990). L'aide par les proches; mythes et réalités. Direction de l'évaluation, Québec, MSSS, 157 pages.
- GOSSSELIN, C., (1986). *Évaluation des soins et services à domicile, des soins de répit et des services de protection pour les personnes âgées*, dans GRANDMAISON et coll., dir., Recension des écrits: évaluation des ressources alternatives à l'institutionnalisation des personnes âgées, tome IV, Montréal, CSSM, 100 pages et annexes.
- GRANGER, D.; PAQUETTE, M.; LÉVESQUE, L.; THÉRIAULT, V. (1989). Le bilan du fonctionnement des services 24/7 des régions de Lanaudière et des Laurentides, Montréal, Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières, rapport de recherche présenté au CLSC Thérèse-de-Blainville, 181 pages.
- GUBA, EG; LINCOLN, YS. (1989). Fourth Generation Evaluation, Newbury Park, Sage publications, 294 pages.
- HUGUES, SL. (1985). *Apples and Oranges? A review of Evaluations of Community Based Long-Term Care*, HSR: Health Services Research; vol. 20, n° 4, pp 463-88.
-

- 
- JOUBERT, P. Éditeur, (1990). *La gestion des ressources gériatriques: modes d'évaluation et d'organisation*, Administration hospitalière et sociale, vol. XXXVI, n° 2, mars-avril.
- JOUBERT, P.; LABERGE, A.; FORTIN, J.-P.; PARADIS, M.; DESBIENS F. (1990a). Évaluation du programme SIMAD: État d'avancement et résultats préliminaires, Centre de recherche du CHUL, Unité de recherche en santé communautaire, 36 pages.
- JOUBERT, P.; AUBÉ, D.; CÔTÉ, L.; DURAND, P.-J. (1990b). *Autonomie des personnes âgées*, dans: DSC des régions de Québec et de Chaudière/Appalaches et CSSS de la région de Québec, Pour la santé et le bien-être de la population des régions de Québec et de Chaudière/Appalaches, Québec, CRSSS, Document d'information #14, 25 pages.
- KANE, RA. (1988). *The Noblest Experiment of them all: Learning from the National Channeling Evaluation*, HSR: Health Services Research; 23:1, pp 190-98.
- KANE, RA.; KANE, RL. (1988). Long-Term Care: Principles, Programs and Policies. New York, Springer Publishing Company, 422 pages.
- LABERGE, A.; JOUBERT, P., (1989). Le monitoring de l'utilisation des services aux personnes âgées et en perte d'autonomie. Un cas-traceur: les fractures de la hanche, DSC du CHUL, Organisation et évaluation des services, 114 pages.
- LACROIX, F. (1990a). Étude des caractéristiques des clients requérant des services de longue durée (Simad2) et de leur utilisation de services, Québec, CRSSS de Québec, juin, 38 pages.
- LACROIX, F. (1990b). Programme Simad: bilan 1989-90 pour les CLSC du Québec métropolitain et de la périphérie de la région 03, Québec, CRSSS de Québec, août, 61 pages.
- LAMBERT, P. (1986). Programme de services intensifs à domicile pour personnes âgées en grande perte d'autonomie, Montréal, CSSSRMM, juin, 12 pages.
-

- 
- LAMBERT, P. (1990). Programme de services intensifs à domicile (Simad): bilan 1986-1990, Montréal, CRSSSMM, Programmation: secteur des services multidisciplinaires de première ligne, 29 pages.
- LAMBERT, P.; DRABBE, C., (1985). *Projet de financement des services de maintien à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie*, Document de travail, Montréal, CSSSRMM, 54 pages.
- MAJONE, G.; WILDAVSKY, A. (1979). *Implementation as Evolution*, in PRESSMAN, J.L.; WILDAVSKY, A. (Eds.), Implementation, 2<sup>nd</sup> ed., University of California Press: Berkeley, p.177-194.
- MECTEAU, M.; BLONDEAU, M.; HAINCE, S. (1988). La population du Québec selon le recensement canadien 1986 par groupe d'âge quinquennal et par sexe selon les territoires de CLSC, DSC et RSS, Québec, MSSS, Direction de l'évaluation, Services des études opérationnelles.
- MERCIER, P. ET COLL. (1991). Description de la clientèle et de l'utilisation des services de l'équipe ambulatoire de gériatrie du territoire du DSC du CHUL, Service de gériatrie et DSC du CHUL, janvier, 35 pages.
- MILES, MB; HUBERMAN, AM. (1984). Qualitative Data Analysis. Beverly Hills: Sage Publications, 263 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (1987). Rapport du Comité de réflexions et d'analyse des services dispensés par les CLSC, (Rapport Brunet), Québec, Direction générale de la planification et de l'évaluation et Direction générale de la prévention et des services communautaires, 91 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC, (1988). *Et la santé, ça va?* Rapport de l'enquête Santé Québec, tome 1. Québec, Les Publications du Québec.
-

- 
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC, (1988). Évaluation du programme de services intensifs de maintien à domicile (Simad): document explicatif, Québec, Service de l'évaluation-réadaptation et services de longue durée, juin, 12 pages.
- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES. (1979). Les services à domicile: politique du ministère des Affaires sociales, Québec, Direction des communications, 30 pages.
- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES. (1985). Un nouvel âge à partager: politique du MAS à l'égard des personnes âgées, Québec, Direction des communications, 61 pages.
- PARADIS, M. ET COLL. (1988). Les services intensifs de maintien à domicile: état de situation de l'utilisation des services après une année d'implantation, Québec, DSC du CHUL et CRSSS-03, 61 pages.
- PATTON, MQ. (1983). Qualitative Evaluation Research Methods, Beverly Hills: Sage Publications, 379 pages.
- PATTON, MQ. (1985). Practical Evaluation, Beverly Hills: Sage Publications, 319 pages.
- PATTON, MQ., (1987). Utilization Focused Evaluation, 2<sup>nd</sup> Ed., Beverly Hills: Sage Publications, 368 pages.
- RACINE, P.; JOUBERT, P., (1990). *L'évaluation et l'adaptation de pratiques auprès des personnes âgées en perte d'autonomie dans un contexte de changement*, Administration hospitalière et sociale, 36:2, 37-42.
- ROBERTS-GRAY, C.; SCHEIRER, M.A., (1988). *Checking the Congruence Between a Program and Its Organizational Environment*, in CONRAD, K.J.; ROBERTS-GRAY, C. (Eds.), Evaluating Program Environments, New Directions for Program Evaluation, San Francisco: Jossey-Bass, pp.63-82.
-

- 
- ROY, M. et coll. (1987). Dossier «Personnes âgées, Québec, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon), Programme de consultation d'experts, 193 pages.
- SAUCIER, A., (1989). Synthèse de l'étude sur l'alourdissement des clientèles placées dans les programmes offrant des services de longue durée, (recherche supervisée par TILQUIN, C., EROS, Université de Montréal) Québec, MSSS, Direction de l'évaluation, 14 pages.
- SHAPIRO, E.; ROOS, NP. (1989). *Predictors and Patterns of Nursing Home and Home Care Use*, E. Peterson M<sup>d</sup>, DL. White, Health Care of the Elderly: An Information Sourcebook, Newbury Park: Sage Publications, pp. 127-167.
- SHAPIRO, E.; TATE, R., (1988). *Who Is Really at Risk of Institutionalization?*, Gerontol. Soc. Ann., 28:2, pp.237-45.
- SICOTTE, C. (1982). Évaluation des bénéficiaires en CAH et en CHSP, Québec, MAS, Direction des politiques de santé, 25 pages et annexes.
- SPITZER, W. ET COLL. (1985). Analyse statistique, opérationnelle et clinique du phénomène de l'engorgement des salles d'urgence des CHCD de la région métropolitaine (06A), Montréal, Université McGill, 114 pages.
- ST-PIERRE, M.A. ET COLL., (1990). SÉRHM: Statistiques évolutives concernant les ressources humaines et matérielles du système sociosanitaire québécois, période 1980-1981 à 1988-1989, MSSS, Direction de l'évaluation, Services des études opérationnelles, collection «Données statistiques et indicateurs», DGPE #8, 63 pages.
- TRAHAN, L. (1989). Les facteurs associés à l'orientation des personnes âgées dans des établissements d'hébergement. Une revue de la littérature. Coll. Études et analyses. Québec, MSSS, Direction de l'évaluation, 100 pages.
-

