



**HAL**  
open science

## La détermination des coûts reliés à la perte d'autonomie des personnes âgées: défi pour la comptabilité de gestion

Martin Buteau, Chantale Roy, Louise Simoneau

### ► To cite this version:

Martin Buteau, Chantale Roy, Louise Simoneau. La détermination des coûts reliés à la perte d'autonomie des personnes âgées: défi pour la comptabilité de gestion. Modèles d'organisation et modèles comptables, May 1995, France. pp.cd-rom. hal-00818573

**HAL Id: hal-00818573**

**<https://hal.science/hal-00818573v1>**

Submitted on 24 Sep 2014

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

La détermination des coûts reliés à la  
perte d'autonomie des personnes âgées :  
défi pour la comptabilité de gestion

par

**Martin Buteau**  
**Chantale Roy**  
**Louise Simoneau**

Faculté d'administration, Université de Sherbrooke, Québec

# La détermination des coûts reliés à la perte d'autonomie des personnes âgées: défi pour la comptabilité de gestion.

par

**Martin Buteau**  
**Chantale Roy**  
**Louise Simoneau**

Faculté d'administration, Université de Sherbrooke, Québec

## I. Problématique

L'importance démographique des personnes âgées augmente progressivement partout à travers le monde. Le Canada et plus particulièrement le Québec n'échappent pas à cette tendance<sup>1</sup>. Alors que les plus de 65 ans ne représentaient que 8,2% de la population québécoise en 1978, ils atteignent 9,9% en 1986 et dépasseront les 12% au début de l'an 2000 (Bureau de la statistique, 1986). On observe, de plus, un vieillissement marqué à l'intérieur du groupe des personnes âgées lui-même; l'importance des plus de 80 ans passera de 18% actuellement à 21,5% à l'aube du 21<sup>e</sup> siècle. Ce phénomène s'explique par la dénatalité mais aussi par l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance qui atteint 78,7 ans chez les femmes et 71 ans chez les hommes. À 65 ans, les femmes peuvent espérer vivre en moyenne 18,5 années et les hommes 14 ans. Toutefois, une proportion importante de ces années (10 ans chez les femmes et 6 ans chez les hommes) sera vécue en restriction d'activités (Blanchet, 1995). Cette proportion s'accroît avec l'âge de sorte qu'à 85 ans, 60% de l'espérance de vie est compromise par une perte d'autonomie (Katz et al., 1983). Selon les données de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activité, près de 40% des personnes âgées, et près de 35% de celles demeurant à domicile, présentent une incapacité (Saucier, 1992). Cette perte

---

<sup>1</sup> La description de la problématique provient de Hébert et al. (1993).

d'autonomie explique en grande partie l'institutionnalisation des personnes âgées et l'impact démesuré que le vieillissement démographique entraîne sur l'utilisation des services de santé. Les personnes âgées accaparaient en 1986, 37,4% des dépenses publiques de santé, ce qui dépassait largement leur proportion démographique (Commission d'enquête., 1987). L'incidence économique de la perte d'autonomie justifie amplement un examen approfondi des coûts reliés à la prise en charge des personnes âgées dépendantes pour éclairer les choix sociosanitaires visant à répondre de façon plus efficiente aux besoins grandissants de cette clientèle. De plus, le développement harmonieux d'une gamme étendue de services (en hébergement ou à domicile) exige la mise en place d'un système d'information continue dont les données sont comparables d'un service à l'autre.

Une allocation efficiente des ressources requises pour les personnes en perte d'autonomie repose, au préalable, sur une analyse comparative des coûts de chacun des modes d'hébergement. Or, aucune étude effectuant une telle analyse n'est actuellement disponible au Québec. Dans une revue récente de la question, Rheault (1987) n'a recensé que deux études européennes ayant procédé à de telles analyses : celles de Bachelard et Jeanpêtre (1986) dans le Canton de Vaud (Suisse) et celle de Bouget et al. (1990) en France. Toutefois, ces études comportent certaines lacunes méthodologiques et ont été réalisées dans des environnements sanitaires et économiques très différents du contexte québécois. Il est donc hasardeux d'appliquer leurs résultats au réseau de santé québécois. Une étude comparative des coûts de prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées au Québec selon les différents milieux de vie qui les hébergent est donc nécessaire.

