

ÉTAT DE LA RECHERCHE

Financement axé sur les clients



AGEWELL

**APPTA
POPRAVIT**

NATIONAL INNOVATION HUB • CENTRE NATIONAL D'INNOVATION

Introduction

Au Centre POPRAVIT, nous nous employons à trouver des recherches opportunes et pertinentes qui ont le potentiel d'influer sur la prise de décisions politiques pour la population vieillissante. La série sur l'état de la recherche fait partie des moyens d'y parvenir. Notre équipe consacre du temps à lire et à prioriser des documents scientifiques et des articles de recherche, et analyse des programmes qui favorisent l'innovation liée à notre façon de prendre soin des personnes âgées. Nous résumons ensuite cette information pour en faire un produit prêt à être utilisé. Ces documents périodiques contiendront un résumé de données probantes fondées sur des thèmes politiques pertinents discutés dans le cadre de notre collaboration continue avec les intervenants.

Si certains thèmes vous intéressent particulièrement, n'hésitez pas à nous le faire savoir en envoyant un courriel à Daniel Smiley, spécialiste de la logistique et de la recherche, à : daniel.smiley@dal.ca.

Pour ce état de la recherche, nous examinerons **financement axé sure les clients**.

Qu'est-ce que le financement axé sur les clients?

Le financement direct (FD) permet de prendre des arrangements pour remplacer les services du système public par des soins à domicile. Les programmes de FD se sont développés dans un certain nombre de pays depuis les années 1970. Au Canada, bien que des programmes de FD à petite échelle existent depuis le début des années 1970, la recherche sur ces programmes demeure limitée¹.

Dans bien des milieux développés, les services de soins à domicile ont été refondus dans le but de devenir plus maîtrisables et souples pour les usagers des services sociaux et médicaux. Ce changement doit notamment servir à octroyer des fonds directement aux personnes concernées, et parfois à leur famille et à leurs aidants, pour intégrer des soins à domicile aux activités de la vie quotidienne. Les programmes de soins à domicile ne sont pas des interventions politiques neutres, mais peuvent être des outils politisés complexes visant à prodiguer des soins à l'époque actuelle².

L'argument en faveur du financement direct est que ce type de financement permet à la personne de choisir les services qui lui conviennent le mieux de sorte à demeurer chez elle plus longtemps tout en conservant ses liens avec sa communauté. Cependant, comme cette approche oblige les gens à s'occuper eux-mêmes du volet administratif, elle n'est pas toujours nécessairement équitable au Canada pour les personnes dont les ressources financières, l'aide sociale et les compétences linguistiques sont inadéquates lorsqu'elles naviguent les services et les applications.

¹ <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08959420.2020.1745736>

² <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-023-09048-9>

Examen documentaire

Les inégalités liées aux soins à domicile directement financés au Canada : un privilège accordé à certaines personnes seulement

Kelly, C.; Dansereau, L.; FitzGerald, M.; Lee, Y.; & Williams, A.

2023, Canada

[Lien vers l'article](#)

L'objectif de ce travail de recherche est de décrire le rôle des agences qui fournissent des soins à domicile directement financés au Canada et d'examiner les conséquences potentielles sur l'équité dans l'accès aux services du point de vue des clients et des familles. Préparée dans l'optique de l'intersectionnalité, l'étude comprenait des groupes de réflexion en ligne avec les familles et les clients (n=56) en Alberta et au Manitoba entre juin 2021 et avril 2022.

Les auteurs de cet article présentent cinq conclusions thématiques. Premièrement, les groupes de réflexion ont exprimé un taux de satisfaction élevé concernant les soins, que le client utilise les fournisseurs d'une agence ou non. Deuxièmement, les fournisseurs des agences atténuent une partie des fardeaux administratifs ou des tensions émotionnelles liés à l'utilisation des soins à domicile directement financés, et cela est particulièrement important pour les aidants familiaux qui travaillent ou ont d'autres responsabilités de soins en sus. Troisièmement, la majorité des participants ont signalé qu'ils avaient dû payer certaines dépenses de leur poche; les clients des agences ont notamment signalé des frais administratifs en dépit de la rémunération inférieure des préposés aux soins de première ligne. Quatrièmement, les agences ne sont généralement pas efficaces pour bien jumeler les préposés et les familles du point de vue linguistique et/ou culturel. Finalement, nous avons constaté que les programmes de soins directement financés ne compensent pas un réseau de soutien informel limité.