- 
- TRAHAN, L.; BOLDUC, M.; BÉLANGER, L., (1991). Les mécanismes régionaux d'orientation et d'admission: description de la clientèle et évaluation du processus décisionnel, Québec, MSSS, Direction de l'évaluation, chapitre 4.
- TRÉPANIÉ, A. (1985). Perspectives d'avenir à propos du projet «cas lourds», Document de travail, Montréal, CSSSRMM.
- TRÉPANIÉ, A. (1986). Services à domicile dans la région 06A: éléments du système de santé et des services sociaux à développer en priorité, Montréal, CRSSSMM, Programmation: secteur des services de première ligne, 65 pages et annexes.
- TRÉPANIÉ, A. (1988). Programme de services intensifs à domicile: rapport d'activités et tableaux statistiques, 1987-88, Montréal, CRSSSMM, Programmation: secteur des services de première ligne, 22 pages et annexes.
- TRÉPANIÉ, A. ET LAMBERT, P. (1987). Programme de services intensifs à domicile: Rapport d'activités et bilan statistique 1986-87, CSSSRMM, Montréal, 27 pages.
- WAN, TTH. (1987). *Evaluation Research in Long-Term Care. Scope and Methodology*, Research on Aging; vol 8, n° 4, pp 559-85.
- WEISSERT, WG. (1985). *Seven Reasons Why it is so Difficult to Make Community-Based Long-Term Care Cost-Effective*, HSR: Health Services Research; vol 20, n° 4, pp 423-33.
- WEISSERT, WG. (1988). *The National Channeling Demonstration: What we Knew, Know Now, and Still Need to Know*. HSR: Health Services Research; vol 23, n° 1, pp 175-87.
- WEISSERT, WG.; CREADY, CM., PAWELAK, JE. (1988). *The Past and Future of Home and Community - based Long-Term Care*. The Milbank Quarterly; vol 66, n° 2, pp 309-88.
-

WILDAVSKY, A. (1979). *Implementation in Contexte*, in PRESSMAN, J.L.; WILDAVSKY, A. (Eds.), Implementation, 2<sup>nd</sup> ed., University of California Press: Berkeley, p.163-176.

WOOLDRIDGE, J.; SCHORE, J. (1988). *The Evaluation of the National Long-Term Care Demonstration: 7. The Effect of Channelong on the Use of Nursing Homes, Hospitals, and Other Medical Services*, HSR: Health Services Research; vol 23, n° 1, pp 119-29.

---

## **ANNEXES**

## **ANNEXE A**

### **Liste des personnes rencontrées ou consultées**

1. Les entrevues exploratoires ou complémentaires
2. Les entrevues dans les quatorze CLSC

**1. LES ENTREVUES EXPLORATOIRES OU COMPLÉMENTAIRES****1. RÉGION DE LA MONTÉRÉGIE**

Gilles Charest, CLSC Jardins du Québec  
Carole Choinière, CRSSS de la Montérégie  
Pauline Dufour, CH Honoré Mercier  
Claudette Lafrenière, CRSSS de la Montérégie  
Claudette Lagacé, CRSSS de la Montérégie  
Jocelyne Nadeau, CH Honoré Mercier  
Maurice Roy, CLSC Samuel de Champlain  
Luc Tremblay, CRSSS de la Montérégie

**2. RÉGION DE MONTRÉAL**

Micheline Aubin, CH Sacré-Coeur  
Caroline Drouin, CH Sacré-Coeur  
Pierre Durocher, CLSC St-Michel  
Jacques Giroux, CRSSS de Montréal métropolitain  
Louise Lamarche, CLSC St-Michel  
Pierrette Lambert, CRSSS de Montréal métropolitain  
Lorraine Lepipas, CH Fleury  
Jeanne Morency, CH Fleury  
Renée O'Dwyer, CRSSS de Montréal métropolitain  
Francine Rochon, CRSSS de Montréal métropolitain  
Colette Tracyk, CRSSS de Montréal métropolitain  
André Trépanier, CRSSS de Montréal métropolitain

**3. RÉGION DE QUÉBEC**

Michèle Auclair, CRSSS de Québec  
Denise Beaulieu, CH de l'Enfant-Jésus  
Henri Doyon, CLSC Limoilou  
Pierre J. Durand, CH Université Laval  
Gaétan Garon, CH Courchesne et CLSC Haute-Ville  
Francine Lacroix, CRSSS de Québec  
Lucie Lacroix, CRSSS de Québec  
Rita Letarte, CLSC Orléans  
Denise Riendeau, CRSSS de Québec et CLSC La Source  
Suzanne Vézina, CH de l'Enfant-Jésus

---

**4. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX**

Jean-Marc Bernard, Service de l'évaluation, prévention et services communautaires

Mario Bolduc, Service de l'évaluation, réadaptation et services de longue durée

Guy Gagné, Direction Liaisons/Recouvrement de la santé

André Huot, Service des programmes à la communauté

Marc-André Maranda, Direction de la planification

Louise Meunier, Service des programmes à la communauté

Michel Tétréault, Président Groupe tactique d'intervention

---

## 2. LES ENTREVUES DANS LES QUATORZE CLSC

### 1. RÉGION DE LA MONTRÉGIE

#### CLSC Huntingdon

Jacques Renaud, directeur général  
Louise St-Aubin, coordonnatrice du maintien à domicile  
Patricia Lafleur, travailleuse sociale  
Manon Landry, infirmière

#### CLSC Vallée des Forts

Mario Lafrenière, directeur général  
Céline Choinière, coordonnatrice du maintien à domicile  
Manon Tremblay, technicienne en assistance sociale

#### CLSC Longueuil Ouest

Luc Genest, directeur général  
Françoise Lamontagne, coordonnatrice du maintien à domicile  
Marie Gagné, coordonnatrice des auxiliaires familiales  
Denise Perron, technicienne en assistance sociale  
Johanne Bisson, infirmière chef d'équipe

#### CLSC Vallée des Patriotes

Jean-Yves Leblanc, directeur général  
Robert Ste-Marie, coordonnateur du maintien à domicile  
Colette Claing, infirmière chef d'équipe  
Nicole Gladue, travailleuse sociale  
Lionelle Dubé, chef d'équipe des auxiliaires familiales

### 2. RÉGION DE MONTRÉAL

#### CLSC Villeray

Monique Tessier, directrice générale  
Johanne Leriche, coordonnatrice du maintien à domicile  
Francine Giguère, infirmière  
André Beauchemin, médecin  
Doris Brisson, travailleuse sociale  
Nathalie Labbé, ergothérapeute

---

CLSC Centre-Sud

Renée Spain, directrice générale  
Francine Drouin, coordonnatrice du maintien à domicile  
Diane Lacombe, infirmière  
Claire Trudel, auxiliaire familiale  
Hélène Légaré, technicienne en assistance sociale

CLSC Rosemont

Jacinthe Cliche, directrice du maintien à domicile et de l'hébergement  
Lise Gagnon, coordonnatrice du maintien à domicile  
Hélène Lafrance, infirmière  
Sylvie St-Pierre, infirmière  
Ginette Poirier, ergothérapeute  
Monique Bourque, travailleuse sociale  
Ginette Dumontet, auxiliaire familiale

CLSC Montréal-Nord

Pierre Ouimet, directeur général  
Roger Dumais, coordonnateur du maintien à domicile  
Michèle Dallaire, infirmière responsable de l'équipe SIMAD  
Nicole Carrier, travailleuse sociale  
Maggie Gilet, auxiliaire familiale

CLSC Métro

Marie Beauchamp, directrice  
Danielle Schepper, adjointe administrative  
Céline Bureau, coordonnatrice du maintien à domicile  
Line Gravel, infirmière  
Nadia Galligare, coordonnatrice des infirmières de SIMAD  
Margot Garant, auxiliaire familiale  
Alice Morrisson, coordonnatrice des infirmières  
Jean Lachance, travailleur social

CLSC Côtes-des-Neiges

Jacques Lorion, directeur général  
Guylaine Provost, coordonnatrice du maintien à domicile  
Liette Bernard, ergothérapeute  
Francine Coutu, infirmière  
Françoise Tillman, travailleuse sociale

---

**3. RÉGION DE QUÉBEC****CLSC Arthur-Caux**

Paul Coulombe, directeur général  
Réjean Dion, coordonnateur du maintien à domicile  
Danielle Dussault, technicienne en assistance sociale  
Florence Hébert, auxiliaire familiale  
Jacqueline Guimont, infirmière  
Danielle Laberge, infirmière  
Carmen Boutin, médecin  
Martine Quirion, technicienne en éducation spécialisée  
Clément Gourde, chef d'équipe

**CLSC La Source**

Louis Blanchette, directeur général  
Denise Riendeau, directrice des programmes de maintien à domicile  
Ghislaine Beaumont, coordonnatrice secteur social  
Lise Laflamme, coordonnatrice des auxiliaires familiales  
Yolande Gauvin, coordonnatrice des infirmières

**CLSC Ste-Foy/Sillery**

Marcel Beaulieu, directeur des services communautaires  
Lise Gauthier, coordonnatrice de l'aide à domicile  
Lorraine Ouellet, infirmière  
Line Alain, auxiliaire familiale  
Jacques Beaulieu, intervenant social

**CLSC Basse-Ville**

André Métivier, directeur général  
Martine Bélanger, coordonnatrice du maintien à domicile  
Denis Dupuis, travailleur social  
Carmen Perron, infirmière  
Solange Vallières, infirmière

---

## **ANNEXE B**

### **Les instruments de cueillette de données**

1. **Guide pour les entrevues avec les informateurs-clés**
2. **Schémas d'entrevues pour la cueillette de données dans les CLSC**
3. **Grille de cueillette de données sur les caractéristiques des bénéficiaires et sur l'utilisation des services**

## 1. GUIDE POUR LES ENTREVUES AVEC LES INFORMATEURS-CLÉS

### A) MISE EN SITUATION

Présentation par les chercheurs du projet d'évaluation des services intensifs de maintien à domicile (simad) et des objectifs de l'entrevue.

