

Ratios d'effectifs en nutrition pour la population nécessitant des soins à domicile



Remerciements aux diététistes/nutritionnistes membres du comité des ratios

Joanie Bouchard, Dt.P., M. Sc.(c), Ordre professionnel des diététistes du Québec

Isabelle Desjardins, Dt.P., C. Gér., M.A. (recherche en gérontologie), Département de nutrition, Université de Montréal

Martine Ferland, Dt.P., CSSS de la Vieille-Capitale

Louise Girard, Dt.P., CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent

Julie Gravel, Dt.P., CSSS de la Vieille-Capitale

Hélène Pelletier, Dt.P., CSSS de la Vieille-Capitale

Isabelle Piedalue, Dt.P., CSSS du Cœur-de-l'Île

Marie-Claude Prévost, Dt.P., CSSS d'Achunsiac et Montréal-Nord

Michel Sanscartier, Dt.P., M. Sc., C. Gér., Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, novembre 2013

ISBN : 978-2-9813464-5-2 (version imprimée)

ISBN : 978-2-9813464-6-9 (version PDF)

Document adopté par le conseil d'administration de l'OPDQ le 28 septembre 2013

Ratios d'effectifs en nutrition pour la population nécessitant des soins à domicile

INTRODUCTION



La recommandation de ratios pour une offre de soins nutritionnels à la population nécessitant des soins à domicile s'inscrit dans une optique de protection du public où l'accès à des professionnels qualifiés et compétents en nombre suffisant est essentiel.

Dans l'organisation actuelle du réseau de santé et de services sociaux, les services de soutien à domicile (SAD) sont offerts aux personnes sur la base des besoins. L'accès au service est déterminé selon le niveau de priorité que l'établissement accorde à la condition de la personne. Les services visent notamment à éviter l'hospitalisation, à en réduire la durée, et à faciliter le retour au domicile après une maladie ou une chirurgie. Souvent, une clientèle hétérogène bénéficie des services. Il peut s'agir, par exemple, de personnes souffrant de troubles mentaux, recevant des soins palliatifs, ou aux prises avec une déficience physique, ou de gens âgés en perte d'autonomie. Il est de la responsabilité du CSSS-CLSC d'organiser l'offre de services à domicile sur son territoire. Les services d'aide à domicile comptent parmi la gamme de services offerts et organisés sur une base locale. Selon les besoins de la personne, ses choix et sa capacité de gérer les services, différentes modalités de prestation de services sont possibles. En 2011-2012, un peu plus de la moitié des dépenses liées aux soins à domicile ont été consacrées aux personnes âgées (rapport du Vérificateur général du Québec).

Le Cadre de référence sur les services à domicile de première ligne, adopté en 1994, constituait la politique officielle du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en matière de services à domicile. En 2003, le MSSS publiait la politique de soutien à domicile, qui adoptait de nouvelles perspectives. Celles-ci visaient à compenser l'augmentation des besoins de services à domicile découlant du vieillissement de la population. Récemment, le ministre Réjean Hébert déposait un livre blanc sur l'autonomie des personnes âgées à domicile et la création d'une assurance qui pourrait aider à résoudre les problématiques persistantes. Le Vérificateur général du Québec déposait également un rapport au printemps 2013 sur l'état des soins dans le secteur du SAD. On y décrit entre autres les soins à domicile comme étant une partie intégrante du continuum de services et liés à l'ensemble de ces services. Conséquemment, une offre de services insuffisante à domicile aura un impact négatif sur les services d'urgence et d'hébergement.

Peu de données probantes sont disponibles concernant les ratios d'effectifs pour les professionnels de la santé. Pour les déterminer, diverses méthodes sont documentées : opinion d'experts ou consensus, essai clinique, observation de la pratique actuelle et catégorisation selon le profil du professionnel (niveau d'expérience, tâches administratives, etc.). De plus, l'importance de tenir compte des facteurs suivants lors du processus de détermination des ratios est soulignée dans les méthodes documentées : population desservie, législation s'appliquant aux professionnels, lignes directrices existantes ou normes de pratique professionnelle.