C'est donc pour palier à cette lacune que le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (MSSS) a lancé un appel à des équipes de recherche pour fournir une évaluation de certaines ressources requises par les personnes âgées en perte d'autonomie au Québec. Après analyse des propositions reçues, le MSSS accordait une subvention de 500 000\$ à une équipe formée de professeurs de la Faculté d'administration de l'Université de Sherbrooke et de chercheurs du Centre de recherche en gérontologie et

gériatrie de l'hôpital d'Youville. Le rapport final de cette étude est attendu à l'hiver 1996.

Cet article présente le contexte de l'étude. Il souligne les objectifs et les hypothèses à la base de cette recherche. Il présente certains aspects méthodologiques en insistant particulièrement sur une dimension importante de l'étude, soit l'évaluation du coût des ressources requises par les personnes âgées en perte d'autonomie. Il met en évidence certains défis pour la discipline de la comptabilité de gestion.

## **II. Le contexte de l'étude**

Cette section présente le contexte de l'étude. Elle décrit les objectifs et les hypothèses à la base de cette étude. Elle aborde certains aspects méthodologiques touchant plus particulièrement la population à l'étude et les instruments de mesure.

### **II.1 Les objectifs et les hypothèses**

Quatre objectifs sont visés par l'étude:

1. Déterminer le niveau de dépendance (ou d'autonomie) et les services requis par les personnes âgées selon les différents milieux de vie où elles habitent.
2. Estimer les coûts de la prise en charge selon les différents milieux de vie et évaluer le partage de ces coûts entre les diverses sources de financement : gouvernement, entourage/bénévoles, ressources privées.
3. Définir les services requis et les coûts impliqués selon les différents niveaux d'autonomie d'une personne âgée pour chaque milieu de vie.
4. Comparer les coûts de prise en charge, à autonomie égale du bénéficiaire, selon les différents milieux de vie.

Sur la base des études recensées [Rheault, 1991; Bachelard et Jeanpêtre, 1986; Bachelard, 1988; Bouget et al., 1990; Drummond et al., 1987; Frossard et Ennuyer, 1990] et de l'expérience de l'équipe de recherche, les hypothèses suivantes pourront être vérifiées :

1. Des différences significatives de niveaux de dépendance et de services requis s'observent entre les sujets du domicile, des établissements "légers" (famille d'accueil et pavillon) et des établissements "lourds".
2. Les coûts de prise en charge sont différents à domicile et en institution, entre les institutions privées et publiques de même catégorie, et entre établissements de milieu rural, urbain et métropolitain.
3. Les services requis et les coûts augmentent de façon quasi exponentielle par rapport au niveau de dépendance des personnes pour chacun des milieux de vie. En établissement d'hébergement, pour des niveaux faibles de dépendance, les coûts restent constants jusqu'à l'atteinte d'un seuil à partir duquel la relation quasi exponentielle s'observera.
4. Les coûts reliés aux niveaux de dépendance des sujets à domicile, en établissements "légers" et en établissement "lourds" présentent des seuils d'indifférence où les coûts sont égaux et à partir duquel un type de structure devient plus rentable qu'un autre.

## II.2 Des aspects méthodologiques

Nous avons débuté une étude transversale sur un échantillon de 1988 individus représentatifs des populations des différents milieux de vie des personnes âgées en perte d'autonomie. Un échantillonnage en grappe a été réalisé en fonction de la densité de population : métropolitaine, urbaine et rurale. Chaque sujet est évalué par entrevue individuelle au plan de la dépendance et des services requis. Pour chaque milieu de vie,

une analyse détaillée des coûts est effectuée. L'analyse mettra en relation les coûts des différents milieux de vie selon le niveau de dépendance, compte tenu de certaines variables contrôles. Les prochaines lignes précisent les caractéristiques des milieux de vie touchés par l'étude et présentent des aspects méthodologiques concernant l'évaluation de certaines ressources requises par les personnes âgées en perte d'autonomie.

