

# Diminution du financement des soins en CHSLD... Où couper ?



Diane Morin  
Chercheure  
Université Laval

Cet article porte sur une étude universitaire dont les résultats ont été présentés en mai 2005 au colloque de l'ASSTSAS. L'étude visait à déterminer quels types de soins ne seraient pas comblés sous une hypothèse de financement à 70 %. L'étude a été conduite auprès de 104 infirmières de 3 centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) des régions de Québec et de Chaudière-Appalaches qui ont analysé 3 profils de clients inspirés de descriptions réelles.

**L**es transformations réalisées dans le secteur de la santé et des services sociaux ont provoqué une modification des modalités de financement des heures de soins requises en CHSLD. Les dernières données disponibles démontrent que le financement équivaut en moyenne à 68,3 % des heures de soins requises.

Les infirmières doivent donc retrancher environ 30 % d'heures de soins requises pour pouvoir respecter le budget alloué. Comment cela se fait-il ? Est-ce identique quels que soient les besoins du client ou existe-t-il des différences selon son état ? Voilà ce à quoi s'est intéressé notre équipe de recherche.

## 1. Quels sont les domaines où les heures de soins sont non comblées ?

Les résultats montrent que les heures de soins ne sont pas retranchées au hasard par les infirmières. Le retranchement suit un modèle bien précis. Les trois principales dimensions qui font l'objet d'heures de soins non comblées, et cela de façon unanime dans les trois cas types, sont la communication, l'hygiène et la mobilisation.

## 2. Les heures de soins non comblées varient-elles d'un profil client à l'autre ?

La proportion des heures de soins amputées n'est pas identique par profil client pour chacune des dimensions (**tableau 1**). De plus, on observe un gradient qui fait en sorte que la proportion des heures de soins non comblées croît de façon statistiquement significative dans ces dimensions avec le volume de soins requis, donc avec la lourdeur de la clientèle.

Les infirmières doivent donc retrancher environ 30 % d'heures de soins requises pour pouvoir respecter le budget alloué.

Certaines dimensions échappent néanmoins à cette tendance : alimentation, traitements et méthodes diagnostiques. Dans ces trois dimensions, aucune différence significative n'est observable entre les profils types.

## 3. Des facteurs liés à l'établissement ou aux infirmières pourraient-ils moduler ces résultats ?

L'établissement d'attache n'affecte pas les heures de soins non comblées. Aucune caractéristique des infirmières (âge, sexe, type et quart d'emploi, ancienneté, expérience, rôle) n'est associée à un profil spécifique ou à une dimension spécifique de façon probante.

## DISCUSSION

Les résultats de cette étude confirment l'hypothèse à l'effet qu'il existe un gradient significatif démontrant que plus le profil client s'alourdit, en termes d'heures de soins

### 1. PROPORTION MINUTES/SOINS NON COMBLÉES PAR PROFIL CLIENT, SELON MINUTES/SOINS PRÉVUES PAR CTMSP

Dimensions	Client X 139 min/soins prévues 42 min à retrancher	Client Y 297 min/soins prévues 89 min à retrancher	Client Z 415 min/soins prévues 124 min à retrancher
Alimentation	n/a	8,2 %	13,9 %
Élimination	4,5 %	15,7 %	12,0 %
Mobilisations	18,9 %	11,9 %	29,8 %
Hygiène	45,3 %	34,2 %	21,3 %
Traitements	1,0 %	3,3 %	1,0 %
Méthodes diagnostiques	1,9 %	1,9 %	1,2 %
Communication	28,4 %	24,8 %	20,8 %

requis établies par la Classification par type en milieu de services et de soins prolongés (CTMSP), plus la proportion d'heures de soins non comblées dans trois dimensions sur sept est élevée.

Devant l'obligation de retrancher 30 % des heures de soins, les infirmières s'assurent d'abord que les traitements et les méthodes diagnostiques soient effectués selon la prescription. Elles s'assurent ensuite que les activités touchant les fonctions vitales d'alimentation et d'élimination soient préservées afin de ne pas compromettre la sécurité des aînés. Par la suite, elles font le choix probablement difficile de ne pas combler des besoins de soins reliés à la mobilité et à l'hygiène, mais principalement à la communication (avec le client, sa famille ou les professionnels).

En ce sens, elles souscrivent à la démarche de priorisation théorique des soins de Lefebvre et Dupuis<sup>1</sup> qui suggèrent de tenir compte du degré de malaise engendré par la situation et de la place du problème dans la hiérarchie des besoins de Maslow. La littérature suggère toutefois qu'il existe un lien étroit entre l'isolement ou le manque de stimulation et la détérioration de l'autonomie fonctionnelle.

## Les infirmières s'assurent d'abord que les traitements et les méthodes diagnostiques soient effectués selon la prescription.