### B) DÉROULEMENT DE L'ENTREVUE

1. Description des expériences professionnelles, particulièrement celles qui sont en relation avec le programme SIMAD.
2. Description du programme, à partir de leur compréhension personnelle des objectifs poursuivis, des clientèles-cibles, du fonctionnement et des services fournis par SIMAD.
3. Discussion sur les points forts (ce que SIMAD a permis de solutionner ou d'améliorer) et les points faibles du programme (les nouveaux problèmes et ceux qui demeurent); identification de certaines cibles qui apparaissent stratégiques pour cette évaluation.
4. Identification d'informateurs-clés qui pourraient être rencontrés et de CLSC qui pourraient être échantillonnés pour la réalisation de cette évaluation. Justifications de ces choix.
5. Discussion sur d'autres aspects qui n'ont pas été abordés dans cette entrevue et qui apparaissent importants pour les fins de l'évaluation.

Durée prévue: 1 - 1 heures 30.

## 2. SCHÉMAS D'ENTREVUES POUR LA CUEILLETTE DE DONNÉES DANS LES CLSC

### ENTREVUE AVEC LES DIRECTEURS GÉNÉRAUX

L'entrevue avec le directeur général a pour objectif principal de décrire la «personnalité» de l'organisation. Plus particulièrement, il s'agira: de faire le portrait du territoire et des milieux desservis par le CLSC; de comprendre la philosophie d'intervention du CLSC; de définir la place des programmes de maintien à domicile dans le CLSC, de même que la nature des liens qui existent entre SIMAD et le maintien à domicile régulier; de décrire les approches et les modalités de gestion administrative et financière du CLSC, en regard du maintien à domicile et de SIMAD; d'identifier les principaux effets de SIMAD et de vérifier comment certaines situations peuvent être propices ou non au succès de ce genre de programme.

#### A) Description de la personnalité du CLSC et de son territoire

1. Faits marquants de l'implantation du CLSC
2. Caractéristiques du territoire et de la clientèle
3. Caractéristiques du CLSC
  - ressources humaines et financières
  - philosophie d'intervention, approches professionnelles
  - style de gestion
  - programmation, composition des équipes
  - place du MAD dans le CLSC

#### B) Compréhension et implantation de SIMAD au CLSC

4. Problèmes à l'origine de SIMAD: objectifs et clientèles visés
5. Faits marquants de l'implantation de SIMAD au CLSC
6. Place de SIMAD dans le maintien à domicile

#### C) Gestion des ressources humaines et financières

7. Ressources humaines et financières pour SIMAD
  8. Modes d'allocation et de gestion de ces ressources
-

9. Modalités de facturation: types de services, distribution des coûts
10. Coût moyen par bénéficiaire
11. Gestion de la rareté des ressources
  - . recours à des formules d'allocation directe
  - . recours aux ressources communautaires
  - . recours aux agences privées
  - . restrictions des services
  - . contribution du bénéficiaire et de ses proches
  - . autres

D) Effets de SIMAD

12. Effets sur le maintien à domicile
  - . allourdissement des clients du MAD et de SIMAD
  - . engorgement du MAD et de SIMAD
  - . liste d'attente de services
  - . pratiques professionnelles
13. Effets sur le recours aux ressources hospitalières de courte durée, dont les urgences
14. Effets sur l'hébergement
  - . évolution des listes d'attente
  - . allourdissement des clientèles hébergées
15. Effets sur le client (misère ou maintien à domicile?)
16. Effets sur le réseau d'aide naturel (substitution ou synergie?)
17. Effets sur les coûts de prise en charge
18. Autres effets

E) Situations propices ou non à l'implantation de SIMAD et à l'atteinte de ses objectifs

19. L'association aux mesures de désengorgement des urgences
  20. La centralisation versus la décentralisation des budgets
  21. La gestion séparée des budgets MAD et SIMAD
  22. La non récurrence versus la récurrence des budgets
-

23. Les relations avec les établissements (particulièrement les CHSCD)
24. Le recours aux ressources privées
25. Autres

F) Problèmes et recommandations

26. Principaux problèmes
    - non résolus par SIMAD
    - engendrés par SIMAD
  27. Recommandations
    - pour améliorer SIMAD
    - pour implanter des programmes comparables
  28. Appréciation globale
-

## ENTREVUE AVEC LE COORDONNATEUR DU MAINTIEN À DOMICILE

L'entrevue avec le coordonnateur du maintien à domicile a comme objectif principal de bien décrire les modalités de gestion administrative et clinique de SIMAD et du maintien à domicile, d'identifier les principaux effets de SIMAD et de vérifier comment certaines situations peuvent être propices ou non au succès de ce genre de programme.

- A) Rôles et fonctions du coordonnateur du MAD
  - B) Compréhension et implantation de SIMAD au CLSC
    - 1. Problèmes à l'origine de SIMAD: objectifs et clientèles visés
    - 2. Faits marquants de l'implantation de SIMAD au CLSC
    - 3. Place de SIMAD dans le programme de maintien à domicile
  - C) Gestion administrative et clinique de SIMAD
    - 4. Quantité et qualité des ressources humaines
    - 5. Modalités de gestion administrative et clinique
      - lignes d'autorité
      - lignes de partage et d'intégration de SIMAD et du MAD
    - 6. Encadrement professionnel et formation
  - D) Caractéristiques de la clientèle
    - 7. Caractéristiques socio-démographiques
    - 8. Sources et motifs de référence
    - 9. Importance des besoins de soins et de services
    - 10. Clientèles non desservies ou en attente de services
-

**E) Évaluation des besoins et des services****11. Modalités d'acheminement des demandes**

- du domicile
- des CHSCD

**12. Modalités d'évaluation des demandes (domicile, CHSCD)**

- réception de la demande
- critères d'admissibilité et de priorisation
- mécanismes et outils d'évaluation
- détermination des heures/services
- délais d'évaluation des demandes

**F) Modalités de dispensation des services****13. Nature et importance des services dispensés**

- moyenne d'heures/service/cas
- durée moyenne de prise en charge
- délais d'accès aux services

**14. Modalités de suivi et de réévaluation des besoins****15. Gestion de la rareté des ressources**

- recours aux travailleurs autonomes
- utilisation des ressources communautaires
- utilisation des ressources familiales

**G) Effets de SIMAD****16. Effets sur le maintien à domicile**

- allourdissements des clientèles
  - engorgement de SIMAD et liste d'attente
  - pratiques professionnelles
-

17. Effets sur le recours à l'hébergement
  - évolution des listes d'attente
  - allourdissement des clientèles
18. Effets sur le recours aux services hospitaliers de courte durée, dont les urgences
19. Effets sur le client (misère ou maintien à domicile?)
20. Effets sur le réseau de support naturel (synergie ou substitution?)
21. Effets sur les coûts de prise en charge
22. Autres effets

H) Situations propices ou non à l'implantation de SIMAD et à l'atteinte de ses objectifs

19. L'association aux mesures de désengorgement des urgences
20. La centralisation versus la décentralisation des budgets
21. La gestion séparée des budgets MAD et SIMAD
23. La non récurrence versus la récurrence des budgets
24. Les relations avec les établissements (particulièrement les CHSCD)
25. Le recours aux ressources privées
26. Autres

I) Problèmes et recommandations

27. Principaux problèmes
    - non résolus par SIMAD
    - engendrés par SIMAD
  28. Recommandations
    - pour améliorer SIMAD
    - pour implanter des programmes comparables
  29. Appréciation globale
-

## ENTREVUE AVEC LES INTERVENANTS

L'entrevue avec les intervenants a pour objectif principal de décrire plus concrètement la philosophie et les approches d'intervention, les modalités de dispensation des services, les principaux problèmes d'application de ce genre de programme et les effets observés, particulièrement ceux relatifs aux bénéficiaires.

