

CTMSP 81

**L'orientation du
bénéficiaire dans le réseau**

CTMSP 81

**Un système d'information
pour un réseau
de services prolongés**

**L'orientation du
bénéficiaire dans le réseau**

EROS
Équipe de Recherche Opérationnelle en Santé

Adressez toute correspondance à :

Charles Tilquin
E.R.O.S.
Équipe de Recherche Opérationnelle en Santé
Pavillon 3535 Reine Marie – suite 501
Université de Montréal
C.P. 6128, succursale A
Montréal, Québec, Canada
H3C 3J7

TÉLÉPHONE : (514) 343-5973

Imprimé au Québec
Dépôt légal, 2^e trimestre 1982
Bibliothèque nationale du Québec et du Canada

Copyright ©, 1982 par Charles Tilquin. Ce document tombe sous la protection des lois canadiennes sur les droits d'auteurs et de la convention internationale sur les droits de reproduction.

Tous droits réservés. Aucune partie de ce document ne peut être traduite, reproduite ou transmise d'aucune façon et par aucun moyen électronique ou mécanique incluant photocopie et microfiches, tout système d'enregistrement y compris diaporama et vidéo, tout système de stockage et de sortie de l'information, sans la permission écrite de Charles Tilquin.

CTMSP 81

L'orientation du bénéficiaire dans le réseau

Charles Tilquin
Claude Sicotte
Francine Tousignant
Gisèle Gagnon
Francine Cloutier
Edviga Urbanski
Aimé Lebeau
Johanne Fournier
Pierre Lambert
Danielle D'Amour
Colette Paradis
Micheline Paradis
Léo Poirier
Louise Mallette

EROS **Équipe de Recherche Opérationnelle en Santé**

Département d'administration de la santé
Faculté de Médecine
Université de Montréal

et

Institut National de Systématique Appliquée (I.N.S.A.)

Montréal, Août 1982

TABLE DES MATIÈRES

	page
Liste des figures	VII
Liste des tables	IX
Préface de la première édition	XI
Remerciements	XV
1. Introduction	1
2. Cadre conceptuel	3
2.1. Les services prolongés	4
2.2. Problématique de l'orientation dans le réseau des services prolongés	5
2.3. Un modèle pour le processus d'orientation en services prolongés	9
2.4. Évaluation des besoins du bénéficiaire	11
2.5. Établissement du lien entre ressources requises et ressources offertes : le concept de PROGRAMME et d'options d'orientation	19
2.6. Décision d'orientation : choix d'une option	26
2.61 Variables de "ressources"	27
2.62 Variables "autres" que de ressources	30
2.7. Structure du processus d'orientation proposé	31
2.8. Postulats et conditions nécessaires	34
3. Le système CTMSP d'information pour l'orientation du bénéficiaire dans un réseau de services prolongés	45
3.1. Introduction	45
3.2. Structure du système d'évaluation des besoins d'orientation	46
3.3. Procédure d'évaluation des besoins des bénéficiaires	48
3.31 Formulaire d'évaluation des besoins	49
3.32 Évaluation/Réévaluation des besoins	50
A. Bénéficiaire résidant à domicile	50
B. Bénéficiaire résidant en établissement	53
C. Tous les bénéficiaires faisant l'objet d'une (ré-)évaluation complète	54
3.4. Procédure d'identification des options d'orientation	57
3.5. Procédure de définition et mise à jour de l'état du réseau	69
3.6. Procédure de décision quant à l'orientation du bénéficiaire	77
3.7. Procédure d'appel	81
3.8. Évaluation des résultats de la procédure d'orientation	82

LISTE DES FIGURES

	page
Figure 1 : Évaluation des besoins et orientation : modèle des soins aigus et modèle proposé en soins prolongés	10
Figure 2 : Concept de service.....	11
Figure 3 : Concept de services potentiels et réels	12
Figures 4 : Processus de mesure des ressources requises par le bénéficiaire	15
Figure 5 : La décision de placement résultat d'un quadruple processus de classification/prise de décision	34
Figure 6 : Réseaux locaux et régional	42
Figure 7 : Schéma de classification sous la forme d'un arbre de décision	62
Figure 8 : Niveaux de ressources minimum et maximum offerts par une organisation.....	64
Figure 9 : Programmes offerts par une organisation.....	65
Figure 10 : Procédure d'évaluation des besoins/orientation	80

LISTE DES TABLES

	page
Table 1 : Niveaux des variables intervenant dans le schéma de classification.....	58
Table 2 : Schéma de classification.....	60
Table 3 : Modalités des services offerts par les organisations – options identifiées	67
Table 4 : Ressources des organisations : description et capacité.....	72
Table 5 : Disponibilité des ressources dans le réseau.....	75
Table 6 : Indicateurs statistiques pour l'évaluation de la procédure d'orientation.....	84