#### II.2.1. Les milieux de vie à l'étude

Au Québec, les personnes âgées en perte d'autonomie se répartissent dans neuf milieux de vie :

1. Domicile sans aucun service gouvernemental : comprend les personnes âgées à domicile qui ne reçoivent pas les services de maintien à domicile. Ces personnes habitent dans l'un ou des domiciles suivants : individuel conventionnel (appartement ou maison privé), collectif conventionnel (HLM, condominium, coopérative d'habitation), individuel ou collectif avec certains services (chambre et pension, logement adapté, résidence).
2. Domicile avec services gouvernementaux : comprend les bénéficiaires inscrits aux programmes de maintien à domicile et de services intensifs de maintien à domicile (SIMAD) des CLSC<sup>2</sup> en plus des bénéficiaires du territoire de CLSC concerné inscrits dans un Centre de jour pour personnes âgées.
3. Familles d'accueil (FA) : comprend les personnes âgées résidant dans des familles d'accueil (ou résidences d'accueil). Habituellement, neuf bénéficiaires au maximum peuvent habiter au sein d'une même famille d'accueil.
4. Pavillon (PAV) : comprend les personnes âgées résidant dans des pavillons. Un pavillon héberge habituellement plus de dix bénéficiaires.

---

<sup>2</sup> L'appellation CLSC désigne les centres locaux de services communautaires. Il existe plus de 160 CLSC au Québec. Leur mandat est très large et touche notamment l'offre des services de maintien à domicile pour les personnes âgées.

5. Centres d'accueil privés autofinancés (CAPA) : comprend les personnes âgées résidant dans des établissements détenant un tel permis émis par le MSSS, sans égard à leur affiliation à une association ou un regroupement particulier.

6. Unité de longue durée dans les centres hospitaliers de courte durée : comprend les usagers occupant des lits de longue durée, identifiés comme tels au permis. Les personnes ayant un statut de longue durée mais occupant un lit de courte durée au permis seront exclues à cause des difficultés d'échantillonnage et de la nature essentiellement anormale d'une telle allocation de ressources.

7. Centres d'hébergement et de soins de longue durée privés conventionnés : comprend les résidents des établissements détenant ce type de permis et de contrat avec le Ministère.

8. Centres d'hébergement et de soins de longue durée publics : cette catégorie d'établissement, créé récemment par la réforme de la santé et des services sociaux au Québec, regroupe les établissements autrefois désignés sous l'appellation Centre d'accueil d'hébergement et Centre hospitalier de soins de longue durée.

9. Centres hospitaliers psychiatriques de longue durée : comprend les résidents de plus de 65 ans occupant des lits de longue durée dans les établissements psychiatriques. En mars 1992, selon les données du fichier d'hygiène mentale, on comptait 1 851 personnes répondant à cette définition, ce qui représente une fraction non négligeable des personnes âgées hébergées.

#### II.2.2. Les instruments de mesure

Plusieurs instruments de mesure sont nécessaires pour répondre aux objectifs de l'étude. Dans un premier temps, il faut établir le niveau de perte d'autonomie des sujets et déterminer certaines des ressources requises pour palier à cette perte d'autonomie. Dans



un deuxième temps, nous devons développer des outils permettant d'évaluer le coût de ces ressources.

#### II.2.2.1 Les instruments d'évaluation de la perte d'autonomie et des ressources requises.

L'évaluation du niveau d'autonomie fonctionnelle des bénéficiaires sera effectuée en utilisant le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) et le Modified minimal state (3MS). Le SMAF est un instrument d'évaluation de l'autonomie développé à partir de la conception fonctionnelle de la santé et de la classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps de l'Organisation Mondiale de la Santé (Hébert, 1982). Il évalue 29 fonctions couvrant les activités de la vie quotidienne (AVQ), la mobilité, les communications, les fonctions mentales et les tâches domestiques (activités "instrumentales"). Le modified mini-mental state (3MS) de Teng (1987) est un instrument d'évaluation rapide des fonctions cognitives.