### A) Compréhension de SIMAD

1. Définition de SIMAD: clientèles et objectifs visés
2. Faits saillants de l'implantation de SIMAD au CLSC
3. Relations entre SIMAD et le MAD régulier

### B) Caractéristiques de la clientèle

4. Caractéristiques sociodémographiques
5. Sources et motifs de référence
6. Importance des besoins de soins et de services
7. Clientèles non desservies ou en attente de services

### C) Évaluation des besoins et des services: cheminement type

8. Modalités d'acheminement des demandes
    - du domicile
    - des CHSCD
  9. Modalités d'évaluation des demandes (domicile, CHSCD)
    - réception de la demande
    - critères d'admissibilité et de priorisation
    - mécanismes et outils d'évaluation
    - détermination des heures/services
    - délais d'évaluation des demandes
-

**D) Modalités de dispensation des services**

10. Nature et importance des services dispensés
  - moyenne d'heures/services dispensés par cas
  - durée moyenne de prise en charge
  - délais d'accès aux services
11. Modalités de suivi et de réévaluation des besoins
12. Gestion de la rareté des ressources
  - recours aux agences privées
  - recours à des formes d'allocation directe
  - utilisation des ressources communautaires
  - restriction des services dispensés
  - contribution du bénéficiaire et de ses proches

**E) Effets de SIMAD**

13. Effets sur le maintien à domicile
  - allourdissements des clientèles
  - engorgement de SIMAD et liste d'attente
  - pratiques professionnelles
14. Effets sur le recours à l'hébergement
  - évolution des listes d'attente
  - alourdissement des clientèles
15. Effets sur le recours aux services hospitaliers de courte durée, dont les urgences
16. Effets sur le client (misère ou maintien à domicile?)
17. Effets sur le réseau de support naturel (synergie ou substitution?)
18. Effets sur les intervenants et les approches professionnelles
19. Autres

**F) Problèmes et recommandations**

20. Principaux problèmes
    - non résolus par SIMAD
    - engendrés par SIMAD
-

21. **Recommandations**
    - **pour améliorer SIMAD**
    - **pour implanter des programmes comparables**
  22. **Appréciation globale**
-

3. **GRILLE DE CUEILLETTE DE DONNÉES SUR LES  
CARACTÉRISTIQUES DES BÉNÉFICIAIRES ET  
SUR L'UTILISATION DES SERVICES**

A. **Caractéristiques de la clientèle**

1. N° d'identification

— — —

2. Région de provenance

- Montréal  
 Montérégie  
 Québec

—

3. CLSC d'admission:

—

4. Âge à l'entrée dans l'étude

— — —

5. Sexe

- féminin  
 masculin

—

6. Statut de corésidence

- vit seul  
 vit avec d'autres

—

7. Provenance du bénéficiaire

- CHSCD  
 domicile  
 autres lieux

—

8. Ancienneté du bénéficiaire

- admis avant le 18/06/89  
 admis entre le 18/06/89 et le 31/12/89

—

## 9. Motif d'admission au programme

- phase pré ou terminale
- attente d'hébergement (CAH, CLSLD)
- post-hospitalisation
- maintien à domicile à long terme

—

## 10. Présence de problèmes neuropsychiatriques au moment de l'admission

- oui
- non

—

## 11. Date d'admission au programme: (an, mois, jour)

-----

## 12. Date de la fin des services

-----

## 13. Motif de la cessation des services

- décès
- hospitalisation temporaire (CHSCD)
- hébergement définitif (CAH ou CHSLD)
- Stabilisation de la situation, déménagement, annulation de la demande
- Autre motif (ex.: hébergement temporaire)

—

**B. Nombre d'heures/services par période administrative et par type de services**

Période  Du \_\_\_\_\_ Au \_\_\_\_\_

Services:	soins infirmiers	_____	_____	_____	_____
	soutien/assistance	_____	_____	_____	_____
	gardiennage	_____	_____	_____	_____
	physio/ergo	_____	_____	_____	_____
	autre	_____	_____	_____	_____

Période  Du \_\_\_\_\_ Au \_\_\_\_\_

Services:	soins infirmiers	_____	_____	_____	_____
	soutien/assistance	_____	_____	_____	_____
	gardiennage	_____	_____	_____	_____
	physio/ergo	_____	_____	_____	_____
	autre	_____	_____	_____	_____

Période  Du \_\_\_\_\_ Au \_\_\_\_\_

Services:	soins infirmiers	_____	_____	_____	_____
	soutien/assistance	_____	_____	_____	_____
	gardiennage	_____	_____	_____	_____
	physio/ergo	_____	_____	_____	_____
	autre	_____	_____	_____	_____

Période  Du \_\_\_\_\_ Au \_\_\_\_\_

Services:	soins infirmiers	_____	_____	_____	_____
	soutien/assistance	_____	_____	_____	_____
	gardiennage	_____	_____	_____	_____
	physio/ergo	_____	_____	_____	_____
	autre	_____	_____	_____	_____

Période  Du \_\_\_\_\_ Au \_\_\_\_\_

Services:	soins infirmiers	_____	_____	_____	_____
	soutien/assistance	_____	_____	_____	_____
	gardiennage	_____	_____	_____	_____
	physio/ergo	_____	_____	_____	_____
	autre	_____	_____	_____	_____

Période  Du \_\_\_\_\_ Au \_\_\_\_\_

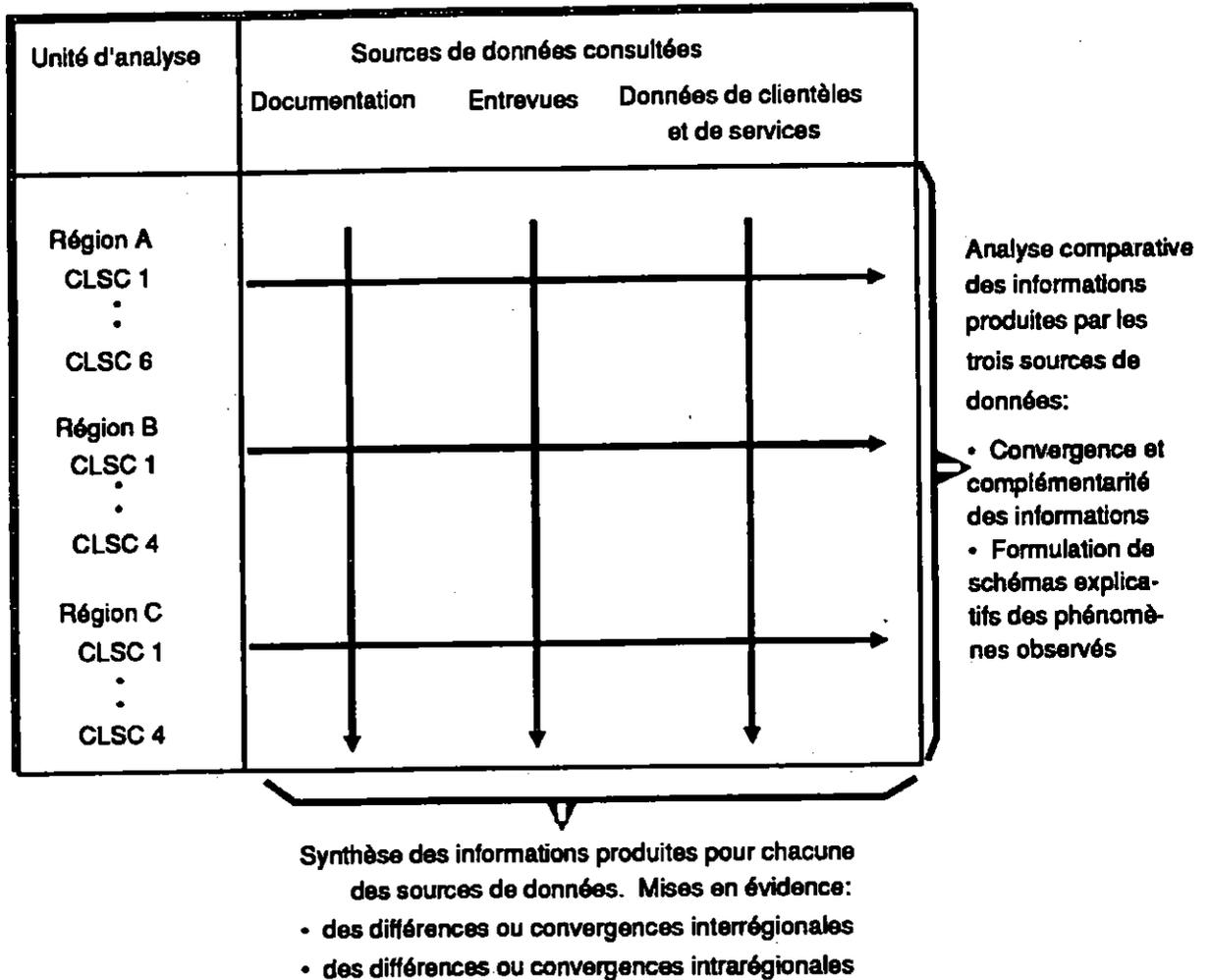
Services:	soins infirmiers	_____	_____	_____
	soutien/assistance	_____	_____	_____
	gardiennage	_____	_____	_____
	physio/ergo	_____	_____	_____
	autre	_____	_____	_____