PRÉFACE DE LA PREMIÈRE ÉDITION

L'équipe EROS a entrepris le projet CTMSP en réponse à une double préoccupation du réseau des services prolongés du Québec : l'orientation des bénéficiaires vers le programme institutionnel ou à domicile le mieux à même de répondre à leurs besoins de services prolongés, et la planification d'un réseau de programmes de services prolongés. Ce sont en particulier le Conseil Régional des Services de Santé et des Services Sociaux (CRSSS) de la région 6 C (Sud de Montréal) et le Ministère des Affaires Sociales du Québec qui nous ont incités à entreprendre ce projet. Nous avons ainsi pu compter sur la collaboration de Pierre Provencher et Hung Nguyen du CRSSS – 6 C, de Nicole Martin, Jacques Pigeon et ensuite de Paul Lamarche et Pierre Boyle du Ministère des Affaires Sociales du Québec.

La recherche dont le système CTMSP est issu a commencé en 1976. L'objectif a d'abord été de construire un système d'évaluation et de mesure des besoins des bénéficiaires en vue de fonder l'allocation des ressources dans le réseau sur ces besoins plutôt que de définir ceux-ci en fonction des ressources du réseau. On a privilégié, dans le développement du CTMSP, le recours systématique aux avis et jugements d'experts, la consultation continue des intervenants du réseau, le processus "implantation pilote - feed-back - révision", répété sans cesse pendant cinq ans.

Dans un second temps, et pour répondre aux deux préoccupations énoncées ci-dessus, il s'agissait d'une part de définir, à partir du système d'évaluation des besoins, un processus structuré d'orientation du bénéficiaire dans le réseau de services prolongés à domicile et en établissement,

en fonction de ses besoins et, d'autre part de concevoir et réaliser un système de planification du réseau utilisant les données produites par le module d'évaluation des besoins et celles issues du processus d'orientation. La recherche concernant cette dernière préoccupation est toujours en cours. Nous ferons donc rapport à ce sujet dans le futur. Le présent texte est quant à lui consacré au problème de l'orientation du bénéficiaire dans le réseau.

La conception et le développement du système CTMSP 77 ont été financés par le Ministère des Affaires Sociales du Québec et par le Programme National de Recherche et Développement en Matière de Santé (PNRDS) de Santé Bien-Être Social Canada. L'implantation pilote du système a été financée par le Département de Santé Communautaire du Centre Hospitalier de Verdun, par les établissements du réseau de son territoire et par l'I.N.S.A. (Institut National de Systématique Appliquée). La révision du système CTMSP 77 et la mise au point du système CTMSP 81 ont été financées par l'I.N.S.A..

Nous publions ici la première version de la procédure d'orientation du bénéficiaire dans le réseau, propre au système CTMSP 81 tout en sachant bien qu'elle est susceptible de requérir certaines améliorations dans le futur. Nos expériences d'utilisation du système CTMSP 77 depuis cinq ans, nous ont cependant permis de roder suffisamment celle-ci pour que sa version révisée puisse maintenant être diffusée et implantée pour l'orientation des bénéficiaires dans le réseau. Dans les mois qui viennent, nous recueillerons systématiquement les commentaires, critiques et suggestions des utilisateurs du système et nous réviserons en conséquence la procédure d'orientation proposée.

Pour assurer la crédibilité et la validité à long terme du système CTMPS, il est essentiel que le processus de révision soit réalisé de façon ordonnée et unifiée. Cette tâche sera assurée par l'Institut National de Systématique Appliquée (INSA) Inc., Corporation à but non lucratif qui assure déjà la même fonction dans le cas d'autres systèmes. Nous comptons sur la collaboration des utilisateurs du système CTMSP pour nous aider à l'améliorer.

Le système CTMSP est actuellement implanté pour l'orientation du bénéficiaire dans le réseau, dans les trois DSC de Québec Métro du CRSSS 03 et dans le DSC de Verdun du CRSSS 6 A (Montréal). Le système sera implanté prochainement dans la région 6 B (Laurentides-Lanaudière) et étendu à l'ensemble de la région 6 A. A la fin de ces implantations, l'évaluation des besoins de plus de 50 % des personnes âgées du Québec sera réalisée à l'aide d'une instrumentation unique et à quelques modalités d'implantation près, l'orientation de ces bénéficiaires dans les réseaux sera réalisée de façon systématique selon une même procédure structurée. De plus, à l'extérieur des régions 03, 6 A et 6 B, certains réseaux sous-régionaux ou établissements utilisent eux-aussi le système pour l'évaluation des besoins et l'orientation de leurs clientèles respectives. Enfin, le système CTMSP a été utilisé par le Ministère des Affaires Sociales du Québec en 1980/1981 pour l'évaluation des clientèles des Centres d'Accueil et des Centres Hospitaliers de Soins Prolongés.