La détermination des services et ressources requis sera réalisée en utilisant une version modifiée de la Classification par types en milieux de soins prolongés (CTMSP) [Tilquin et al., 1980; Tilquin et Fournier 1985; Tilquin et Coupal, 1987]. L'utilisation courante du CTMSP, développé en 1977, vise spécifiquement l'orientation de la personne vers le programme institutionnel lui convenant le mieux et l'allocation des diverses ressources du réseau de la santé et des services sociaux. Son élaboration est basée sur la mesure du niveau des soins infirmiers requis tel que défini par le système PRN, développé par la même équipe. Des renseignements socio-démographiques sont déjà collectés par cet instrument. Certaines informations spécifiques à la présente étude ont été ajoutées, tels les transports pour soins médicaux, les coûts des services privées, etc.

#### II.2.2.2 L'évaluation du coût des ressources requises.

Si l'évaluation de la perte d'autonomie fonctionnelle des personnes âgées et des ressources nécessaires pour palier à celle-ci fait appel à des instruments valides et fidèles, il faut admettre que l'identification des coûts reliés à ces ressources repose sur des assises beaucoup moins

solides. Des choix méthodologiques doivent être faits en tenant compte, notamment, des contraintes de l'étude.

#### II.2.2.2.1 Les coûts retenus dans l'étude

Pour cette recherche, nous avons retenu uniquement les coûts qui sont significativement discriminants pour l'ensemble des milieux de vie étudiés. Un examen des écrits de Saucier et Rheault (1992), Rheault (1991), Frossard et Ennuyer (1990), Bachelard (1986), Drummond et al. (1987) nous a conduit à considérer les coûts suivants :

- Soins infirmiers et para-professionnels : Outre les soins infirmiers, cette catégorie englobe les soins d'assistance, de soutien et de surveillance.
- Hébergement: Cette catégorie inclut les dépenses liées directement à l'hébergement des sujets : biens meubles et immeubles, taxes, assurances, chauffage, électricité, téléphone, entretien extérieur, produits d'entretien ménager et adaptations du domicile liées à la perte d'autonomie.
- Alimentation : Cette catégorie concerne les dépenses liées spécifiquement à l'alimentation. Elle inclut le coût des denrées alimentaires et des dépenses connexes ainsi que celui des suppléments alimentaires.
- Matériel sanitaire : Seules les culottes d'incontinence sont considérées dans cette étude.
- Transport : Cette catégorie concerne les dépenses de transport et d'accompagnement des bénéficiaires pour des fins médicales.
- Soutien administratif : Le soutien administratif fait référence aux dépenses inhérentes à l'administration et l'encadrement des milieux d'hébergement.

#### II.2.2.2.2 La définition du coût

Le développement d'une méthodologie des coûts nécessite de choisir la définition à privilégier pour le terme "coût". Ce choix est prioritaire puisqu'il influence tout le processus d'évaluation qui s'en suit. Pour rencontrer les attentes du MSSS, nous avons retenu, pour l'étude, la notion de coût de remplacement, c'est-à-dire que les ressources matérielles et humaines requises à la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie doivent être évaluées à leur valeur actuelle de remplacement. Ainsi, les approches privilégiées dans la méthodologie des coûts sont celles qui permettront l'atteinte de cet objectif.

#### II.2.2.2.3 Les sources d'information

Plusieurs sources d'information sont nécessaires pour l'évaluation du coût des ressources requises. Pour les ressources provenant du secteur public, les rapports financiers annuels AS-471 ainsi que les rapports statistiques des établissements concernés constituent notre principale banque de données. Pour les ressources du secteur privé ou d'organismes bénévoles, les données sont recueillies à l'aide de questionnaires auprès des personnes responsables de ces ressources et dans les états financiers et statistiques de ces organismes. L'utilisation de statistiques gouvernementales (par exemple, les dépenses des ménages et l'évaluation municipale moyenne) complète la collecte d'informations.

#### II.2.2.2.4 Des choix méthodologiques arrêtés

Chaque milieu de vie possède des spécificités qu'il faut considérer dans l'établissement des coûts. Cependant, certaines règles seront appliquées pour tous les milieux. Nous fournissons ici quelques exemples des choix méthodologiques arrêtés. Ces exemples concernent le calcul du coût réel des services rendus par des organismes communautaires, la valeur à attribuer à la contribution de l'entourage et du bénévolat et finalement le calcul du coût des soins infirmiers et para-professionnels prodigués.

