



Canadian Health Services Research **Foundation**
Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé

La continuité des soins pour les personnes âgées qui résident dans la communauté

Avril 2003

Alan Salmoni, Ph.D.
Ray Pong, Ph.D.

Financement fourni par :

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

Chercheurs principaux :

Alan Salmoni, Ph.D.
School of Kinesiology
University of Western Ontario
London (Ontario) N6A 3K7

Courriel : asalmoni@uwo.ca

Ray Pong, Ph.D.
Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du Nord
Université Laurentienne
Sudbury (Ontario) P3E 2C6

Courriel : rpong@laurentian.ca

Ce document est disponible sur le site web de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (www.fcrss.ca).

Pour obtenir de plus amples renseignements sur la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, communiquez avec la Fondation :

1565, avenue Carling, bureau 700
Ottawa (Ontario)
K1Z 8R1
Courriel : communications@fcrss.ca
Téléphone : (613) 728-2238
Télécopieur : (613) 728-3527

This document is available on the Canadian Health Services Research Foundation Web site (www.chrsf.ca).

For more information on the Canadian Health Services Research Foundation, contact the Foundation at:

1565 Carling Avenue, Suite 700
Ottawa, Ontario
K1Z 8R1
E-mail: communications@chrsf.ca
Telephone: (613) 728-2238
Fax: (613) 728-3527

La continuité des soins pour les personnes âgées qui résident dans la communauté

Alan Salmoni, Ph.D.¹

Ray Pong, Ph.D.²

¹ School of Kinesiology, University of Western Ontario

² Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du Nord, Université Laurentienne

Principales implications pour les décideurs

- Cette étude est utile pour les décideurs désireux de mesurer la continuité pendant la transition des soins à l'hôpital aux soins à domicile. Il n'y a actuellement aucune façon éprouvée ni uniforme de mesurer la continuité des soins dans ce domaine, même si la tendance au Canada consiste à raccourcir les séjours à l'hôpital, ce qui prolonge la durée de la convalescence à domicile.
- Les attitudes et les comportements ont un effet non seulement sur le déroulement des services et la perception à cet égard, mais aussi sur la qualité des soins. Ils peuvent agir indirectement sur l'évolution de l'état de santé des intéressés. Il faut sensibiliser à la fois les soignants et les bénéficiaires au fait qu'il se peut que leurs attitudes aient des répercussions sur l'évolution de l'état de santé des patients.
- Les participants ont cité tout un éventail d'obstacles pouvant limiter leurs moyens personnels d'assurer la continuité des soins. Les patients ont mentionné leur mauvais état de santé (ou celui d'un membre de la famille) ou des troubles de mémoire. Les aidants naturels ont insisté sur le manque de services ou de matériel pour les soins à domicile. Les gestionnaires de cas et les infirmières d'hôpital ont mentionné surtout des obstacles systémiques comme le manque de financement, d'ordonnancement et de coordination, tandis que les infirmières communautaires ont relevé davantage le manque de temps et la lourdeur de la charge de travail.
- Il faut définir clairement chaque élément de la continuité parce que des expressions comme « soins fondés sur les besoins » peuvent avoir des significations très différentes pour les soignants officiels et pour les patients. Les patients et les aidants naturels ont aussi parlé de communication; ils considèrent qu'une bonne communication avec les médecins et les soignants contribue à assurer la continuité des soins.
- L'étude n'a révélé aucune différence entre les répondants des milieux ruraux et ceux des milieux urbains quant à ce qu'ils pensent de la continuité des soins. Cela signifie qu'il semble que l'accès insuffisant aux services de santé pour les intervenants ruraux n'a pas changé leur opinion sur les éléments nécessaires pour instaurer la continuité des soins.

Sommaire

Objet

Au cours de cette étude, on a tâché de définir les éléments de la continuité des soins pendant la période de transition entre l'hôpital et la collectivité, tels qu'énoncés par les interlocuteurs.