Les chercheurs ont conclu que les clients et les familles choisissaient souvent intentionnellement des soins à domicile directement financés après avoir vécu des expériences négatives avec certains services publics; cependant, au vu des résultats, il semblerait que, dans certains contextes canadiens, les soins à domicile directement financés demeurent un privilège accordé à une minorité uniquement. Au vu des inégalités croissantes qui existent dans la société canadienne, toutes les options de soins à domicile publiques doivent être offertes à toutes les personnes qui en ont besoin, quels que soient leur capacité de payer, leur degré de soutien social ou leurs compétences linguistiques.

Le choix et la qualité des soins dispensés aux aînés à domicile et dans la communauté : renseignements spécialisés tirés de deux examens de données probantes rapides

Hunter, N.J.; Wells, Y.; Clune, S.J.; Quintanilla, B.P.A.; & Johnstone, E.

2019, R.-U.

[Lien vers l'article](#)

Cet examen documentaire porte sur les facteurs qui déterminent le choix des services et la perception de la qualité des services offerts aux personnes âgées qui utilisent les programmes de soins axés sur les consommateurs. Cet examen comprenait 21 articles (provenant principalement de l'Australie et du R.-U., et quelques-uns du Canada).

En consultant les documents, nous avons constaté que les consommateurs choisissaient leurs services en fonction de plusieurs des facteurs suivants : la souplesse associée à l'offre du service, l'optimisation de la mobilité, le besoin d'aide personnelle, la sécurité et la sûreté, le niveau d'interaction et les activités sociales/loisirs ainsi que la capacité de cibler les besoins non encore comblés et d'y remédier. De même, la perception de la qualité des consommateurs comprend le contrôle et l'autonomie, les interactions interpersonnelles, la souplesse au niveau des choix, la sécurité et l'abordabilité.

En fonction de cet examen, il semblerait que, pour bien développer les futurs modèles, il faille tenir compte de la liberté des consommateurs de choisir leurs services en fonction de leurs propres contingences ainsi que de l'importance que ces derniers accordent aux relations interpersonnelles et à l'interaction sociale.

Examen documentaire (suite)

Les nouveaux enjeux des soins directement financés : perspectives canadiennes

Kelly, C.; Jamal, A.; Aubrecht, K.; & Grenier, A.

2019, Canada

[Lien vers l'article](#)

Pour combler les lacunes décelées lors d'un examen global, les chercheurs responsables de cette étude ont, à l'aide d'un cadre fondé sur l'équité en santé, élargi la base des connaissances sur les programmes directement financés d'une perspective canadienne par une analyse environnementale. Voici les questions auxquelles les chercheurs tentent de répondre : Quelles sont les caractéristiques des programmes directement financés au Canada? Quels sont les nouveaux enjeux liés à la conception du programme et à l'élaboration des politiques? Les chercheurs ont utilisé un concept fondé sur une analyse qualitative de l'environnement et ont recueilli des données dans le cadre de questionnaires et d'entrevues semi-structurées (n = 23). Les conclusions comprennent un tableau sommaire contenant la description des caractéristiques de 20 programmes et de deux thèmes d'entrevue : le manque d'information sur les préposés aux soins directement financés et les craintes soulevées par le rôle croissant des agences de soins à domicile. Cette étude a le potentiel de contribuer à la recherche à long terme sur l'équité en santé. Selon ses conclusions, il semblerait qu'au fur et à mesure que le FD prendra de l'ampleur au Canada, la promotion de l'embauche à partir de réseaux personnels pourrait permettre de remédier aux inégalités d'accès aux services de soins à domicile dans les régions rurales et d'améliorer la situation sociale des minorités linguistiques, culturelles et sexuelles. Cependant, ces résultats montrent bien l'importance de surveiller l'accès aux programmes directement financés par les personnes des milieux socio-économiques plus défavorisés du Canada et de décourager les concepts politiques qui nécessitent une gestion autonome susceptible de désavantager les personnes dont la capacité de prendre des décisions est compromise.

Vous trouverez les articles de recherche liés à cette étude [ici](#).

Autogestion des soins à domicile aux aînés en Australie – Opinions de personnes âgées, de proches aidants et de fournisseurs de services

Laragy, C. & Vasiliadis, S.D.