Le calcul du coût des services offerts par les organismes communautaires.

Dans le cas des services offerts par les organismes communautaires, le coût réel de ces services sera calculé et non seulement la portion déboursée par le bénéficiaire. Par conséquent, une portion du coût, celle supportée par des subventions gouvernementales, sera considérée financée par le secteur public. Dans certains cas également, une autre partie du coût, par le biais du temps accordé, pourra être reconnue comme une contribution de l'entourage/bénévoles. Nous pouvons citer à titre d'exemple le cas de la préparation et de la livraison à domicile de repas pour les personnes âgées (communément appelé "popotte roulante"). Le prix déboursé par le bénéficiaire est nettement inférieur au coût réel du repas, car il ne tient pas compte des subventions gouvernementales soutenant ce service, ni de la contribution des bénévoles dans la préparation et la livraison de ces repas.

La valeur attribuée à la contribution de l'entourage et de bénévoles.

Une dimension importante des choix méthodologiques concerne la valeur qui pourrait être attribuée à la contribution de l'entourage et de bénévoles. Dans l'exemple précédent, nous avons souligné le fait que cette contribution pouvait affecter sensiblement le coût d'une ressource. Après maintes discussions au sein de l'équipe de recherche, il a été convenu de présenter les résultats de l'étude en utilisant deux scénarios. Le premier scénario consiste à établir une valeur en se basant sur les coûts d'une agence privée qui serait appelée à offrir ces ressources advenant une incapacité de l'entourage et de bénévoles de répondre à cette demande. Le deuxième scénario n'attribue aucune valeur monétaire à la contribution de l'entourage et de bénévoles. Il est apparu clairement aux membres de l'équipe que ce dilemme relève des valeurs de la société et qu'il n'était pas de notre ressort de trancher ce débat. Cet aspect risque d'influencer considérablement le coût de la prise en charge de la perte d'autonomie quand on sait qu'à domicile, les personnes âgées ont souvent recours à l'entourage et aux bénévoles pour les aider à combler leur perte d'autonomie.

Les soins infirmiers et para-professionnels

Ces coûts sont liés directement aux soins infirmiers, aux activités d'assistance, de soutien et de surveillance. L'utilisation du CTMSP permettra de spécifier le nombre d'heures pour les soins

requis. Elle permettra également d'identifier la contribution des ressources publiques, de l'entourage/bénévoles et des ressources privées.

Il convient ici de préciser certaines particularités propres à la détermination des ressources offertes concernant l'activité de surveillance et l'établissement des heures consacrées aux activités de soins, d'assistance et de surveillance.

Une analyse préliminaire des services requis par les personnes âgées nous a confrontés à la difficulté de dissocier l'activité de surveillance des activités de soins infirmiers, d'assistance et de soutien. Les propos recueillis auprès d'intervenants du milieu démontrent que cette activité est rarement effectuée isolément; elle est davantage réalisée à travers les autres activités. Une difficulté surgit également dans les cas où une personne assure une présence continue auprès d'une personne âgée, ce qui peut être le cas en établissement ou à domicile.

La démarche adoptée pour évaluer les heures de surveillance réalisées est donc la suivante. Le CTMSP modifié permettra de déterminer les heures de surveillance requises, de jour ou de nuit, par un bénéficiaire. Puis, nous évaluerons les heures de surveillance réalisées à travers les autres activités. Si les heures de présence effectuées auprès d'un bénéficiaire excèdent le temps accordé aux autres activités, celles-ci seront associées à l'activité de surveillance jusqu'à concurrence des heures de surveillance requises pour ce bénéficiaire. En aucun temps, les heures réelles de surveillance ne pourront excéder les heures requises.