Montréal, le 1^{er} août 1982

Charles Tilquin, Ing., PH.D.
Investigateur principal du projet CTMSP

Directeur, Équipe de Recherche Opérationnelle en Santé
Professeur, Département d'administration de la santé
Université de Montréal

Président, Institut National de Systématique Appliquée
(I.N.S.A.)

REMERCIEMENTS

Nombreux sont ceux qui ont participé à la conception, au développement et à la validation du système CTMSP depuis le lancement du projet en 1976. Dans nos remerciements, nous voudrions n'oublier personne. C'est là cependant chose presque impossible étant donné la durée de ce projet de recherche et le fait que nous ayons privilégié, dès ses origines, la consultation régulière des intervenants du milieu des Affaires Sociales pour nous assurer de produire un système opérationnel et adapté aux besoins du réseau.

A l'occasion de la première publication de ce texte, il me fait plaisir de remercier mes collaborateurs de l'équipe EROS plus particulièrement,

Claude Sicotte, B.A.A., M.A.S. qui a dirigé le projet depuis son début en 1976 jusqu'au moment où en 1981 il s'est joint au service de l'évaluation de la direction des politiques de santé du Ministère des Affaires Sociales

et

Francine Tousignant, M. Ser. Soc. qui l'a secondé dès 1977 et depuis n'a cessé d'œuvrer au développement du système et à son implantation

ainsi que :

Gisèle Gagnon, B. Sc. Infirmières
 Francine Cloutier, B. Sc. Ergo
 Edviga Urbanski, M.C.P.A., M.C.P.P.Q. (physio)

qui ont principalement œuvré au développement et à la validation du module d'évaluation des services requis et de mesure des ressources requises du système

et

Aimé Lebeau, M. Sc. Sociologie
 Johanne Fournier, B. Sc. Sociologie
 Pierre Lambert, M. Sc. Recherche Opérationnelle
 Léo Poirier, B. Sc. Mus.

Danielle D'Amour, M. Sc. Infirmières
Colette Paradis, Infirmière

qui ont apporté leur précieuse collaboration à divers titres au développement du système,

Lise Lamarche
Louise Mallette

qui nous ont secondés efficacement en dactylographiant les multiples versions des différents textes que l'équipe a pondus sur le système,

enfin

Micheline Paradis, infirmière, qui sans jamais avoir été officiellement à l'emploi de l'équipe, en a été longtemps un membre de fait et des plus précieux. Micheline a coordonné avec dynamisme et compétence la première implantation réseau du système dans le territoire du D.S.C. de Verdun.

Plus de cent cinquante autres personnes ont aussi travaillé à l'intérieur de l'équipe EROS au développement du système CTMSP, à titre d'évaluateurs de l'autonomie lorsque nous avons constitué notre base de données, à titre de membres des comités d'évaluation des services requis, ou encore au codage, à la perforation ou à la validation des données. Ces collaborateurs ont été beaucoup trop nombreux pour qu'il nous soit possible de les remercier tous nommément. Sans eux le projet n'aurait pu être mené à bien et nous leur exprimons toute notre reconnaissance pour l'entrain et le sérieux avec lesquels ils ont souvent accompli des tâches ingrates.

Je voudrais aussi remercier Raynald Pineault, M.D., Ph. D., directeur du département de Médecine Sociale et Préventive de l'Université de Montréal qui nous a aidé dans la première phase du projet.

De nombreux consultants nous ont fait bénéficier de leur expérience et de leur compétence tout au long du projet. Au risque de faire quelques oublis, nous voudrions remercier :

- pour les services médicaux : Lise Goulet
Nadine St-Pierre
Louise Poulin de Courval
Sandy Mc. Pherson
Lya Zorzor
Gérard Gagnon
- pour les soins infirmiers : Jocelyne Carle
Diane Saulnier
Carmen Messier
Lime-Marie Audette
Denise Poulin
- pour le service social : André Allaire
Monique Gagnon
Suzanne Larivière
Madeleine Viel
Emmanuel Caseus
- pour la physiothérapie : Patricia Girard
Elizabeth Courchesne
France Hamel
Nicole Pelletier
- pour l'ergothérapie : Raymonde Hachey
Sandra Everett
Annie Dubé
- pour les soins dentaires : Jean-Marc Brodeur
- pour la nutrition : Andrée Imback
Colette Lortie
- pour la statistique : Yves Lepage
Claude Delorme

Un merci très spécial au Département de Santé Communautaire de Verdun, en particulier à son directeur Roger Cadieux qui ne nous a ménagé ni son temps, ni les encouragements et à Constance Blanchard qui a été une des toutes premières intervenantes à croire au système et à s'y impliquer activement. Cet intérêt de la première heure a débouché sur la première implantation du réseau du système CTMSP.