Dans ce document, l'Ordre professionnel des diététistes du Québec a combiné les trois méthodes pour proposer un ratio optimal d'effectifs de nutritionnistes en soins à domicile :

- 1) Observation de la situation actuelle par l'intermédiaire d'un sondage auprès des membres à l'automne 2012;
- 2) Documentation et consultation de la littérature pertinente;
- 3) Réunion d'un groupe d'experts afin d'arriver à un consensus.

ÉTAT DE LA SITUATION ACTUELLE : BESOINS DE LA POPULATION

Le tableau suivant présente les projections de la population québécoise par tranche d'âge. Comme démontré, la population âgée de 65 ans et plus représente le groupe ayant la croissance la plus rapide et élevée.

Tableau 1. Projection de la population du Québec par groupe d'âge, 2011-2031

Tranche d'âge	2011	%	2021	%	2031	%	Δ 2011-2031
0-19	1 727 100	21,7	1 769 779	20,9	1 794 235	20,3	3,9 %
20-64	4 965 900	65,5	4 952 585	58,5	4 781 383	54,1	- 3,7 %
65 et plus	1 253 837	15,8	1 747 934	20,6	2 262 639	25,6	80,5 %
Total	7 946 837	100	8 470 571	100	8 838 257	100	11,2 %

Source : Institut de la statistique du Québec (2009), *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2006-2056, édition 2009*, « Scénario A-Référence » (compilation originale).

Comme mentionné dans *L'autonomie pour tous : livre blanc sur la création d'une assurance autonomie*, « On peut estimer à environ 725 000 le nombre de personnes ayant une incapacité qui présentent des besoins pouvant nécessiter des soins et des services professionnels, de l'aide et de l'assistance dispensés à domicile et hors institution. Compte tenu du vieillissement de la population, il faut prévoir une augmentation relativement importante de ce groupe de population et accorder une attention tout à fait particulière aux services de longue durée à leur intention. Pour une partie de ces personnes, le vieillissement vient ajouter aux incapacités dont elles sont déjà atteintes à l'âge adulte, ce qui modifie significativement leur besoin de soutien. »

Le rapport de 2012 du Vérificateur général du Québec sur l'alimentation dans le réseau de la santé et des services sociaux déplore le manque de dépistage nutritionnel auprès des personnes âgées hébergées. Tout comme dans le secteur de l'hébergement, le processus de dépistage chez les personnes âgées vulnérables et fragiles, notamment en ce qui concerne les aspects nutritionnels, est peu effectué à domicile (rapport du Vérificateur général du Québec). Pourtant, la littérature rapporte la malnutrition comme étant un facteur significatif et indépendant qui augmente la mortalité et la morbidité, diminue la qualité de vie et augmente la fréquence, la durée et les coûts des hospitalisations (ASPEN). De plus, de nombreux outils validés et adaptés à la clientèle sont disponibles pour dépister la malnutrition. Chez les personnes âgées

recevant des services à domicile, on rapporte, selon l'outil utilisé, une prévalence de la malnutrition de 0 à 12 % et un risque de malnutrition chez 10 à 60 % des gens (Topinková E). Par ailleurs, une étude effectuée à Montréal dans les années 2002-2004 a rapporté une prévalence de la malnutrition de 80 % chez les usagers étant admis en hébergement et qui provenaient, entre autres, du domicile (Chevalier S et coll., Desjardins I et coll.). L'autonomie fonctionnelle est significativement et inversement corrélée à la malnutrition. Ainsi, les besoins en soins et services à domicile, quels qu'ils soient, sont certainement plus élevés lorsque la clientèle est dénutrie.

En ce qui concerne l'utilisation actuelle des services à domicile, les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) diffèrent des données administratives gouvernementales. En effet, selon l'ESCC, seulement 9 % des personnes âgées auraient reçu un service à domicile de leur CLSC en 2003-2004, contre 20 % selon les données gouvernementales. L'Institut de la statistique du Québec rapporte que six personnes âgées sur dix auraient des besoins non satisfaits en regard des soins à domicile et aimeraient recevoir de l'aide pour les repas. Cette dernière statistique peut sous-tendre un risque d'apports nutritionnels insuffisants et donc un risque de malnutrition chez cette portion vulnérable de la population (Topinková E, Izintari M et coll.).