Implications

La continuité des soins est complexe pour les personnes âgées en convalescence à domicile après un bref séjour à l'hôpital. Comme on a défini sept éléments de la continuité des soins et comme il y a d'importantes différences au niveau de ce qui est important pour différents intervenants, il n'y a pas de façon unique de mesurer les éléments fondamentaux de la continuité des soins dans le contexte de la transition de l'hôpital aux soins à domicile. Compte tenu des réponses des personnes interviewées et des participants aux groupes de discussion, il est clair que la plupart des éléments de la continuité des soins comportent à la fois des éléments subjectifs et des aspects objectifs. Cela signifie qu'il peut être difficile de définir une seule mesure ou norme sur la « prestation » transparente des services. Un patient peut considérer que des soins sont continus tandis qu'un autre peut estimer que c'est loin d'être l'idéal. Il est aussi clair que ce que le système structuré qualifie de « soins continus » n'est peut-être pas la même chose pour les patients ou les aidants naturels. Cette différence démontre l'importance de la communication et de la circulation de l'information dans tout le processus des soins et comment tous les groupes d'intervenants — y compris les patients et les aidants naturels — doivent participer à la planification et à la prestation des soins. En deux mots, dans un système de santé intégré, les aidants naturels comme les intervenants rémunérés doivent participer activement.

Méthodologie

Au total, 248 personnes ont participé à l'étude. L'âge des patients variait de 65 à 89 ans (Moyenne=72,70; é.t.=5,44; 23 hommes et 27 femmes). Les aidants naturels avaient de

35 à 84 ans. On a interviewé aussi des infirmières d'hôpital, des gestionnaires de cas et des infirmières communautaires. Tous les participants à l'étude se trouvaient dans le territoire du même conseil régional de santé.

Au cours du premier volet de l'étude, on a réalisé des entrevues détaillées. Au début de l'entrevue, les participants examinaient un tableau du cheminement des soins depuis le séjour à l'hôpital jusqu'à la convalescence à domicile. On a demandé à tous les répondants ce que signifiait pour eux la continuité des soins — on leur a demandé d'expliquer les rôles qu'ils devraient jouer selon eux pour faciliter la continuité et de préciser les obstacles, le cas échéant, qui pourrait les en empêcher. Au cours du deuxième volet, les chercheurs ont analysé des publications de recherche pour déterminer s'il existait des mesures pour les éléments de la continuité des soins décrits au cours de la première phase. On a adopté les mesures pertinentes, parfois en les modifiant. Puis, on a créé un indice de mesure pour les éléments qui n'en avaient pas. Plusieurs groupes de discussion ont ensuite formulé des commentaires sur la faisabilité et la validité des moyens proposés pour mesurer la continuité.

Résultats

Les cinq groupes d'interlocuteurs ont dégagé sept éléments essentiels de la continuité : perception des soins, accès aux services de santé fondé sur les besoins, connaissance des intervenants et communication, attitudes et compétence des soignants, constance des fournisseurs de soins, prestation ininterrompue des soins et période d'attente.

On a constaté des différences importantes au niveau de la fréquence de la mention des éléments. Les patients et les aidants naturels ont mentionné la perception des soins, les attitudes des soignants et les périodes d'attente plus souvent que les gestionnaires de cas, les infirmières communautaires et les infirmières d'hôpital. Ce dernier groupe d'intervenants a mentionné plus souvent les connaissances et la communication, la constance des fournisseurs de soins et la prestation des soins sans interruption. Tous les groupes d'intervenants ont fréquemment mentionné l'accès aux services de santé fondé sur les besoins. Les aidants naturels ont mentionné des éléments de nature plus subjective

tandis que les représentants du système structuré ont insisté sur des aspects plus objectifs et systémiques. Après avoir analysé les documents sur la mesure et tenu plusieurs groupes de discussion, les chercheurs ont mis au point des indicateurs de mesure de chaque élément de la continuité des soins.

En réponse à la question « Que pourriez-vous faire personnellement pour assurer la continuité des soins? », les patients et les aidants naturels ont mentionné la communication avec les médecins et les fournisseurs de soins. Les patients ont aussi mentionné qu'ils pourraient être coopératifs en se conformant au plan de soins établis par les professionnels et en suivant les recommandations des médecins. La communication a constitué le thème mentionné le plus souvent par tous les soignants professionnels et l'on a aussi insisté sur l'importance de l'information exacte. En général, les interventions mentionnées par les aidants naturels étaient de nature plus passive.

Les participants ont cité tout un éventail d'obstacles à ce qu'ils pourraient faire personnellement pour assurer la continuité des soins, comme leur mauvais état de santé (ou celui d'un membre de la famille) ou des problèmes de mémoire. Les aidants naturels ont mentionné le plus souvent comme obstacle principal le manque de services ou de matériel pour les soins à domicile. Les gestionnaires de cas et les infirmières d'hôpital ont mentionné surtout des obstacles systémiques comme le manque de financement, d'ordonnancement et de coordination, tandis que les infirmières communautaires ont insisté sur le manque de temps et la lourdeur de la charge de travail.