

## Soutenir l'approche populationnelle à partir de données probantes.

### Les données utiles pour une planification stratégique pertinente

**Philippe Rancourt**

17<sup>es</sup> journées annuelles de santé publique

26 novembre 2013

## Introduction et objectifs

- \* Le rôle de l'analyse pour une planification proactive
- \* Éléments du continuum de soins pertinents pour une responsabilité populationnelle
- \* Illustrer les données disponibles et/ou souhaitables.

## Anticipation

- \* Notre capacité à anticiper les besoins et à planifier les services est dépendante de l'accessibilité des données démographiques, de santé, de consommation de services...
- \* Elle est tributaire des efforts que les dirigeants font pour cerner leur population, évaluer la performance de leurs actions et définir les secteurs à développer en quantité et qualité.

3

## Anticipation (suite)

- \* Comme l'organisation et surtout la réorganisation de l'offre de services prennent souvent plusieurs années (disponibilité des ressources, déploiement des changements de pratiques, ajustement des continuums intra et inter-organisation, élaboration de stratégies administratives et socio-politiques) il faut pouvoir compter sur des données prospectives (5 à 10 ans).
- \* Nous avons accès à des données macroscopiques, nationales, provinciales, régionales qu'il nous faut décortiquer et creuser au niveau local (vieillesse, taux de maladies chroniques, incidences de l'Alzheimer...)<sup>4</sup>

## Pour planifier le développement des services d'hébergement, de SAD et de réadaptation nous avons besoin de :

- \* Guide ou balises des besoins ;
- \* Profil démographique de chaque MRC ;
- \* Profil des inégalités sociales : favorisation, défavorisation et des ressources de la communauté ;
- \* Portrait de la santé des aînés et des besoins versus perte d'autonomie ;
- \* Portrait de l'évaluation de la clientèle et de la consommation des services.

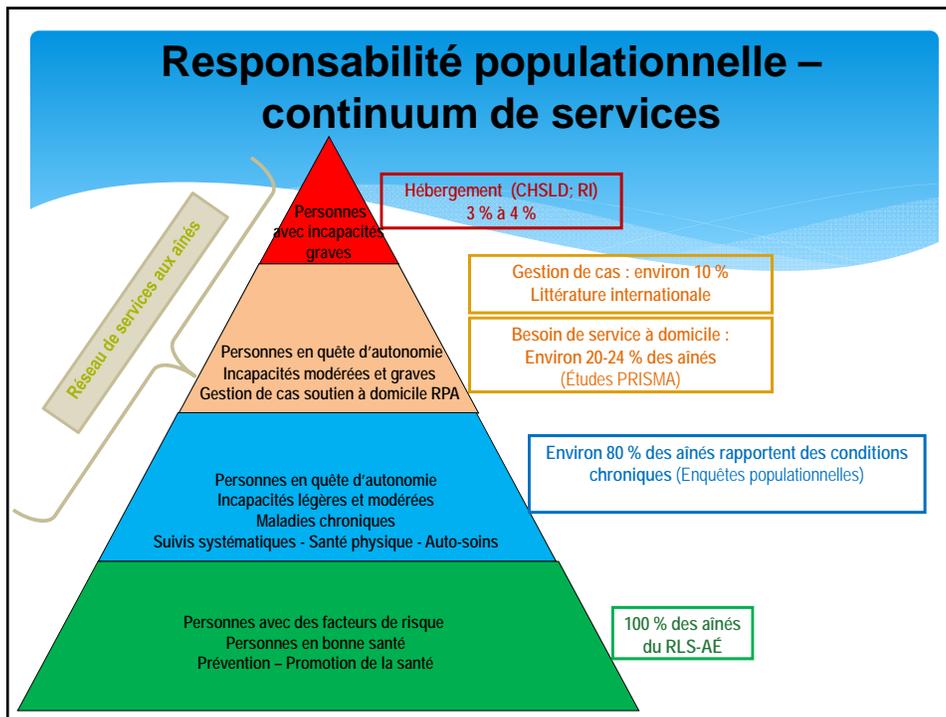
5

## Guide, balises, modèle de besoins

### Pyramide de la responsabilité populationnelle

Un guide indispensable pour :

- \* Planification du développement des services de la prévention aux soins palliatifs (attente et pression).
- \* Conceptualisation de l'organisation des services (nature des services cliniques).
- \* Répartition des ressources.
- \* Appui aux décisions administratives et décisions stratégiques.