Sondage visant à documenter les pratiques nutritionnelles en soutien à domicile

Le champ d'exercice des diététistes-nutritionnistes, tel qu'il est décrit dans le Code des professions, est le suivant : « Évaluer l'état nutritionnel d'une personne, déterminer et assurer la mise en œuvre d'une stratégie d'intervention visant à adapter l'alimentation en fonction des besoins pour maintenir ou rétablir la santé. » Dans le cadre du soutien à domicile, les diététistes/nutritionnistes travaillent en étroite collaboration avec les proches aidants et l'équipe interdisciplinaire afin d'intervenir auprès des individus présentant divers besoins.

Selon le sondage réalisé à l'automne 2012 auprès des membres de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec (n = 89) œuvrant dans les programmes de soutien à domicile, aucune activité de dépistage et de prévention primaire en nutrition ne semble actuellement réalisée auprès de cette population.

L'absence de lignes directrices provinciales concernant le niveau adéquat de services à domicile à offrir en fonction de différents profils d'autonomie ouvre la porte à une grande variété de services dans le secteur de la nutrition clinique. En effet, les effectifs de nutrition clinique en SAD sont très variables selon les données rapportées (0,2 ETC à 2 ETC et plus). Malheureusement, selon les statistiques actuellement disponibles au MSSS, il n'est pas possible de lier les effectifs aux besoins de la population ou à la superficie du territoire ni d'identifier les CLSC qui ne comportent aucune offre en nutrition. Selon nos données, un peu plus de la moitié (52 %) des diététistes/nutritionnistes attirés au programme de SAD (temps partiel et temps plein) ont une charge de travail regroupant plus de 45 usagers simultanément. Or, cette charge doit s'ajouter à la liste d'attente des demandes reçues.

Tableau 2. Principales raisons des interventions rapportées par les diététistes/nutritionnistes

Motif de référence à la nutrition clinique	Proportion de diététistes qui interviennent très fréquemment auprès de cette clientèle
Dysphagie	95 %
Alimentation entérale	82 %
Dénutrition sévère	70 %
Dénutrition modérée	70 %
Soins palliatifs	60 %
Diabète instable	53 %

Les motifs de référence présentés au tableau 2 sont considérés comme des priorités de niveau 1 (sur un total de 4) pour l'ensemble des diététistes. La quasi-totalité des programmes de SAD (92 %) possède un système de priorisation pour les demandes reçues en nutrition. Cela dit, la définition des priorités varie d'un CSSS à un autre, puisque leur gestion est locale et que d'autres motifs de référence peuvent ainsi être inclus en priorité 1. L'OPDQ est d'avis qu'un processus d'harmonisation et standardisation devrait être instauré afin de faciliter la comparaison des services et leur efficacité.

La majorité (62 %) des programmes de SAD recevrait plus de **100 nouvelles demandes** par année pour les services en nutrition clinique, et la moitié de cette proportion en recevrait plus de 150. Seulement 13 % des programmes recevraient moins de 50 demandes. Environ 50 % des répondants ont rapporté ne pas avoir été en mesure de répondre à au moins **25 demandes** au cours de la dernière année financière. Le **manque d'effectifs** (78 %) est la raison la plus souvent mentionnée pour expliquer ce déficit. Parmi les autres raisons, l'hébergement ou le décès de l'utilisateur étaient aussi fréquents (13 % et 12 %), des éléments qui peuvent également être liés au manque d'effectifs ou à un délai d'intervention trop long.

Selon le Programme ministériel d'alimentation entérale, on dénombre environ **1 200 usagers/année** ayant recours à l'alimentation entérale à domicile, toutes catégories d'âge confondues. Cela ne représente pas le nombre total de patients ayant une alimentation entérale à domicile puisque divers programmes, y compris les assurances privées, remboursent aussi les coûts de la nutrition entérale. Par exemple, la Société canadienne du cancer soutenait financièrement **1 105 personnes** ayant recours à l'alimentation entérale en 2012-2013. Selon l'OPDQ, il est évident que tous les cas d'alimentation entérale à domicile doivent être pris en charge et suivis par une diététiste/nutritionniste.