Période  Du \_\_\_\_\_ Au \_\_\_\_\_

Services:	soins infirmiers	_____	_____	_____
	soutien/assistance	_____	_____	_____
	gardiennage	_____	_____	_____
	physio/ergo	_____	_____	_____
	autre	_____	_____	_____

**ANNEXE C**  
**Stratégie d'analyse**

1. **CIBLE D'ÉVALUATION**  
 (ex.: les relations entre les CHSD et les CLSC)



## **ANNEXE D**

### **Les autres tableaux de l'étude**

**TABLEAU 1: ÂGE MOYEN ET MÉDIAN SELON LA RÉGION ET LE CLSC**a) **Région de Montréal**

CLSC	MOYENNE	MÉDIANE	(ÉTENDUE)
CLSC 1	80,8	82,0	(62-95)
CLSC 2	77,1	76,5	(53-94)
CLSC 3	78,5	82,0	(56-96)
CLSC 4	74,3	76,0	(44-90)
CLSC 5	81,8	84,0	(64-97)
CLSC 6	76,5	76,0	(59-90)
TOTAL	78,5	79,0	(44-97)

b) **Région de Québec**

CLSC	MOYENNE	MÉDIANE	(ÉTENDUE)
CLSC 7	74,8	76,0	(44-102)
CLSC 8	69,6	72,0	(33-97)
CLSC 9	72,6	74,0	(48-89)
CLSC 10	73,5	76,5	(36-84)
TOTAL	72,6	75,0	(33-102)

c) **Région de la Montérégie**

CLSC	MOYENNE	MÉDIANE	(ÉTENDUE)
CLSC 11	68,4	70,0	(34-94)
CLSC 12	76,3	77,0	(54-95)
CLSC 13	78,4	82,0	(42-96)
CLSC 14	71,2	71,0	(42-91)
TOTAL	72,0	73,0	(34-96)

**TABLEAU 2: DISTRIBUTION SELON L'ÂGE, LA RÉGION ET LE CLSC****a) Région de Montréal**

GROUPE D'ÂGE	CLSC 1		CLSC 2		CLSC 3		CLSC 4		CLSC 5		CLSC 6		TOTAL	
	Nb	(%)	Nb	(%)										
< 80	25	(45,5)	26	(65,0)	9	(34,6)	16	(66,7)	6	(26,1)	13	(68,4)	95	(50,8)
≥ 80	30	(54,5)	14	(35,0)	17	(65,4)	8	(33,3)	17	(73,9)	6	(31,6)	92	(49,2)
TOTAL	55	(100,0)	40	(100,0)	26	(100,0)	24	(100,0)	23	(100,0)	19	(100,0)	187	(100,0)

$\chi^2$  5 dl = 16,98;  $p = 0,0045$

**b) Région de Québec**

GROUPE D'ÂGE	CLSC 7		CLSC 8		CLSC 9		CLSC 10		TOTAL	
	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)
< 80	32	(64,0)	36	(80,0)	30	(68,2)	16	(66,7)	114	(69,9)
≥ 80	18	(36,0)	9	(20,0)	14	(31,8)	8	(33,3)	49	(30,1)
TOTAL	50	(100,0)	45	(100,0)	44	(100,0)	24	(100,0)	163	(100,0)

$\chi^2$  3 dl = 3,19;  $p = 0,3629$

**c) Région de la Montérégie**

GROUPE D'ÂGE	CLSC 11		CLSC 12		CLSC 13		CLSC 14		TOTAL	
	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)
< 80	59	(79,7)	20	(60,6)	8	(38,1)	13	(68,4)	100	(68,0)
≥ 80	15	(20,3)	13	(39,4)	13	(61,9)	6	(31,6)	47	(32,0)
TOTAL	74	(100,0)	33	(100,0)	21	(100,0)	19	(100,0)	147	(100,0)

$\chi^2$  3 dl = 13,52;  $p < 0,0036$

TABLEAU 3: DISTRIBUTION SELON LA CORÉSIDENCE, LA RÉGION ET LE CLSCa) Région de Montréal

CORÉSIDENCE	CLSC 1		CLSC 2		CLSC 3		CLSC 4		CLSC 5		CLSC 6		TOTAL	
	Nb	(%)	Nb	(%)										
VIT SEUL	22	(40,0)	16	(40,0)	14	(53,9)	11	(45,8)	9	(40,9)	12	(63,2)	84	(45,2)
VIT AVEC D'AUTRES	33	(60,0)	24	(60,0)	12	(46,1)	13	(54,2)	13	(59,1)	7	(36,8)	102	(54,8)
TOTAL*	55	(100,0)	40	(100,0)	26	(100,0)	24	(100,0)	22	(100,0)	19	(100,0)	187	(100,0)

\* 1 donnée manquante  
 $\chi^2$  5dl = 4,46; p = 0,4848

b) Région de Québec

CORÉSIDENCE	CLSC 7		CLSC 8		CLSC 9		CLSC 10		TOTAL	
	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)
VIT SEUL	16	(32,0)	10	(22,2)	21	(47,7)	6	(25,0)	53	(32,5)
VIT AVEC D'AUTRES	34	(68,0)	35	(77,8)	23	(52,3)	18	(75,0)	110	(67,5)
TOTAL	50	(100,0)	45	(100,0)	44	(100,0)	24	(100,0)	163	(100,0)

$\chi^2$  3 dl = 7,44; p = 0,592

c) Région de la Montérégie

CORÉSIDENCE	CLSC 11		CLSC 12		CLSC 13		CLSC 14		TOTAL	
	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)
VIT SEUL	12	(16,2)	11	(33,3)	5	(23,8)	2	(11,1)	30	(20,6)
VIT AVEC D'AUTRES	62	(83,8)	22	(66,7)	16	(76,2)	16	(88,9)	116	(79,5)
TOTAL*	74	(100,0)	33	(100,0)	21	(100,0)	18	(100,0)	146	(100,0)

1 donnée manquante  
 $\chi^2$  3 dl = 5,27; p = 0,1528

TABLEAU 4 DISTRIBUTION SELON L'ÂGE, LA CORÉSIDENCE ET LA RÉGIONa) Région de Montréal

GROUPE D'ÂGE	VIT SEUL		AVEC D'AUTRES		TOTAL	
	NB	%	NB	%	NB	(%)
< 80	39	(46,4)	55	(53,9)	94	(50,5)
≥ 80	45	(53,6)	47	(46,1)	92	(49,5)
TOTAL*	84	(100,0)	102	(100,0)	186	(100,0)

\* 1 donnée manquante  
 $\chi^2$  1dl = 1,035 ; p = 0,309

b) Région de Québec

GROUPE D'ÂGE	VIT SEUL		AVEC D'AUTRES		TOTAL	
	NB	(%)	NB	(%)	NB	(%)
< 80	38	(71,7)	76	(69,1)	114	(69,9)
≥ 80	15	(28,3)	34	(30,9)	49	(30,1)
TOTAL	53	(100,0)	110	(100,0)	163	(100,0)

$\chi^2$  1dl = 0,116 ; p = 0,734

c) Région de la Montérégie

GROUPE D'ÂGE	VIT SEUL		AVEC D'AUTRES		TOTAL	
	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)
< 80	19	(63,3)	80	(69,0)	99	(67,8)
≥ 80	11	(36,7)	36	(31,0)	47	(32,2)
TOTAL*	30	(100,0)	116	(100,0)	146	(100,0)