### EFFETS À LONG TERME

Les infirmières souscrivent donc à un modèle pour préserver l'homéostasie. Pourtant, il existe une possibilité que l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées se détériore à moyen terme dû à un manque de stimulation physique et psychologique. On ne connaît pas l'effet de ces choix sur la détérioration à long terme. Dans cette étude, seules les infirmières ont été interrogées à partir de trois vi-

gnettes. On ne sait pas ce qu'en pensent les autres soignants, les clients et les familles.

Quoique représentatifs, ces profils clients ne sauraient constituer à eux seuls la complexité des profils clientèles en milieu d'hébergement de longue durée. Des études complémentaires devraient donc être menées auprès d'autres catégories de soignants, de même qu'auprès d'autres clientèles. ●

### RÉFÉRENCES

- LEFÈBVRE, M., A. DUPUIS. *Le jugement clinique en soins infirmiers*, Saint-Laurent, Éditions du renouveau pédagogique, 1993, p. 30-45.
- DONABEDIAN, A. "The Definition of Quality and Approaches to its Assessment", *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*, vol. I, Ann Arbor MI, Health Administration Press, 1980.
- DONABEDIAN, A. "The Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring : an Illustrated Analysis", *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*, vol. III, Ann Arbor MI, Health Administration Press, 1985.

### 1. Exemple de profil type

- Monsieur Y, un veuf âgé de 87 ans, a sept enfants ; une seule fille est présente de façon régulière (deux fois par mois) auprès de lui. Il a été admis au CHSLD il y a trois ans.
- Il souffre de détérioration importante de l'autonomie due à une démence dégénérative évolutive diagnostiquée il y a six ans. Il présente une hémiparésie gauche et porte un bandage compressif à la jambe gauche le jour. Il souffre d'hypertension artérielle, de diabète de type II et d'hyperthyroïdie.
- Toutes les fonctions cognitives sont altérées, mais le client ne démontre pas de trouble de comportement sauf une certaine méfiance et un entêtement dans les relations sociales et lors des interventions de soins.
- Il a besoin d'une aide partielle pour son alimentation, car on doit ouvrir les contenants, couper les aliments et le guider. On doit l'assister dans son hygiène personnelle particulièrement le bain et l'habillement. On doit l'aider à utiliser les toilettes et il souffre d'incontinence intermittente. Il ne circule pas. On doit l'installer et pousser son fauteuil gériatrique.

Grille d'évaluation à compléter		Min/soins établies par CTMSP	Min/soins à ne pas combler
1. Alimentation	Aide partielle à l'alimentation	30	
2. Élimination	Soins d'incontinence et assistance aux toilettes	53	
3. Mobilisations	Lever avec l'aide d'un levier et installation	20	
	Déplacer en fauteuil gériatrique	15	
4. Hygiène	Hygiène complète : aide partielle (bain tourbillon)	41	
	Aide à l'habillement (v. adaptés, 2 fois)	15	
	Hygiène buccale (3 fois)	8	
	Rasage	10	
5. Traitements	Lavage tête-pédicure-manucure	20	
	Préparation et administration de la médication (4 fois)	10	
6. Méthodes diagnostiques	Installation bas compressifs	10	
	Observation de l'état de santé	5	
	Signes vitaux	5	
7. Communication	Tests simples sur place (glycémie)	5	
	Communication interprofessionnelle de soutien/relance	30	
	Communication individuelle de soutien	15	
	Enseignement et soutien à la famille	5	

### 2. Méthode de recherche

L'étude repose sur un modèle classique d'évaluation inspiré des travaux de Donabedian<sup>2, 3</sup>, qui inclut : a) l'identification des caractéristiques de soins ; b) l'identification des caractéristiques des clients ; c) l'identification des répondants ; d) des mesures d'association entre ces types de variables qui soient pertinentes à la fois pour les individus de même que pour les objectifs de programme.

Cette étude descriptive a été réalisée à l'aide de trois études de cas présentées sous forme de vignettes ou profils clients. Chaque vignette était constituée d'une brève description du profil de client et d'un plan de soins. Les vignettes ont été établies à partir d'évaluations normatives s'inspirant de la grille de Classification par type en milieu de services et de soins prolongés (CTMSP), correspondant à un profil normatif de deux, quatre ou six heures de soins requises par jour. Elles comprenaient sept dimensions : alimentation, élimination, mobilisations, hygiène, traitements, méthodes diagnostiques et communication.

Les infirmières devaient analyser les trois vignettes et déterminer pour chacune les soins à ne pas combler dans chaque dimension pour arriver à une planification de soins équivalente à 70 % des heures de soins requises.

Le plan d'analyse est basé sur des séries d'analyses descriptives, comparatives et corrélations. Les analyses sont effectuées avec la participation de 104 infirmières occupant un poste permanent de trois CHSLD. Les répondantes sont majoritairement des femmes (90,1 %). Leur moyenne d'âge est de 43,6 ans et la majorité d'entre elles possèdent un diplôme d'études collégiales et exercent un rôle de chef d'équipe. Elles cumulent 9,1 années d'expérience dans leur présent emploi et 18,9 années d'expérience depuis l'obtention de leur droit de pratique.