Les temps d'attente pour recevoir des services en nutrition sont une problématique frappante selon les données issues du sondage. En effet, environ la moitié des usagers (49 %) évalués en priorité 1 attendront **plus de 2 semaines** avant de pouvoir être pris en charge par la nutritionniste. Dans le cas des priorités de niveau 2 (sur un total de 4), le portrait s'alourdit. Selon les répondants du sondage, 45 % de ces usagers pourront être vus par la diététiste en deçà de **3 à 4 mois**, mais plus de 30 % attendront plus de **7 mois** avant de recevoir un service.

Le rapport du Vérificateur général du Québec du printemps 2013 rapporte également des délais très longs et mentionne un temps d'attente élevé, soit de **991 jours**, pour les services de nutrition au CSSS de Lanaudière pour un cas de priorité de niveau 2. **Ce temps d'attente est le plus élevé parmi tous les professionnels mentionnés dans le rapport.**

Les motifs de référence fréquemment classés en tant que priorité de niveau 2 sont un diabète instable, les plaies de pression, les troubles gastro-intestinaux (y compris les maladies inflammatoires de l'intestin), l'insuffisance cardiaque et rénale, la dénutrition légère, les maladies hépatiques et le VIH/SIDA. Ces cas, en attente d'intervention nutritionnelle, sont à risque de détérioration et de complications. Ainsi, ils utiliseront des services de santé en raison du manque de services nutritionnels. Mentionnons que puisque les systèmes de priorisation et de compilation ne sont pas standardisés d'un CSSS à l'autre, il demeure difficile de comparer et d'interpréter ces chiffres. Finalement, selon les données disponibles, aucune analyse démontrant l'ampleur du manque de services n'est effectuée dans les CSSS actuellement.



FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ : AJUSTEMENT DU RATIO

Comme le mentionne la littérature, il importe de considérer des facteurs externes qui influencent les besoins de la population lors de la détermination ou de l'ajustement d'un ratio. En effet, certains indices de vulnérabilité complexifient les interventions et augmentent le temps alloué par usager.

Les facteurs suivants sont présents dans différentes proportions dans chacun des CLSC/CSSS. La moyenne québécoise a été retenue à titre de facteur de comparaison pour ajuster le ratio, puisque lors de l'étude de la situation actuelle (consulter la section « Mise en application »), les CLSC dont la population présentait une ou plusieurs

proportions en écart à la moyenne québécoise présentaient effectivement des besoins et une offre de services différents.

Par ailleurs, la superficie du CSSS doit aussi être considérée par le gestionnaire qui établit les effectifs. En effet, si le temps de déplacement pour effectuer l'intervention à domicile est supérieur à 45 minutes, la superficie du CSSS devrait alors être considérée comme un facteur de vulnérabilité ou d'ajustement.

La clientèle souffrant d'une déficience physique, s'apparentant ainsi au profil de la personne âgée en perte d'autonomie, modifie également la prise en charge nutritionnelle. Elle devrait donc être considérée dans la détermination du ratio au même titre que la population âgée.

Tableau 3. Moyenne québécoise des facteurs de vulnérabilité affectant les effectifs en nutrition

Facteurs de vulnérabilité	Moyenne québécoise
Proportion de 65 ans et plus	16 %
Proportion de la population qui vit seule	Monoparentalité : 21 % Veuvage : 6,3 % Célibat : 25,2 %
Proportion d'immigrants	12 %
Proportion de la population francophone	82,7 %
Proportion de la population vivant avec un faible revenu	13 %
Proportion de la population sans diplôme d'études secondaires	17 %
Espérance de vie de la population	F : 83,4 ans, H : 78,8 ans
Proportion de la population aux prises avec un problème de santé mentale	3 %
Proportion de la population aux prises avec une maladie chronique (non inclusif)	Diabète : 6 % Hypertension : 18 % Obésité : 16 %
Proportion de la population touchée par l'insécurité alimentaire	6 %

Tiré du document *Portrait de santé du Québec et de ses régions*. Disponible en ligne : publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-228-03W.pdf

RECOMMANDATIONS

Les recommandations formulées dans ce rapport constituent une amorce. En effet, la disponibilité des études et des données étant limitée, il n'est pas possible d'émettre des recommandations plus précises et soutenues. À cet égard, l'OPDQ souligne le besoin d'études contrôlées afin de déterminer l'impact des interventions nutritionnelles à domicile, mais aussi pour bien établir les besoins nutritionnels de cette population.

