

Exposé de recherche

Technologies de pointe et soins à domicile. Où en sont les CLSC?

Pascale Lehoux, Carole Charland, Lucie Richard, Raynald Pineault, Jocelyne St-Arnaud

Depuis la fin des années 1980, plusieurs mesures ont été prises un peu partout au Canada afin d'accroître l'offre de soins à domicile^{1,2}. Au Québec, ces soins sont principalement sous la responsabilité des Centres locaux de services communautaires (CLSC). Depuis leur création en 1972 et suite au processus de régionalisation démarré en 1991, l'éventail de leurs responsabilités s'est largement étendu³. Plusieurs technologies favorisent un plus grand recours aux soins à domicile (pompes programmables, ventilateurs, monitoring à distance, etc.)⁴. Or, on peut se demander dans quelle mesure les CLSC utilisent des technologies de pointe et quels enjeux soulève cette utilisation. Dans le cadre d'une étude plus large sur l'utilisation des technologies à domicile, nous avons administré un questionnaire postal⁵ à l'ensemble des CLSC du Québec.

À la fin de l'été 2000, le taux de réponse était de 69 % (97/140).

Le Tableau 1 révèle que l'antibiothérapie intraveineuse (IV) est la technologie à laquelle les CLSC ont été les plus fréquemment exposés (98 % avec pompe programmable), suivie de l'anticoagulothérapie IV (88 %), de l'oxygénothérapie (84 % avec concentrateur) et de la dialyse péritonéale (78 %). Près du tiers des CLSC (36 %) ont déjà été impliqués dans la chimiothérapie, ce qui est assez élevé compte tenu de la complexité des soins. L'alimentation parentérale (27 %) demeure peu fréquente. Les diverses formes de monitoring à distance ne sont pratiquement pas utilisées (de 2 % à 13 %).

Le Tableau 1 clarifie également dans quelle mesure le personnel du CLSC fournit des soins «directement» ou «indirectement» reliés à la manipulation de la technologie. La quasi-totalité des CLSC qui ont déjà offert des services d'antibiothérapie (99 % avec pompe programmable) ont prodigué des soins directement reliés à ces services (par exemple, irrigation de cathéter, changement de tubulures, manipulation de la pompe). Par opposition, on constate que la dialyse péritonéale est la technologie pour laquelle la plus faible proportion de CLSC (32 %) offrent des soins directement reliés. Ceci pourrait s'expliquer par le niveau élevé d'autonomie des patients recevant ce type de traitements et par le suivi offert par des unités hospitalières.

Si le personnel des CLSC est appelé à visiter des patients qui ont recours à diverses formes de traitements spécialisés, il demeure difficile de définir quels niveaux d'utilisation seraient souhaitables. Selon une étude américaine⁶ menée auprès d'agences de soins à domicile, celles-ci, comparativement aux CLSC, utilisaient en plus grand nombre le monitoring de l'apnée du sommeil (62 % c. 13 %), la chimiothérapie (57 % c. 36 %) et le monitoring cardiaque (16 % c. 3 %). Ces agences sont cependant beaucoup moins impliquées dans les services de dialyse (7 % c. 78 %).

Compte tenu du grand nombre de CLSC et, dans certains cas, du nombre limité de patients, la question du maintien de l'expertise du personnel infirmier se pose avec acuité. Il apparaît également crucial de clarifier comment les CLSC et les hôpitaux devraient co-

Tableau 1 : Utilisation des technologies à domicile par les CLSC

Technologie	Total*	Ont déjà dispensé des services reliés à la technologie, % (et nombre) de CLSC	
		Services directement reliés	Services indirectement reliés
Antibiothérapie IV			
Par pompe programmable	98 (94)	99	1
Par gravité	81 (78)	97	3
Par dispositif mécanique	59 (56)	96	4
Anticoagulothérapie IV	88 (80)	81	19
Oxygénothérapie			
Avec concentrateur	84 (81)	61	39
Avec cylindres portables	73 (70)	57	43
Dialyse péritonéale	78 (75)	32	68
Chimiothérapie IV	36 (32)	74	26
Alimentation parentérale	27 (25)	54	46
Hémodialyse	16 (15)	0	100
Monitoring apnée sommeil	13 (12)	40	60
Monitoring diabète	9 (8)	43	57
Monitoring cardiaque	3 (3)	50	50
Monitoring pression artérielle	2 (2)	100	0
Monitoring foetal	0 (0)	0	0

Note : CLSC = Centres locaux de services communautaires, IV = intraveineuse.

*Le dénominateur varie légèrement en fonction des items ($n \neq 97$). Tous les pourcentages ont été calculés en excluant les données manquantes.

ordonner leurs interventions de manière à assurer un usage optimal de ces technologies⁷. Notre étude, à partir de données recueillies par ce questionnaire et d'entretiens auprès de gestionnaires, de professionnels, de patients et d'aidants, apporte des éléments de réponses à ces interrogations⁸.

Cet article a fait l'objet d'un examen par les pairs.

Du Département d'administration de la santé, Université de Montréal, Montréal, Que. (P.L.); du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Montréal, Que. (P.L., C.C., L.R., R.P.); de la Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Montréal, Que. (L.R., J.S.); et du Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, Montréal, Que. (R.P.).

Intérêts concurrents : Aucun déclaré.