\* 1 donnée manquante  
 $\chi^2$  1dl = 0,346 ; p = 0,556

**TABLEAU 5: DISTRIBUTION SELON LE MOTIF D'ADMISSION, LA RÉGION ET LE CLSC**a) **Région de Montréal**

MOTIF D'ADMISSION	CLSC 1		CLSC 2		CLSC 3		CLSC 4		CLSC 5		CLSC 6		TOTAL	
	NB	(%)	NB	(%)	N B	(%)	N B	(%)	N B	(%)	N B	(%)	NB	(%)
Phase pré ou terminale	5	(9,1)	8	(25,8)	4	(15,4)	5	(20,8)	3	(13,0)	2	(10,5)	27	(15,2)
Attente CAH/CHSLD	6	(10,9)	2	(6,5)	2	(7,7)	0	(0,0)	4	(17,4)	1	(5,3)	15	(8,4)
Post-hospitalisation	3	(5,5)	1	(3,2)	4	(15,4)	2	(8,3)	3	(13,0)	2	(10,5)	15	(8,4)
MAD long terme	41	(74,6)	20	(64,5)	16	(61,5)	17	(70,8)	13	(56,5)	14	(73,7)	121	(67,9)
<b>TOTAL*</b>	<b>55</b>	<b>(100,0)</b>	<b>31</b>	<b>(100,0)</b>	<b>26</b>	<b>(100,0)</b>	<b>24</b>	<b>(100,0)</b>	<b>23</b>	<b>(100,0)</b>	<b>19</b>	<b>(100,0)</b>	<b>178</b>	<b>(100,0)</b>

\* 9 données manquantes

b) **Région de Québec**

MOTIF D'ADMISSION	CLSC 7		CLSC 8		CLSC 9		CLSC 10		TOTAL	
	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%
Phase pré ou terminale	17	(34,0)	11	(24,4)	4	(9,1)	4	(16,7)	36	(22,1)
Attente CAH/CHSLD	7	(14,0)	5	(11,1)	5	(11,4)	0	(0,0)	17	(10,4)
Post-hospitalisation	7	(14,0)	10	(22,2)	12	(27,3)	2	(8,3)	31	(19,0)
MAD long terme	19	(38,0)	19	(42,3)	23	(52,3)	18	(75,0)	79	(48,4)
<b>TOTAL</b>	<b>55</b>	<b>(100,0)</b>	<b>45</b>	<b>(100,0)</b>	<b>44</b>	<b>(100,0)</b>	<b>24</b>	<b>(100,0)</b>	<b>163</b>	<b>(100,0)</b>

**TABLEAU 5: DISTRIBUTION SELON LE MOTIF D'ADMISSION, LA RÉGION ET LE CLSC****c) Région de la Montérégie**

MOTIF D'ADMIS- SION	CLSC 11		CLSC 12		CLSC 13		CLSC 14		TOTAL	
	NB	(%)	NB	(%)	NB	(%)	NB	(%)	NB	(%)
Phase pré ou terminale	37	(50,0)	8	(24,2)	7	(33,3)	5	(26,3)	57	(38,8)
Attente CAH/CHSLD	2	(2,7)	8	(24,2)	1	(4,8)	2	(10,5)	13	(8,8)
Post-hospitalisation	13	(17,6)	4	(12,1)	0	(0,0)	3	(15,8)	20	(13,6)
MAD long terme	22	(29,7)	14	(39,4)	13	(61,9)	9	(47,4)	57	(38,8)
<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>(10- 0,0)</b>	<b>33</b>	<b>(10- 0,0)</b>	<b>21</b>	<b>(10- 0,0)</b>	<b>19</b>	<b>(10- 0,0)</b>	<b>147</b>	<b>(100,0)</b>

**TABLEAU 6: DISTRIBUTION SELON LE MOTIF D'ADMISSION, L'ÂGE ET LA RÉGION****a) Région de Montréal**

GROUPE D'ÂGE	Phase pré ou terminale		Post-hospitalisation		Attente d'hébergement		MAD long terme		TOTAL	
	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)
<80 ans	21	(77,8)	7	(46,7)	3	(20,0)	59	(48,8)	90	(50,6)
≥80 ans	6	(22,2)	8	(53,3)	12	(80,0)	62	(51,2)	88	(49,4)
TOTAL*	27	(100,0)	15	(100,0)	15	(100,0)	121	(100,0)	178	(100,0)

\* 9 données manquantes

**b) Région de Québec**

GROUPE D'ÂGE	Phase pré ou terminale		Post-hospitalisation		Attente d'hébergement		MAD long terme		TOTAL	
	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)
<80 ans	30	(83,3)	25	(80,7)	8	(47,1)	51	(64,6)	114	(69,9)
≥80 ans	6	(16,7)	6	(19,3)	9	(52,9)	28	(35,4)	49	(30,1)
TOTAL	36	(100,0)	31	(100,0)	17	(100,0)	79	(100,0)	163	(100,0)

**TABLEAU 6: DISTRIBUTION SELON LE MOTIF D'ADMISSION, L'ÂGE ET LA RÉGION****c) Région de la Montérégie**

GROUPE D'ÂGE	Phase pré ou terminale		Post-hospitalisation		Attente d'hébergement		MAD long terme		TOTAL	
	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)
<80 ans	47	(82,5)	18	(90,0)	8	(61,5)	27	(475,4)	100	(68,0)
≥80 ans	10	(17,5)	2	(10,0)	5	(38,5)	30	(52,6)	47	(32,0)
<b>TOTAL</b>	<b>57</b>	<b>(100,0)</b>	<b>20</b>	<b>(100,0)</b>	<b>13</b>	<b>(100,0)</b>	<b>57</b>	<b>(100,0)</b>	<b>147</b>	<b>(100,0)</b>

**TABLEAU 7: DISTRIBUTION SELON LE MOTIF D'ADMISSION, LA CORÉSIDENCE ET LA RÉGION****a) Région de Montréal**

CORÉSIDENCE	Phase pré ou terminale		Post-hospitalisation		Attente d'hébergement		MAD long terme		TOTAL	
	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)
Vit seul	8	(30,8)	7	(46,7)	8	(53,3)	57	(47,1)	80	(45,2)
Vit avec d'autres	18	(69,2)	8	(53,3)	7	(46,7)	64	(52,9)	97	(54,8)
<b>TOTAL*</b>	<b>26</b>	<b>(100,0)</b>	<b>15</b>	<b>(100,0)</b>	<b>15</b>	<b>(100,0)</b>	<b>121</b>	<b>(100,0)</b>	<b>177</b>	<b>(100,0)</b>

\* 10 données manquantes

**b) Région de Québec**

CORÉSIDENCE	Phase pré ou terminale		Post-hospitalisation		Attente d'hébergement		MAD long terme		TOTAL	
	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)
Vit seul	7	(19,4)	12	(38,7)	10	(58,8)	24	(30,4)	53	(32,5)
Vit avec d'autres	29	(80,6)	19	(61,3)	7	(41,2)	55	(69,6)	110	(67,5)
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>(100,0)</b>	<b>31</b>	<b>(100,0)</b>	<b>17</b>	<b>(100,0)</b>	<b>79</b>	<b>(100,0)</b>	<b>163</b>	<b>(100,0)</b>

**TABLEAU 7: DISTRIBUTION SELON LE MOTIF D'ADMISSION, LA CORÉSIDENCE ET LA RÉGION****c) Région de la Montérégie**

CORÉSIDENCE	Phase pré ou terminale		Post-hospitalisation		Attente d'hébergement		MAD long terme		TOTAL	
	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)
Vit seul	13	(22,8)	4	(20,0)	1	(7,7)	12	(21,4)	30	(20,6)
Vit avec d'autres	44	(77,2)	16	(80,0)	12	(92,3)	44	(78,6)	116	(79,4)
<b>TOTAL*</b>	<b>57</b>	<b>(100,0)</b>	<b>20</b>	<b>(100,0)</b>	<b>13</b>	<b>(100,0)</b>	<b>56</b>	<b>(100,0)</b>	<b>146</b>	<b>(100,0)</b>

\* 1 donnée manquante

**TABLEAU 8: ESTIMATION DU NOMBRE TOTAL DE BÉNÉFICIAIRES DE SIMAD DANS LES CLSC DE L'ÉTUDE, SELON L'ÂGE, LA CORÉSIDENCE ET LA RÉGION (période du 18-06-89 AU 31-12-89)**

MOTIF D'ADMISSION	MONTRÉAL (6 CLSC)			QUÉBEC (4 CLSC)			MONTÉRÉGIE (4 CLSC)			TOTAL (14 CLSC)		
	Total	Age	Vit	Total	Age	Vit	Total	Age	Vit	Total	Age	Vit
	sujets Nb	≥ 80 ans Nb	seul Nb	sujets Nb	≥ 80 ans Nb	seul Nb	sujets Nb	≥ 80 ans Nb	seul Nb	sujets Nb	≥ 80 ans Nb	seul Nb
Phase pré ou terminale	81	18	25	72	12	14	57	10	13	210	40	52
Attente d'hébergement	45	36	24	34	18	20	13	5	1	92	59	45
Post-hospitalisation	45	24	21	62	12	24	20	2	4	127	38	49
MAD long terme	363	186	171	158	56	48	57	30	12	578	272	231
<b>TOTAL</b>	<b>534</b>	<b>264</b>	<b>241</b>	<b>326</b>	<b>98</b>	<b>106</b>	<b>147</b>	<b>47</b>	<b>30</b>	<b>1007</b>	<b>409</b>	<b>377</b>