À l'automne 2011, le Vérificateur général du Québec déposait un rapport sur les services se rapportant à l'alimentation dans le réseau de la santé et des services sociaux. Bien que l'analyse sur l'offre de soins en nutrition clinique ait uniquement porté sur la portion hébergement des CSSS, plusieurs recommandations primordiales et applicables au SAD en ressortaient :

- « S'assurer que les usagers des centres d'hébergement qui ont des problèmes de dénutrition sont *identifiés et traités rapidement*;
- Tracer un *portrait global de l'état nutritionnel des usagers des centres d'hébergement et de leurs besoins*;
- S'assurer que les centres d'hébergement offrent des *services professionnels de nutrition clinique qui permettent de répondre aux besoins des usagers*. »

Les services de soutien à domicile visent entre autres à réduire et à éviter les hospitalisations et l'hébergement. Le maintien de l'autonomie et de l'état nutritionnel des personnes ayant besoin de soutien est donc capital. Une offre de soins nutritionnels suffisante permettant de répondre aux besoins de la population vieillissante et souffrant d'une déficience physique peut contribuer à l'atteinte de ces objectifs.

Ainsi, l'Ordre professionnel des diététistes du Québec recommande les ratios minimaux suivants :

Tableau 4. Recommandations de ratio d'effectifs en nutrition au SAD

Nombre de facteurs de vulnérabilité au-dessus de la moyenne québécoise	Ratio suggéré
Plus de 4	1 ETC/5 500 de population 65 ans et plus
3 à 4	1 ETC/6 500 de population 65 ans et plus
1 à 2	1 ETC/9 000 de population 65 ans et plus
Aucun	1 ETC/12 000 de population 65 ans et plus

Une charge de travail regroupant au maximum de **30 à 40 dossiers** actifs pour 1 ETC, selon la complexité des cas, est également recommandée. Ce chiffre indicatif a pour but d'assurer la sécurité et d'éviter des risques de préjudices au public qui reçoit les soins. Le nombre de cas actifs variera selon l'évaluation et le plan de traitement des clients. De plus, la charge de travail doit inclure la surveillance de l'état nutritionnel, et la fréquence de cette surveillance est variable.

Ces ratios visent à couvrir les activités professionnelles uniquement consacrées au traitement nutritionnel de **pathologies complexes**. Ainsi, une liste d'attente pour les cas évalués dans tous les niveaux de priorités est malgré tout à prévoir, et aucune activité de prévention n'est incluse. Par ailleurs, le ratio n'est pas limité uniquement à la personne âgée en perte d'autonomie, mais bien à l'ensemble des clientèles desservies par le soutien à domicile, dont les personnes aux prises avec une déficience physique.

Les prévisions démographiques indiquant une croissance importante de la proportion des 65 ans et plus dans la population, la **révision du ratio pour chaque période de 3 ans** est recommandée.

MISE EN APPLICATION : EXEMPLES

Afin de vérifier si la méthodologie et le ratio proposés étaient réalistes et permettaient de répondre aux besoins de la population mentionnés dans la section « Recommandations », le comité d'experts a étudié la situation de divers secteurs. L'exemple du CSSS de la Vieille-Capitale a été retenu puisqu'il se rapprochait de la recommandation du ratio de ce document. De plus, il présentait une gradation dans les effectifs en fonction des facteurs de vulnérabilité dans le territoire et reflétait ainsi des besoins différents. Il est important de souligner que les CLSC présentés comportent tout de même des listes d'attente avec des cas de tous les niveaux de priorité et ne représentent donc pas un exemple nécessairement optimal ou parfait.