2021, Australie

[Lien vers l'article](#)

Les auteurs de cet article présentent les conclusions d'une évaluation d'un essai australien concernant l'autogestion des soins à domicile aux aînés en Australie. Le principal objectif de cette évaluation était d'examiner si l'autogestion améliorerait la perception des consommateurs concernant leur choix, leur contrôle et leur bien-être. L'objectif secondaire était d'examiner si l'expérience antérieure des fournisseurs avec des programmes autogérés influençait substantiellement la perception des consommateurs concernant leur choix, leur contrôle et leur bien-être de sorte à confondre les effets de l'essai. Diverses méthodes ont été utilisées pour recueillir des données durant neuf mois en 2018 et 2019. On a recueilli des données à partir de 60 sondages en ligne et réalisé 24 entrevues téléphoniques semi-structurées avec des consommateurs, des proches aidants, ainsi qu'avec des consommateurs et des proches aidants conjointement. Quatorze entrevues téléphoniques semi-structurées ont aussi été réalisées avec des PDG et des cadres supérieurs de chacun des sept fournisseurs. Trois fournisseurs avaient une expérience préalable favorable à l'autogestion.

Les participants ont signalé une amélioration de leur bien-être lors des entrevues, mais cet aspect n'a pas été renforcé sur le plan statistique. Parmi les principales caractéristiques positives de l'autogestion, mentionnons une plus grande autonomie et un meilleur contrôle des dépenses, le recrutement de personnel d'appoint et une diminution des frais administratifs. On a découvert aucune donnée probante indiquant un risque accru ou une augmentation des fraudes. Les limites de cette recherche comprenaient la taille restreinte de l'échantillon, un échantillon de commodité avec les fournisseurs chargés de recruter les participants à l'entrevue, l'absence de groupe témoin et des différences dans la mise en œuvre de l'essai. Les résultats sont en faveur de l'expansion des possibilités d'autogestion et des évaluations plus exhaustives faisant appel à des méthodes mixtes.

Examen documentaire (suite)

Influences des caractéristiques du service et des signes distinctifs des personnes âgées sur les résultats des paiements directs

Davey, V.

2021, R.-U.

[Lien vers l'article](#)

Contexte : Au R.-U., les paiements directs (PD) sont des versements en argent comptant que des personnes admissibles peuvent recevoir pour acquérir elles-mêmes des services de soins. Leurs avantages demeurent controversés. Cette controverse est en partie imputable à leur manque de visibilité historique : des PD ont été déployés en plusieurs phases, parmi d'autres instruments politiques, dans un contexte de contraintes budgétaires croissantes. Par conséquent, il existe peu de données probantes sans équivoque à propos de l'efficacité des PD.

Cette étude sert à combler l'écart entre les données probantes à l'aide de données obtenues durant une évaluation précoce des PD qui a eu lieu entre 2005 et 2007. Les chercheurs ont réalisé des entrevues semi-structurées en personne avec 81 personnes âgées (et leurs proches) qui utilisaient des PD. Ils ont aussi recueilli des données sur des caractéristiques individuelles (dépendance, soins impayés) et des services reçus (types et services). Ils ont effectué plusieurs analyses de régression entre les gains des résultats mesurés et les caractéristiques des services et des personnes.

Ils ont découvert que les niveaux des besoins comblés étaient très comparables aux résultats moyens des soins sociaux dans les domaines de la participation sociale, du contrôle de la vie de tous les jours et de la satisfaction des utilisateurs. Les avantages des PD ont été particulièrement affectés par le rôle et la fonction des soins non rémunérés et la disponibilité de l'aide au recrutement. La liberté d'associer des programmes de soins financés et des soins autofinancés a permis d'optimiser les effets de ces programmes. Les écarts prononcés entre le total des soins prodigués et ceux soutenus par les PD ont nuï aux résultats.

Les résultats ont permis de clarifier les aspects contestés de la politique comme l'influence des soins non rémunérés, les types de soins reçus, les niveaux de financement et le rôle des accords de soutien plus vastes. Les paiements directs peuvent donner lieu à des avantages tangibles, mais ces avantages dépendent fortement des pratiques de mise en œuvre des politiques. Lorsqu'on utilise des PD, il faut tout particulièrement veiller à l'équilibre entre les soins directement financés et les soins non rémunérés.

Examen documentaire (suite)

Remise en question du « choix » : méta-synthèse multinationale de la recherche sur les programmes de soins à domicile pour les personnes âgées directement financés

FitzGerald Murphy, M.; & Kelly, C.