## Profil démographique

**Les données accessibles**  
Institut de la statistique du Québec :

- Projection du vieillissement de la population par MRC, groupes d'âge

MRC :

- Population par municipalité

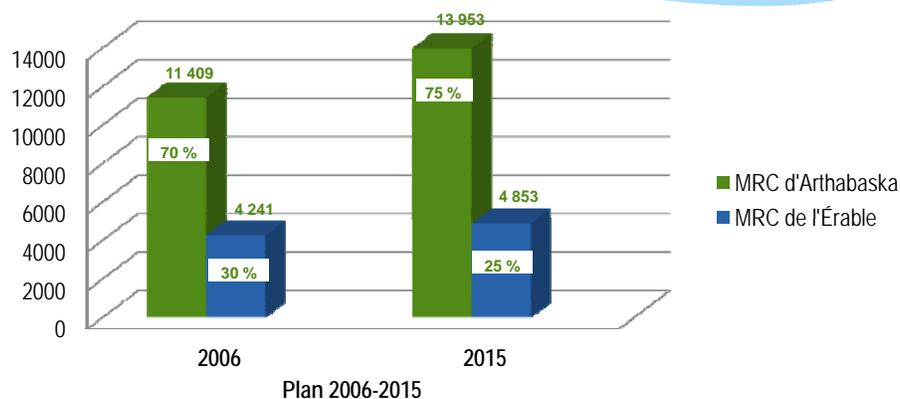
**Les données à creuser**  
Vieillesse par municipalité :

- Pour connaître les besoins et répondre aux demandes des élus (ressources de proximité et vitalisation des milieux ruraux).

**L'usage des données**  
Approximation des demandes de services :  
Répartition géographique des ressources : Hébergement - SAD - Réadaptation

## Mouvements de population entre 2006 et 2015

de 70 % - 30 % - vers 75 % - 25 %



9

## Profil des inégalités de santé et de bien-être

- \* **Portrait des inégalités de santé et de bien-être**  
Comité régional développement social – agence de santé – santé publique
- \* **Ressources de la communauté**
- \* **Les données accessibles :**
  - Zone de favorisation – défavorisation
  - Potentiel développement des communautés
  - Les entreprises d'économies sociales, les RPA, les groupes communautaires...

10

## Profil des inégalités de santé et de bien-être (suite)

### \* Les données à creuser :

- Les listes d'attente – provenance et nature du requis de services vs les zones de défavorisation vs les zones à risque

Par exemple : MRC Érable à 60% d'attente en RI sur le total de l'attente et compte seulement 25% de la population âgée et 43% en CHSLD avec une offre plus grande proportionnellement.

### \* L'usage des données :

- Redistribuer l'offre de services et accompagner les RPA pour un changement de mission (RPA perte d'autonomie).

## Portrait de la santé des aînés, des données qualitatives

Santé et bien-être – Zoom Santé – Enquête sur la santé des collectivités canadiennes ;

Viellissement avec et sans déficience intellectuelle ;

Santé mentale et vieillissement ;

Les besoins des proches aidants...

### \* Les données accessibles :

- Perspective d'un vieillissement en santé
- Santé fonctionnelle – capacités – incapacités physiques, cognitives vs besoin d'aide
- Problèmes chroniques de santé (MPOC-maladies cardiaques...)

## Portrait de la santé des aînés, des données qualitatives (suite)

### \* Les données à creuser :

- Difficulté d'avoir des données locales... études de consommation de services nécessaires (urgence, centre services ambulatoires, UCDG...)
- Analyses locales nécessaires pour comprendre la nature des clientèles.

Par exemples : Identification des cas multiproblématiques et recherche de solutions locales et régionales / Statistiques des diagnostics des sorties en UCDG.