**TABLEAU 9 NOMBRE MOYEN D'HEURES/SERVICES PAR SEMAINE, SELON LE TYPE DE SERVICES, LA RÉGION ET LE CLSC**

**a) Région de Montréal**

TYPE DE SERVICES	CLSC 1		CLSC 2		CLSC 3		CLSC 4		CLSC 5		CLSC 6		TOTAL	
	NB	(%)	NB	(%)	NB	(%)	NB	(%)	NB	(%)	NB	(%)	NB	(%)
Soins infirmiers	0,7	(6,8)	0,1	(0,9)	97	(4,0)	0,1	(0,6)	0,1	(0,6)	1,8	(12,7)	0,5	(4,2)
Soutien/assistance	8,9	(86,4)	8,9	(84,0)	15,9	(89,8)	13,7	(87,3)	6,0	(95,2)	9,0	(63,4)	10,1	(84,2)
Gardiennage	0,3	(2,9)	1,6	(15,1)	0,8	(4,5)	0,7	(4,5)	0,2	(3,2)	1,7	(12,0)	0,8	(6,7)
Physio/ergo	0,3	(2,9)	0,0	(0,0)	0,0	(0,0)	0,0	(0,0)	0,0	(0,0)	0,1	(0,7)	0,1	(0,8)
Autres	0,1	(1,0)	0,0	(0,0)	0,3	(1,7)	1,2	(7,6)	0,0	(0,0)	1,6	(11,3)	0,4	(3,3)
<b>TOTAL*</b>	<b>10,3</b>	<b>(100,0)</b>	<b>10,6</b>	<b>(100,0)</b>	<b>17,8</b>	<b>(100,0)</b>	<b>15,8</b>	<b>(100,0)</b>	<b>6,4</b>	<b>(100,0)</b>	<b>14,3</b>	<b>(100,0)</b>	<b>12,0</b>	<b>(100,0)</b>

$X^2_{20dl} = 27,511; p = 0,122$

**b) Région de Québec**

TYPES DE SERVICES	CLSC 7		CLSC 8		CLSC 9		CLSC 10		TOTAL	
	NB	(%)								
Soins infirmiers	1,4	(7,7)	3,2	(17,9)	4,1	(33,6)	1,7	(10,8)	2,6	(16,1)
Soutien/assistance	11,7	(64,3)	11,0	(61,5)	6,9	(56,6)	7,5	(47,5)	9,6	(59,6)
Gardiennage	3,0	(16,5)	1,9	(10,6)	0,0	(0,0)	6,6	(41,8)	2,4	(14,9)
Physio/ergo	0,0	(0,0)	0,9	(5,0)	0,2	(1,6)	0,0	(0,0)	0,3	(1,9)
Autres	2,1	(11,5)	0,9	(5,0)	1,0	(8,2)	0,0	(0,0)	1,2	(7,5)
<b>TOTAL</b>	<b>18,1</b>	<b>(100,0)</b>	<b>17,9</b>	<b>(100,0)</b>	<b>12,1</b>	<b>(100,0)</b>	<b>15,8</b>	<b>(100,0)</b>	<b>16,1</b>	<b>(100,0)</b>

$X^2_{12dl} = 37,576; p = 0,000$

**TABLEAU 9 NOMBRE MOYEN D'HEURES/SERVICES PAR SEMAINE, SELON LE TYPE DE SERVICES, LA RÉGION ET LE CLSC**

**c) Région de la Montérégie**

TYPES DE SERVICES	CLSC 11		CLSC 12		CLSC 13		CLSC 14		TOTAL	
	NB	(%)								
Soins infirmiers	0,4	(1,7)	0,7	(3,8)	0,6	(2,1)	0,1	(0,5)	0,5	(2,2)
Soutien/assistance	8,1	(34,6)	6,6	(35,9)	5,7	(19,7)	14,9	(75,3)	8,3	(36,7)
Gardiennage	14,1	(60,3)	11,1	(60,3)	22,7	(78,3)	4,8	(24,2)	13,4	(59,3)
Physio/ergo	0,0	(0,0)	0,0	(0,0)	0,0	(0,0)	0,0	(0,0)	0,0	(0,0)
Autres	0,8	(3,4)	0,0	(0,0)	0,0	(0,0)	0,0	(0,0)	0,4	(1,8)
<b>TOTAL</b>	<b>23,4</b>	<b>(100,0)</b>	<b>18,4</b>	<b>(100,0)</b>	<b>29,1</b>	<b>(100,0)</b>	<b>19,7</b>	<b>(100,0)</b>	<b>22,6</b>	<b>(100,0)</b>

$\chi^2_{9dl} = 17,597; p = 0,040$  (excluant la catégorie physio/ergo)

**TABEAU 10 NOMBRE MOYEN D'HEURES/SERVICES/SEMAINE SELON LE TYPE DE SERVICES, L'ÂGE ET LA RÉGION**

SERVICES ÂGE	Montréal		Québec		Montérégie	
	< 80 ans	≥ 80 ans	< 80 ans	≥ 80 ans	< 80 ans	≥ 80 ans
Soins infirmiers	0,8	0,3	3,2	1,4	0,5	3,3
Soutien/assistance	9,6	10,7	9,7	9,3	8,9	7,1
Gardiennage	0,6	1,1	2,8	1,6	11,9	16,7
Physio/ergo	0,2	0,0	0,4	0,1	0,0	0,0
Autres	0,6	0,2	1,2	1,1	0,6	0,0
Total	11,7	12,3	17,2	13,5	21,9	24,2

**TABEAU 11 NOMBRE MOYEN D'HEURES/SERVICES/SEMAINE SELON LE TYPE DE SERVICES, LE SEXE ET LA RÉGION**

SERVICES SEXE	Montréal		Québec		Montérégie	
	fém.	masc.	fém.	masc.	fém.	masc.
Soins infirmiers	0,5	0,7	1,9	4,7	0,5	0,4
Soutien/assistance	10,6	9,2	8,6	12,3	8,3	8,3
Gardiennage	0,9	0,7	2,9	1,2	14,7	10,9
Physio/ergo	0,1	0,1	0,1	0,8	0,0	0,0
Autres	0,1	0,9	1,0	1,6	0,2	0,8
Total	12,3	11,5	14,5	20,7	23,7	20,5

**TABLEAU 12 NOMBRE MOYEN D'HEURES/SERVICES/SEMAINE SELON LE TYPE DE SERVICES, LA CORÉSIDENCE ET LA RÉGION**

SERVICES CORÉSIDENCE	Montréal		Québec		Montérégie	
	vit seul	avec d'autres	vit seul	avec d'autres	vit seul	avec d'autres
Soins infirmiers	0,7	0,4	2,0	3,0	0,6	0,4
Soutien/assistance	10,1	10,2	8,1	10,3	9,2	8,0
Gardiennage	0,8	0,9	0,5	3,4	12,4	13,8
Physio/ergo	0,0	0,2	0,1	0,4	0,0	0,0
Autres	0,7	0,1	1,0	1,2	0,2	0,5
Total	12,3	11,9	11,6	18,2	22,4	22,8

**TABLEAU 13 NOMBRE MOYEN D'HEURES/SERVICES/SEMAINE SELON LE TYPE DE SERVICES, LA PRÉSENCE DE PROBLÈMES NEUROPSYCHIATRIQUES ET LA RÉGION**

SERVICES PROBLÈMES NEURO-PSYCHIATRIQUES	Montréal		Québec		Montérégie	
	oui	non	oui	non	oui	non
Soins infirmiers	0,9	0,4	1,6	3,0	0,1	0,5
Soutien/assistance	12,5	9,3	12,6	8,6	6,3	8,7
Gardiennage	1,1	0,7	2,9	2,3	20,4	11,9
Physio/ergo	0,3	0,0	0,1	0,4	0,0	0,0
Autres	0,7	0,3	1,6	1,0	0,1	0,5
Total	15,6	10,7	18,8	15,2	27,0	21,7

**TABLEAU 14: COMPARAISON INTRARÉGIONALE DES CARACTÉRISTIQUES DE LA CLIENTÈLE ET DES SERVICES:  
TABLEAU SYNTHÈSE DE LA RÉGION DE MONTRÉAL**