2018, Canada

[Lien vers l'article](#)

Les auteurs de cette méta-synthèse qualitative ont examiné 47 articles de chercheurs publiés entre 2009 et 2017 concernant divers programmes directement financés à l'intention des personnes âgées du Royaume-Uni, de l'Australie et des États-Unis afin d'en dégager les concepts centraux.

Ils ont découvert que le choix faisait partie des principales préoccupations. Ils ont ensuite évalué ces articles pour explorer les questions suivantes : Comment la documentation existante conceptualise le choix et les mécanismes par lesquels le choix est optimisé dans le cadre des programmes directement financés à l'intention des personnes âgées? Comment le choix et les avantages du choix pour les usagers âgés des services sont-ils compris dans les études pertinentes à cet égard? Les chercheurs font valoir que, dans les études examinées, le concept de « choix » se manifeste comme un objectif normatif assorti d'avantages présumés. Cependant, surtout lorsqu'on discute du financement direct pour les personnes âgées, il est essentiel d'envisager les mécanismes qui améliorent les résultats des soins au lieu d'accorder la priorité aux mécanismes qui élargissent globalement le choix. Dans le cas du FD, un choix plus vaste s'accompagne de responsabilités légales et, souvent, de tâches administratives que nombre de personnes âgées et leurs proches aidants trouvent lourdes. De plus, aucune donnée probante ne montre que le choix concernant tous les éléments des services reçus est le mécanisme qui améliore les expériences des soins.

Les chercheurs concluent l'étude en présentant d'autres modèles de compréhension des soins issus de disciplines féministes et d'autres segments pour voir si la documentation pose, peut-être, les mauvaises questions concernant les raisons pour lesquelles les soins directement financés sont souvent préférés par rapport à la prestation des soins à domicile conventionnels.

Examen des programmes

Allocation de soins à domicile - “Häusliche Pflegegeld”

Manuel allemande

Depuis 2004

Allemagne

En Allemagne, des membres de la famille ou des connaissances peuvent se charger des soins à domicile, et les bénéficiaires de ces services reçoivent une « allocation de soins » (« Pflegegeld ») mensuelle dont ils peuvent disposer librement. Le montant de cette allocation de soins dépend du niveau des soins (« Pflegegeld ») requis selon l'évaluation initiale. Actuellement, le montant de cette allocation de soins va de 332 € (niveau de soins 2) à 946 € (niveau de soins 5) par mois (en juillet 2021). Aucune allocation de soins n'est prévue pour le niveau de soins 1. Une personne qui bénéficie de soins prodigués par des membres de sa famille ou par des connaissances reçoit deux fois par année la visite de professionnels de la santé qualifiés qui prodiguent au bénéficiaire et aux membres de sa famille des astuces et des conseils.

L'évaluation est réalisée par les services médicaux du fonds d'assurance-maladie (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung ou MDK) ou un organisme équivalent.

Soins sociaux aux adultes - Paiements directs

Conseil de la ville de Wolverhampton

Depuis 2000

R.-U.

Les paiements directs servent à aider les adultes qui veulent davantage de contrôle sur les personnes qui les aident pour que leurs besoins puissent être mieux comblés. Par exemple, lorsqu'une personne a besoin d'aide pour se mettre au lit le soir et en sortir le matin, se laver et se vêtir, le conseil prendrait généralement les arrangements nécessaires à cette fin, mais, avec le paiement direct, le conseil donne au bénéficiaire l'argent nécessaire pour acquérir lui-même ce service. Un bénéficiaire de paiements directs peut employer soit son propre préposé pour réaliser ces tâches, soit obtenir l'aide dont il a besoin auprès d'une agence des soins privée. Actuellement, les paiements directs peuvent servir à acquérir n'importe quel type de soin et de service d'aide dont, selon les évaluations, une personne peut avoir besoin dans une communauté, mais ne peuvent être utilisés qu'un maximum de quatre semaines dans un foyer de soins (de relève ou de courte durée) sur une période de roulis de 12 mois. Les séjours inférieurs à quatre semaines sont additionnés lorsque moins de 29 jours les séparent. Pour obtenir ce service, il faut gagner un revenu inférieur à 23250 £ par année.