### \* L'usage des données :

- Création d'une RI spécialisée pour cas multiproblématiques et troubles de comportement.
- Ouverture de lits d'UTRF et de convalescence.<sup>13</sup>

## Évaluation de la clientèle

### \* Données régionales et locales sur les clientèles admises en hébergement, en SAD, en réadaptation.

### \* Les données accessibles et à creuser :

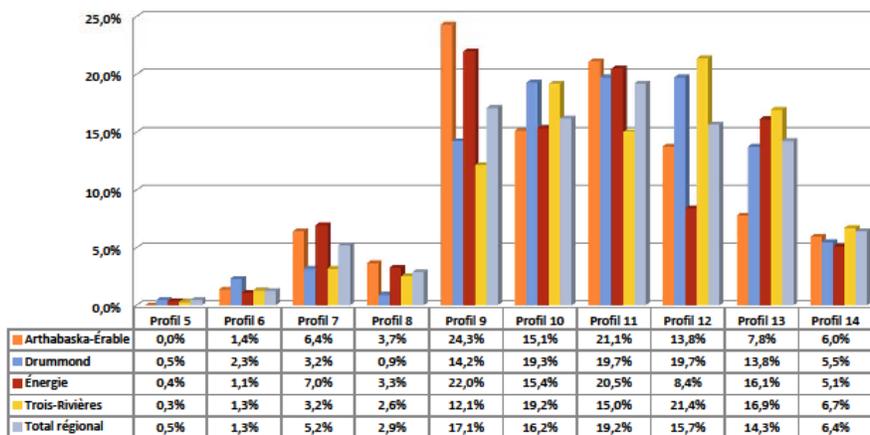
- Pourcentage comparatif des admissions en CHSLD selon les profils SMAF.
- Évolution de la clientèle en SAD.
- Valeurs des SMAF à l'entrée et sortie UCDG-URFI.
- Provenance des clientèles référées en hébergement :  
Par exemple : 72% des RPA – 28% du domicile
- Évaluation des clientèles en CHSLD (quantitatif-qualitatif)

## Évaluation de la clientèle (suite)

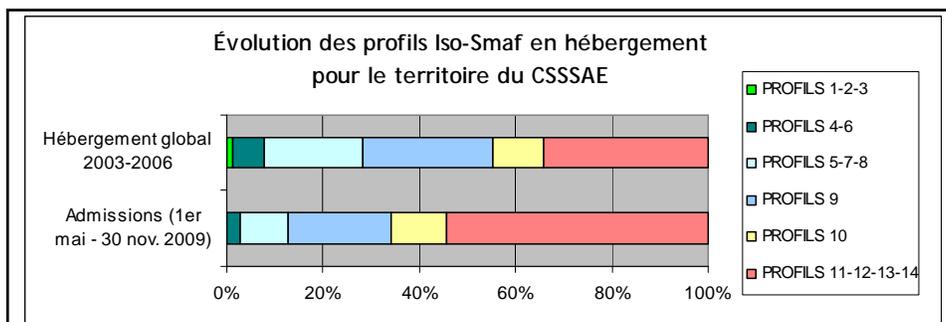
### \* L'usage des données :

- Revoir les orientations et développer « l'hébergement à domicile » (viser l'accès à une même gamme de services qu'en CHSLD, soutien à l'autonomie)
- Développer un autre modèle de gestionnaire de cas (présent en RPA = intervenant de corridor)
- Promotion et augmentation des ressources en hébergement
- Besoin de creuser requis de services  
Par exemple : Aide partielle, alimentation, bain

Pourcentage comparatif des admissions en CHSLD selon les profils  
2011-2012



16



### Clientèle Soutien à domicile selon profil iso-SMAF

	Iso-SMAF 1-2-3				Iso-SMAF 4-6-9				Iso-SMAF 5-7-8-10				Iso-SMAF 11-12-13-14				
	Arthabaska	Érable	Total	%	Arthabaska	Érable	Total	%	Arthabaska	Érable	Total	%	Arthabaska	Érable	Total	%	
25 avril 2005 (774 personnes)	241	150	391	50,52%	169	87	256	33,07%	65	51	116	14,99%	5	6	11	1,42%	100,00%
2011-2012 (1679 personnes)	416	144	560	33,35%	535	123	658	39,19%	217	102	319	19,00%	111	31	142	8,46%	100,00%
2012-2013 (1687 personnes)	391	180	571	33,85%	470	147	617	36,57%	248	107	355	21,04%	110	34	144	8,54%	100,00%
				↓17%				↑3%				↑6%				↑8%	

## Conclusion

Merci à tous ceux et celles qui nous  
alimentent en données !