Nous tenons aussi à remercier tous les intervenants de ce réseau pour leur collaboration, leur soutien et leur patience.

Les instruments du système CTMSP 77 ont été utilisés dans le cadre de l'opération CA-CHSP pour évaluer les besoins des bénéficiaires hospitalisés et hébergés dans les établissements du réseau des Affaires Sociales. En relation avec cette opération, nous tenons aussi à remercier pour leurs critiques constructives :

- Guy-Anne Garceau de l'Association des Hôpitaux du Québec
- Gérald Henri de l'Association des Centres d'Accueil du Québec
- Jacques Larin et Astrid Lefebvre Girouard de l'Association des Centres de Services Sociaux du Québec

et les membres des comités que ces associations ont alors mis sur pied.

Enfin le système a bénéficié énormément de nos nombreux échanges avec les officiers du Ministère des Affaires Sociales du Québec. Nous voulons remercier ici tous ceux qui nous ont ainsi aidé depuis six ans, plus particulièrement Paul Lamarche et Pierre Boyle dont les critiques ont été un stimulant intellectuel précieux et sans les encouragements desquels, la longueur et la complexité du projet nous auraient souvent conduit au bord du découragement.

Ils sont cinquante peut-être cent, ceux et celles auxquels, dans le cours du projet nous avons demandé des conseils, qui nous ont fait des suggestions, prodigué des encouragements, ouvert des portes. A ceux-là aussi qui nous ont permis d'avancer de quelques pas de plus, nous aimerions exprimer notre gratitude.

Charles Tilquin

1. INTRODUCTION

Le système CTMPS est un système d'information pour un réseau de services prolongés pour les personnes âgées et/ou handicapées adultes. Ce texte qui lui est consacré est complété par deux textes traitant respectivement de l'évaluation de l'autonomie et médicale du bénéficiaire, et de l'évaluation des services requis et la mesure des ressources requises par le bénéficiaire. Son sujet est l'orientation du bénéficiaire vers la(les) ressource(s) appropriée(s) dans un réseau de services prolongés intégrant services à domicile et en établissement.

Ce texte comprend deux parties. Dans la première, à caractère théorique, nous définissons le cadre conceptuel à l'intérieur duquel nous avons développé le CTMSP. Dans la seconde partie, à caractère appliqué, nous décrivons le système qui a été bâti sur les fondements conceptuels discutés dans la première partie.

2. CADRE CONCEPTUEL

Cette section théorique définit et organise les concepts sur la base desquels le système d'information pour l'orientation du bénéficiaire dans le réseau a été construit. Après avoir précisé ce qu'on entend par services prolongés, on tente de cerner la problématique de l'orientation du bénéficiaire dans le réseau de services prolongés. On en déduit que le modèle d'orientation qui prévaut en soins aigus n'est pas adéquat pour les soins prolongés et on propose trois postulats qui devraient encadrer un système d'orientation en soins prolongés. Partant de ces postulats on étudie la question de l'évaluation des besoins des bénéficiaires en vue de leur orientation. On introduit alors le concept de programme qui sert d'intermédiaire entre les ressources requises par le bénéficiaire telle que mesurées dans le cadre de l'évaluation de ses besoins, et les ressources offertes par les organisations du réseau. Le concept de programme permet donc de cerner les différentes options d'orientation possibles pour le bénéficiaire. Reste alors à choisir entre celles-ci au moyen d'une procédure structurée de prise de décision en groupe qui est le fait d'un Comité d'orientation. La section se termine sur l'examen des différentes hypothèses et conditions sous-jacentes au modèle proposé : évaluation des besoins formelle, non biaisée, uniforme ; classification formelle des organisations dispensatrices de services; centralisation de la procédure d'orientation à l'intérieur de réseaux locaux et régional de services prolongés.