On conseille aux gens de s'adresser à leur conseil local pour faire évaluer leurs besoins. Cette évaluation sert à déterminer les mesures à prendre pour aider la personne à demeurer autonome chez elle durant une longue période. Avec son consentement, des proches aidants, des généralistes ou des infirmières de district peuvent amorcer le processus d'évaluation. Lorsque des personnes obtiennent leur congé de l'hôpital, le personnel de l'unité peut prendre les arrangements nécessaires à l'obtention de services de soins à domicile visant à assurer la sécurité et l'aide adéquate à domicile, de même qu'une aide en réadaptation, si nécessaire. C'est généralement un travailleur social qui planifie les futurs soins et soutiens. Si le conseil local estime qu'une personne est admissible à des soins et à des services d'aide à domicile, il réalise un test de moyens en évaluant le revenu et les économies de la personne. Il faut souligner que, dans le cadre de ce test, on ne tient pas compte de la valeur des biens immobiliers, à moins que la personne déménage dans un foyer de soins.

Examen des programmes (suite)

Services d'aide autogérés

Ministère du Développement social

Depuis 2021

Nouveau-Brunswick

Pour la province du Nouveau-Brunswick, le programme de soutien autogéré (SAG) pour les aînés est géré par le ministère du Développement social. Le SAG donne aux personnes le choix, la souplesse et davantage d'autonomie en leur permettant de gérer leurs propres services. Cela signifie qu'un bénéficiaire recevra un montant forfaitaire au début de chaque mois pour couvrir le coût des services qu'il reçoit. Grâce aux Programmes de soutien aux personnes ayant un handicap, la personne est soumise à une évaluation, un plan est élaboré entre le futur récipiendaire, un travailleur social et les autres personnes chargées de l'aider. Les services adaptés à ses besoins sont coordonnés. Le bénéficiaire de l'option d'aide autogérée a la responsabilité de superviser ses besoins en soins en coordonnant, en gérant et en dirigeant les services indiqués dans le plan de soutien.

Programme d'aide personnelle axée sur les consommateurs - Services d'aide médicale autodirigés pour des soins à domicile autonomes

Medicaid

Depuis tôt 1990s

États-Unis

Les services d'aide médicale autodirigés signifient que les participants, ou leurs représentants, ont une autorité décisionnelle sur certains services et qu'ils prennent la responsabilité directe de gérer leurs services avec l'aide d'un système de soutiens disponibles. Le modèle de prestation de services autodirigés peut remplacer les services offerts et gérés de façon traditionnelle, comme celui des agences de soins. Dans le cas des services autodirigés, les participants ont la responsabilité de gérer tous les aspects de la prestation des services au sein d'un processus de planification axé sur la personne.

Cette méthode favorise le choix et le contrôle personnels sur la prestation des services du plan et l'exemption, notamment qui offre les services et comment les services sont offerts. Par exemple, les participants se voient accorder le pouvoir décisionnel de recruter, d'embaucher, de former et de superviser les personnes chargées de fournir leurs services. Les Centres de service Medicare et Medicaid (CSMM) appellent cela l'« autorité de l'employeur ». Les participants peuvent aussi avoir un pouvoir décisionnel sur la façon dont les fonds d'un budget sont dépensés. Les CSMM appellent cela l'« autorité budgétaire ».

Examen des programmes (suite)

Programme des trousse de soins à domicile - Approche des soins axés sur le consommateur (SAC)

Ministère de la Santé et des Soins aux aînés

Depuis 2010

Australie

Le Programme des trousse de soins à domicile est conçu pour aider les personnes âgées aux besoins en soins complexes en les habilitant à conserver leur autonomie chez elles et leurs liens avec leur communauté. Ce programme adopte une approche des soins axée sur les consommateurs en veillant à ce que l'aide offerte soit bien adaptée aux besoins et aux objectifs de chaque personne. L'aide se présente sous la forme d'une trousse complète de soins à domicile qui comprend un ensemble coordonné de services, dont de l'aide pour les tâches ménagères, l'offre d'équipement, comme des marchettes, des modifications domiciliaires mineures, des soins personnels et des soins cliniques comme des services infirmiers, médicaux auxiliaires et physiothérapeutiques. Le programme des trousse de soins à domicile offre quatre niveaux de trousse de soins, du niveau 1, qui concerne les besoins en soins de base, au niveau 4, soit l'adaptation aux besoins en soins. Le financement des trousse de soins à domicile est offert par le gouvernement australien, conformément à la loi sur les soins aux aînés (Aged Care Act) de 1997 et à la loi sur les soins aux aînés (dispositions transitoires) de 1997.