Collaborateurs : Pascale Lehoux était chercheuse principale de l'étude. Elle a dirigé l'ensemble des travaux de l'équipe, a finalisé le développement du questionnaire et a rédigé l'article. Carole Charland a contribué au développement du questionnaire, a procédé à son envoi et a effectué les rappels postaux et téléphoniques. Elle a constitué les tableaux et les graphiques permettant de soutenir les premières analyses descriptives et elle a commenté les résultats de l'enquête. Lucie Richard a contribué aux différentes étapes du projet de recherche, a contribué au développement du questionnaire, a commenté les résultats de l'enquête et a contribué à l'écriture de l'article. Raynald Pineault a contribué aux différentes étapes du projet de recherche, a contribué au développement du questionnaire, a commenté les résultats de l'enquête et a contribué à l'écriture de l'article. Jocelyne St-Arnaud a contribué aux différentes étapes du projet de recherche, a contribué au développement du questionnaire, a commenté les résultats de l'enquête et a contribué à l'écriture de l'article.

Remerciements : Nous remercions Diane Crevier pour la mise en forme du questionnaire et pour la supervision de la saisie des données par lecteur optique. Nous remercions également Michèle Paré pour le traitement des données statistiques et pour son expertise lors des analyses.

Ce projet a bénéficié des conseils judicieux émis par les membres d'un Comité avisé : Claire Amyot, Régie régionale de Montréal-Centre, Luce Beauregard, CLSC Montréal Nord, Pauline Bégin-Brosseau, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Jean-Marie Lance, Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, Philippe Laporte, Régie régionale de la Montérégie, et Jacinthe Normand, Association des CLSC et des CHSLD. Notre

gratitude va aux responsables et aux professionnels des programmes de soins à domicile des CLSC qui ont généreusement participé à l'étude.

Pascale Lehoux est chercheuse-boursière du Programme national de recherche et développement en santé du Canada (PNRDS #6605-5359-48). La réalisation de l'étude a été rendue possible par des fonds de recherche octroyés par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC #15472).

Références

1. Monk A, Cox C. Trends and developments in home care services: an international perspective. Dans : Kaye LW, sous la direction de. *New developments in home care services for the elderly: innovations in policy, program, and practice*. New York : The Haworth Press; 1995. p. 251-70.
2. Santé Canada. Programmes provinciaux et territoriaux de soins à domicile : Une synthèse pour le Canada. 1999. Disponible : http://www.hc-sc.gc.ca/homecare/francais/syn_1.html (consulté le 25 mars 2002).
3. Association canadienne de soins et services à domicile (ACSSD). Maintien à domicile au Québec : un portrait. 1998. Disponible : <http://www.cdnhomocare.on.ca/f-info.htm#fact> (consulté le 25 mars 2002).
4. Health Services Utilization and Research Commission (HSURC). *The cost-effectiveness of home care. A rigorous review of the literature*. Background paper no 2. Saskatoon : HSURC; 1996.
5. Dillman DA. *Mail and telephone survey. The total design method*. New York : J Wiley and Sons; 1987.
6. Kaye LW, Davitt JK. Comparison of the high-tech service delivery experiences of hospice and non-hospice home health providers. *Hosp J* 1998; 13(3):1-20.
7. Kane RA. High-tech home care in context: organizations, quality, and ethical ramifications. Dans : Arras JD, Porterfield WH, Porterfield LO, sous la direction de. *Bringing the hospital home. Ethical and social implications of high-tech home care*. Baltimore : Johns Hopkins University Press; 1995. p. 197-219.
8. Lehoux P, Charland C, Pineault R, Richard L, St-Arnaud J. *Convivialité et cadre organisationnel des technologies utilisées à domicile. Rapport 1 : résultats de l'enquête par questionnaire auprès des gestionnaires des programmes de soins à domicile des CLSC*. Montréal : GRIS, Université de Montréal; 2001.

Pour correspondance s'adresser à D^r Pascale Lehoux, GRIS, Université de Montréal, BP 6128, Station Centre-ville, Montréal QC H3C 3J7; télécopieur : 514 343-2448; pascale.lehoux@umontreal.ca

CMAJ Essay Prize Deadline: Dec. 15, 2002

CMAJ is offering a single open-category prize of \$1000 for the best piece of writing submitted to the 2002 CMAJ Essay Prize contest. We welcome entries from physicians, students, residents and nonphysicians. We are looking for reflective essays of up to 2000 words on topics of interest to a general medical readership.

The winner will be selected by a committee appointed from CMAJ's Editorial Board. The judges will make their decision on the basis of originality of thought and quality of writing. The winning manuscript must be suitable for publication in CMAJ. All papers submitted will be considered for publication. The journal reserves the right not to award a prize. Prospective entrants are encouraged to read the description of the selection of winners for the 2000 Essay Prize in our June 26, 2001, issue (available at www.cmaj.ca/cgi/content/full/164/13/1859).

Authors should submit their papers with a cover letter stating that they would like their manuscript to be considered for the 2002 CMAJ Essay Prize. We welcome submissions by mail (CMAJ, 1867 Alta Vista Drive, Ottawa ON K1G 3Y6), fax (613 565-5471) or email (pubs@cmaj.ca) until the deadline of Dec. 15, 2002.