CLSC	NB CAS	ÂGE		ÂGE ≥ 80 (%)	VIT SEUL (%)	MOTIF DE RÉFÉRENCE (%) *				Nb moyen hr/services/-sem	RÉPARTITION DES HEURES (%) **			
		MOY.	MED.			PT	AH	PH	MAD		SI	SA	GAR D	A
CLSC 1	55	80,8	82,0	54,5	40,0	9,1	10,9	5,5	74,6	10,3	6,8	86,4	2,9	3,9
CLSC 2	40	77,1	76,5	35,0	40,0	25,8	6,5	3,2	64,6	10,6	0,9	84,0	15,1	0,0
CLSC 3	26	78,5	82,0	65,4	53,9	15,4	7,7	15,4	61,5	17,8	4,0	89,8	4,5	1,7
CLSC 4	24	74,3	76,0	33,3	45,8	20,8	0,0	8,3	70,8		0,6	87,3	4,5	7,6
CLSC 5	23	81,8	84,0	73,9	40,9	13,0	17,4	13,0	56,5	6,4	1,6	95,2	3,2	0,0
CLSC 6	19	76,5	76,0	31,6	63,2	10,5	5,3	10,5	73,7	14,3	12,7	63,4	12,0	12,0
TOTAL	187	78,5	79,0	49,2	45,2	15,2	8,4	8,4	67,9	12,0	4,2	84,2	6,7	3,3

\* *Motif d'admission: PT = phase préterminale ou terminale; PH = post-hospitalisation; AH = attente d'hébergement; MAD = maintien à domicile à long terme*

\*\* *Répartition des heures/services: SI = soins infirmiers; SA = soutien et assistance; GARD = gardiennage; A = ergothérapie, physiothérapie, services psychosociaux et médicaux*

**TABLEAU 15: COMPARAISON INTRARÉGIONALE DES CARACTÉRISTIQUES DE LA CLIENTELE ET DES SERVICES:  
TABLEAU SYNTHÈSE DE LA RÉGION DE QUÉBEC**

CLSC	NB CAS	ÂGE		ÂGE ≥ 80 (%)	VIT SEUL (%)	MOTIF DE RÉFÉRENCE (%) *				Nb moyen hr/services/-sem	RÉPARTITION DES HEURES (%) **			
		MOY.	MED.			PT	AH	PH	MAD		SI	SA	GARD	A
CLSC 7	50	74,8	76,0	36,0	32,0	34,0	14,0	14,0	38,0	18,1	7,7	64,3	16,5	11,5
CLSC 8	45	69,6	72,0	20,0	22,2	24,4	11,1	22,2	42,3	17,9	17,9	61,5	10,6	10,0
CLSC 9	44	72,6	74,0	31,8	47,7	9,1	11,4	27,3	52,3	12,1	33,6	56,6	0,0	9,8
CLSC 10	24	73,5	76,5	33,3	25,0	16,7	0,0	8,3	75,0	15,8	10,8	47,5	41,8	0,0
TOTAL	163	72,6	75,0	30,1	32,5	22,1	19,0	10,4	48,4	16,1	16,1	59,6	14,9	9,4

\* Motif d'admission: PT = phase préterminale ou terminale; PH = post-hospitalisation; AH = attente d'hébergement; MAD = maintien à domicile à long terme

\*\* Répartition des heures/services: SI = soins infirmiers; SA = soutien et assistance; GARD = gardiennage; A = ergothérapie, physiothérapie, services psychosociaux et médicaux

**TABLEAU 16 COMPARAISON INTRARÉGIONALE DES CARACTÉRISTIQUES DE LA CLIENTELE ET DES SERVICES:  
TABLEAU SYNTHÈSE DE LA RÉGION DE LA MONTRÉGIE**

CLSC	NB CAS	ÂGE		ÂGE ≥ 80 (%)	VIT SEUL (%)	MOTIF DE RÉFÉRENCE (%) *				Nb moyen hr/services/-sem	RÉPARTITION DES HEURES (%) **			
		MOY.	MED.			PT	AH	PH	MAD		SI	SA	GARD	A
CLSC 11	74	68,4	70,0	20,3	16,2	50,0	2,7	17,6	29,7	40,5	1,7	34,6	60,3	3,4
CLSC 12	33	76,3	77,0	39,4	33,3	24,2	24,2	12,1	39,4	18,2	3,8	35,9	60,3	0,0
CLSC 13	21	78,4	82,0	61,9	23,8	33,3	4,8	0,0	61,9	23,8	2,1	19,7	78,3	0,0
CLSC 14	19	71,2	71,0	31,6	11,1	26,3	10,5	15,8	47,4	31,6	0,5	75,3	24,2	0,0
TOTAL	147	72,0	73,0	32,0	20,6	38,8	13,6	8,8	38,8	32,0	2,2	36,7	59,3	1,8

\* Motif d'admission: PT = phase préterminale ou terminale; PH = post-hospitalisation; AH = attente d'hébergement; MAD = maintien à domicile à long terme

\*\* Répartition des heures/services: SI = soins infirmiers; SA = soutien et assistance; GARD = gardiennage; A = ergothérapie, physiothérapie, services psychosociaux et médicaux

**TABLEAU 17: DISTRIBUTION SELON LA DATE D'ADMISSION, LE STATUT D'ACTIVITÉ AU 31-12-89 ET LA RÉGION****a) Cas admis avant le 18-06-89**

STATUT D'ACTIVITÉ	MONTRÉAL		QUÉBEC		MONTÉRÉGIE		TOTAL	
	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)
Cas actif	53	(57,0)	30	(56,6)	80	(76,2)	163	(64,9)
Cas fermé	40	(43,0)	23	(43,4)	25	(23,8)	88	(35,1)
<b>TOTAL</b>	<b>93</b>	<b>(100,0)</b>	<b>53</b>	<b>(100,0)</b>	<b>105</b>	<b>(100,0)</b>	<b>251</b>	<b>(100,0)</b>

**b) Cas admis après le 18-06-89**

STATUT D'ACTIVITÉ	MONTRÉAL		QUÉBEC		MONTÉRÉGIE		TOTAL	
	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)
Cas actif	41	(43,6)	40	(36,4)	20	(47,6)	101	(41,1)
Cas fermé	53	(56,4)	70	(63,6)	22	(52,4)	145	(58,9)
<b>TOTAL</b>	<b>94</b>	<b>(100,0)</b>	<b>110</b>	<b>(100,0)</b>	<b>42</b>	<b>(100,0)</b>	<b>246</b>	<b>(100,0)</b>

**TABLEAU 18: DISTRIBUTION SELON LE MOTIF D'ADMISSION, LE LIEU DE PROVENANCE ET LA RÉGION****a) Région de Montréal**

PROVENANCE	PHASE TERMINALE		POST-HOSPITALISATION		ATTENTE D'HÉBERGEMENT		MAD LONG TERME		TOTAL	
	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)
CHSCD	13	(52,0)	15	(100,0)	3	(20,0)	26	(22,6)	57	(33,5)
DOMICILE	12	(48,0)	0	(0,0)	12	(80,0)	89	(77,4)	113	(66,5)
TOTAL*	25	(100,0)	15	(100,0)	15	(100,0)	115	(100,0)	170	(100,0)

\* 8 données manquantes et 9 «autres lieux de provenance»

**b) Région de Québec**

PROVENANCE	PHASE TERMINALE		POST-HOSPITALISATION		ATTENTE D'HÉBERGEMENT		MAD LONG TERME		TOTAL	
	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)
CHSCD	19	(54,3)	30	(96,8)	8	(47,1)	32	(41,6)	89	(56,0)
DOMICILE	16	(45,7)	1	(3,2)	9	(52,9)	44	(58,4)	70	(44,0)
TOTAL*	35	(100,0)	31	(100,0)	17	(100,0)	77	(100,0)	159	(100,0)

\* 4 «autres lieux de provenance»

**c) Région de la Montérégie**

PROVENANCE	PHASE TERMINALE		POST-HOSPITALISATION		ATTENTE D'HÉBERGEMENT		MAD LONG TERME		TOTAL	
	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)	Nb	(%)
CHSCD	51	(89,5)	20	(100,0)	7	(53,9)	36	(64,3)	114	(78,1)
DOMICILE	6	(10,5)	0	(0,0)	6	(46,2)	20	(35,7)	32	(21,9)
TOTAL*	57	(100,0)	20	(100,0)	13	(100,0)	56	(100,0)	146	(100,0)

\* 1 «autres lieux de provenance»

Q 7414  
Ex.2

E-1721

Joubert, Pierre

Laberge, Andrée et al.

Evaluation du programme québécois  
de services intensifs de maintien  
à domicile (SIMAD)

DATE

NOM

27/10/99

L. Bériault

Q 7414  
Ex.2