Voici le portrait des ressources en nutrition pour le SAD en lien avec la proportion de population de 65 ans et plus du CSSS. Au total, on dénombre **59 342** personnes de 65 ans et plus pour **6,2 ETC** en nutrition au SAD. La répartition dans les différentes instances est comme suit :

1. Population de 65 ans et plus **Basse-Ville-Limoilou-Vanier** (BVLV) : 16 507 pour 2,4 ETC (1 ETC pour 6 878 personnes de 65 ans et plus)
2. Population de 65 ans et plus **Haute-Ville-Des-Rivières** (HVDR) : 16 484 pour 2 ETC (1 ETC pour 8 242 personnes de 65 ans et plus)
3. Population de 65 ans et plus **Ste-Foy-Sillery-Laurentien** (SFSL) : 26 351 pour 2 ETC (1 ETC pour 14 639 personnes de 65 ans et plus)

La présence des facteurs de vulnérabilité de la population qui différencient le territoire est décrite dans le tableau 5.

Ces chiffres démontrent que la population du secteur de Basse-Ville-Limoilou-Vanier (BVLV) présente davantage de facteurs de vulnérabilité en écart à la moyenne québécoise. D'ailleurs, l'offre de services en nutrition pour BVLV est la plus élevée des trois secteurs. Cependant, le tableau suivant démontre que l'offre de services s'éloigne toujours de la recommandation de l'OPDQ, ce qui peut expliquer, en partie, les délais et listes d'attente mentionnés précédemment.

Tableau 6. Comparatifs des territoires selon les effectifs actuels et la recommandation de l'OPDQ

CLSC	Nombre de facteurs de vulnérabilité	Effectifs de la population	Nombre d'ETC selon les recommandations de l'OPDQ	Nombre d'ETC actuel
BVLV	7	16 507	3	2,4
HVDR	4	16 484	2,5	2
SFSL	2	26 351	2,9	2

Tableau 5. Facteurs de vulnérabilité du CSSS de la Vieille-Capitale

Caractéristiques	BVLV	HVDR	SFSL
Espérance de vie	76,6 ans	81,2 ans	83,2 ans
Proportion vivant avec un faible revenu	42 %	20,5 %	13,6 %
Proportion de personnes vivant seules	30,3 %	16,2 %	11,3 %
Proportion de la population sans diplôme d'études secondaires	18,8 %	21,7 %	12,7 %
Proportion de 65 ans et plus	19 %	20 %	18,6 %
Proportion d'immigrants	N/D	N/D	N/D
Proportion d'insécurité alimentaire	20,4 %	10 %	7,8 %
Proportion de personnes ayant un trouble de santé mentale	4,9 %	3,3 %	2,1 %
Proportion de personnes obèses	14,7 %	N/D	N/D

*Ces chiffres sont tirés des documents *Portrait de défavorisation du territoire du centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale* et *Portrait de santé de la population du territoire de la Vieille-Capitale*. Les documents peuvent être consultés aux adresses suivantes : www.csssvq.qc.ca/publications/index.php?mode=aff www.csssvq.qc.ca/telechargement.php?id=82

RÉFÉRENCES

Bieseimer K. **Achiving excellence: clinical staffing for today and tommorow**. American Dietetic Association, 2004.

Cartmill L et coll. **Using staffing ratios for workforce planning: evidence on nine allied health professions**. *Hum Resour Health* 2012;10:2.

Chevalier S et coll. **Dépistage de la dénutrition et impact d'une intervention nutritionnelle chez les personnes âgées en soins de longue durée**. *Nutrition Science et évolution*, 2008.

Les diététistes du Canada. **Dietitians make a difference to employee health**, 2009.

Les diététistes du Canada. **The need for a program of home-based nutrition services in British Columbia**, 2008.

Les diététistes du Canada. **Adding a registered dietitian to your team?**, 2006.

Desjardins I et coll. **Rapport de la table de travail des nutritionnistes en SAD de Montréal, Laval, Laurentides et Lanaudière : Offre de services en nutrition au programme de soutien à domicile**, 2012.

Inzitari M et coll. **Nutrition in the age-related disablement process**. *J Nutr Health Aging* 2011;15(8):599-604.

Marcason W. **What Is ADA's staffing ratio for clinical dietitians?** *J Am Diet Assoc* 2006;106(11):1916.

McCaffre J. **Clinical staffing: determining the right size**. *J Am Diet Assoc* 2006;106(1):25-6.

Topinková E. **Aging, disability and frailty**. *Ann Nutr Metab* 2008;52 Suppl 1:6-11.



www.opdq.org