En ce qui a trait à l'établissement des heures consacrées aux activités de soins, d'assistance et de surveillance, le CTMSP modifié cumule des points qui, par la suite, sont transformés en heures/soins standard. Pour les fins de l'étude, ces heures/soins standard seront considérées comme les heures réellement effectuées auprès des bénéficiaires. Dans tous les cas, si un coût réel est mesurable et produit des renseignements plus justes (par exemple, coût de préparation d'un repas en établissement), nous utiliserons ce coût réel. De plus, il faut souligner que ces heures/soins standard prennent en compte uniquement le temps nécessaire à la réalisation d'un acte de soins ou d'un service, en omettant les activités administratives et de communication propres au suivi du dossier du bénéficiaire, le temps de déplacement et le temps non productif dans un établissement (pause-santé). Bien qu'elles aient fait l'objet d'une évaluation

minutieuse, on peut donc penser que ces heures/soins standard s'écartent quelque peu de la réalité selon les milieux ou les activités concernés. Nous croyons donc que, dans certains cas, des ajustements sont nécessaires pour tenir compte de particularités propres à un milieu ou à une activité précise.

Pour les cas où les activités sont réalisées sans déplacements externes (pavillons, CAPA, établissements privés conventionnés et établissements publics), l'instrument PLAISIR servira de guide d'ajustement. Ainsi, pour chaque bénéficiaire, 24 minutes par jour seront rajoutées aux heures de soins prodiguées pour tenir compte des activités administratives et de soutien nécessaires au suivi de son dossier. Un facteur de majoration globale supplémentaire de 1,074 permettra de prendre en considération le temps non productif. Pour les situations où les services exigent un déplacement au domicile du bénéficiaire (CLSC), nous devons utiliser un facteur de majoration. Une étude effectuée au sein de deux CLSC a démontré que ces facteurs de majoration peuvent varier considérablement selon les particularités du CLSC concerné. Donc, pour l'étude, nous allons procéder à une analyse des statistiques compilées par chacun des CLSC sur le déplacement de leur personnel pour déterminer un facteur de majoration adéquat qui tiendra compte notamment de la situation géographique de l'établissement.

#### II.2.2.2.5 Des choix à faire, des défis à relever.

Si des choix méthodologiques ont pu être arrêtés, il demeure que d'autres décisions restent à prendre pour mener à terme cette étude. À titre d'exemples, nous pouvons souligner l'établissement de la valeur des bâtiments pour établir un coût d'hébergement et le calcul des coûts de soutien administratif.

##### L'établissement de la valeur des bâtiments.

Comme nous l'avons souligné précédemment, cette étude vise à identifier les coûts de remplacement des ressources nécessaires pour compenser la perte d'autonomie des personnes âgées. Cet objectif pose des problèmes importants lorsque vient le temps d'établir la valeur des bâtiments requis pour l'hébergement de ces personnes. Quelle

valeur doit-on prendre? La valeur de l'évaluation municipale? La valeur d'acquisition? Une réelle valeur à neuf? Dans ce cas, comment peut-on l'établir?

#### **Le coût du soutien administratif.**

À partir du moment où l'État offre des services aux personnes âgées en perte d'autonomie, il doit mettre en place une structure administrative qui gère cette offre de service. Or, dans certaines cas, cette structure administrative est appelée à gérer des ressources destinées à d'autres bénéficiaires. Il faut donc répartir équitablement la part qui revient aux services touchés par cette étude. Cette dimension de l'étude fait ressortir l'importance du choix des règles et des clés de répartition. Cette difficulté n'est pas spécifique à l'établissement des coûts de soutien administratif. Elle se pose également pour d'autres aspects de l'étude, notamment le calcul des coûts d'entretien ménager ou de préparation des repas dans les centres d'hébergement. Quelles sont les règles qui pourraient répondre correctement à l'objectif d'équité?

### **III. Conclusion**

Les objectifs de cette recherche sont importants. Dans un contexte de ressources de plus en plus limitées, des choix difficiles concernant l'allocation de ces ressources devront être faits par l'État. Ces choix seront basés sur différents facteurs, notamment les conclusions de cette étude. Ces conclusions reposent sur la fiabilité des instruments de mesure utilisés.

Les instruments nécessaires pour l'évaluation de la perte d'autonomie et des ressources requises étaient déjà disponibles, seuls de légers ajustements ont été nécessaires pour les adapter au contexte de l'étude. Il en est tout autrement de l'évaluation du coût de ces ressources. La méthodologie du calcul des coûts doit s'adapter, non seulement aux contraintes de l'étude (budget et délai), mais également à la disponibilité de l'information. Elle se doit d'être à la fois rigoureuse et flexible et préserver les principes de validité

interne et externe des résultats. En ce sens, la détermination des coûts reliés à la perte d'autonomie des personnes âgées représente un beau défi pour la comptabilité de gestion.

#### Bibliographie

Bachelard, B., Jeanpêtre, N.: Tous les coûts sont-ils permis? Coût, financement et planification. Expérience pilote de renforcement de l'action médico-sociale dans le Canton de Vaux. Lausanne, Service cantonal de recherche et d'information statistique, 1986.

Bachelard, B.: Soins à domicile ou hébergement à long terme : analyse coût-efficacité. In Simeone, I.: Le maintien à domicile, quel avenir?, Éditions Médecine et Hygiène, Genève, 1988.

Blanchet, M. (1985): L'espérance de vie en bonne santé. L'Union médicale du Canada 114: 154-157.

Bouget, D., Tartarin, R., Frossard, M., Tripier, P.: Le prix de la dépendance. Comparaison des dépenses des personnes âgées selon leur mode d'hébergement. Caisse nationale d'assurance-vieillesse des travailleurs salariés, Paris, 1990.

Bureau de la statistique du Québec (1986) : Les personnes âgées au Québec, Statistiques démographiques, Québec.

Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (1987): Dossiers "Personnes âgées". Programme de consultation d'experts, Québec.

Drummond, M.F., Stoddart, G.L., Torrance, G.W.: Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programme. Oxford University Press, Oxford, 1987.

Frossard, M., Ennuyer, B. : Comparaison des coûts de l'hébergement médico-social à domicile des personnes âgées. Éditions École nationale de la santé publique, Paris, 1990.

Hébert, R., Bravo, G., Desrosiers, J., Buteau, M., Roy, C., Coutu-Wakulczyk, G., Genest, L. : Évaluation de certaines ressources requises par les personnes âgées en perte d'autonomie. Centre de recherche en gérontologie et gériatrie, 1993

Hébert, R. (1982) : L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées. Can Fam Physician, 28 : 754-762.

Hébert, R., Leclerc, G., Bravo, G. et al.: Efficacy of a Support Group Programme for Caregivers of Demented Patients in the Community : a Randomized Controlled Trial. Journal of the American Geriatric Society (submitted).



Katz, S., Branch, L.G., Branson, M.H., Papsidero, J.A., Beck, J.C., Greer, D.S. (1983) : Active life expectancy. N. Engl J Md, 309 : 1218-1224.

Rheault, S. : L'évaluation économique des modes d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie: recension des méthodes et des résultats. Ministère de la santé et des services sociaux, Québec, 1991.

Saucier, Alain (1992) : Le portrait des personnes ayant des incapacités au Québec en 1986. Direction de l'évaluation, Ministère de la santé et des services sociaux, Québec, 63p.

Saucier, A., Rheault, S. (1992). Évaluation de certaines ressources requises pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Direction de l'évaluation. Ministère de la santé et des services sociaux. Québec.

Teng EL, Chui HC, Hubbard D, Corgiat MD. The Modified Mini-Mental State (The 3 MS) Test. The clinical neuropsychologist, 1987; 1 : 293.

Tilquin, C., Coupal, M. : CTMSP87. La détermination des services requis et la mesure des ressources requises par le bénéficiaire. Ministère de la santé et des services sociaux, Québec, 1987.

Tilquin, C., Fournier, J. : CTMSP 85. L'évaluation de l'autonomie et l'évaluation médicale du bénéficiaire. Ministère de la santé et des services sociaux, Québec, 1985.

Tilquin, C., Carle, J., Saulnier, D. : PRN 80. La mesure du niveau des soins infirmiers requis. Équipe de recherche opérationnelle en santé, Université de Montréal, Montréal, 1980.