2.1 Les services prolongés

Nous prêtons au concept de services prolongés un sens très large. En fait, ces services recouvrent les prestations de professionnels aussi différents que les infirmières, les travailleurs sociaux, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et les médecins, ainsi que les services d'aide à domicile : aide familiale, popote roulante, ouvrier, transport, ...etc. La caractéristique commune de ces services est qu'ils sont requis pour de longues périodes, souvent jusqu'au décès du bénéficiaire. Ces services sont fournis par des organisations; certaines de celles-ci sont institutionnelles : les familles d'accueil, les pavillons, les centres d'accueil et les centres hospitaliers de soins prolongés* ; leur caractéristique commune est que le bénéficiaire qui reçoit leurs services, réside dans les lieux où ces services sont dispensés. Les autres organisations sont dites de maintien à domicile; celles-ci "livrent" leurs services au domicile du bénéficiaire. Elles peuvent être divisées en deux catégories : l'aide à domicile et les soins à domicile. On trouve aussi entre ces deux grandes classes d'organisations (maintien à domicile et institutionnelle), des organisations qui offrent leurs services en établissement à des bénéficiaires résidant à domicile : il s'agit essentiellement des centres de jour et des hôpitaux de jour. Enfin, il existe certaines ressources particulières difficiles à rattacher à une classe ou à l'autre. Ainsi, les habitations à loyer modique (H.L.M.) en donnant accès au logement aux économiquement faibles permettent d'éviter leur hébergement; les habitats protégés ont la même fonction. Certains n'offrent aucun services "actifs"; ils permettent aux gens de vivre indépendants à domicile par les seules vertus de leur conception : suppression des barrières architecturales, salle de bain et cuisine sécuritaires, sonnerie d'alarme... D'autres par contre, offriront certains services de conciergerie et mêmes de soins.

* Ainsi que les unités de soins prolongés des centres hospitaliers de soins aigus.

La disponibilité de ces soins n'implique cependant pas nécessairement que les ressources pour les donner soient localisées sur place. Elles peuvent être fournies par exemple par le centre local de services communautaires (C.L.S.C.) voisin.

Il existe en fait une multitude d'arrangements possibles pour ces ressources qui, avec les organisations de maintien à domicile, constituent ce qu'il est convenu d'appeler les ressources alternatives à l'hébergement et à l'hospitalisation prolongés. Le concept d'hébergement fait référence aux familles d'accueil, aux pavillons et aux centres d'accueil. Celui d'hospitalisation prolongée se concrétise dans les centres hospitaliers de soins prolongés. Les différences entre l'hospitalisation prolongés et l'hébergement sont loin d'être claires même si ces deux concepts sont, au Québec, consacrés par la loi.

Quoiqu'il en soit, la discussion qui précède met en évidence le fait qu'il y a un grand nombre d'organisations et que celles-ci offrent plus ou moins un continuum de services : des plus légers aux plus lourds; pour nous résumer et loin de prétendre que l'ordre qui suit est absolu : H.L.M., habitat-protégé, centre de jour, aide à domicile, soins à domicile, hôpital de jour, famille d'accueil, pavillon, centre d'accueil (CA), centre hospitalier de soins prolongés (CHSP), unités de soins prolongés en centre hospitalier de soins aigus.

2.2 Problématique de l'orientation dans le réseau de services prolongés

Le problème central qui sera abordé dans ce texte est celui de l'orientation d'un bénéficiaire vers une (ou plusieurs) organisation(s), c'est-à-dire de l'établissement d'un lien entre d'une part un individu qui a des besoins, et d'autre part, cette kyrielle d'organisations qui disposent des

ressources pour offrir des services, l'objectif étant que les "bonnes" ressources soient allouées au bénéficiaire, c'est-à-dire, les ressources nécessaires, en type* et en quantité (ni trop, ni trop peu) pour lui donner les services qu'il requiert. En d'autre terme, on peut dire que l'objectif poursuivi est l'orientation optimale du bénéficiaire, l'optimalité, tel qu'entendue ici, se mesurant essentiellement en terme d'efficacité (résultats des services offerts au bénéficiaire) et d'efficience (utilisation des ressources). On notera encore que l'orientation telle que nous la concevons n'est pas équivalente à l'"institutionnalisation" : on peut être orienté vers une organisation offrant des services à domicile. De plus, l'orientation peut être multiorganisationnelle : un bénéficiaire peut être orienté à la fois vers les "soins à domicile" et le "centre de jour" et la "popote roulante". Nous reviendrons plus loin sur cette question.

Le problème de l'orientation est complexe. La comparaison entre l'orientation en soins aigus et en services prolongés est révélatrice à cet égard.

En soins aigus, on intervient en général pour un problème précis avec une (des) intervention(s) précise(s), limitée(s) dans le temps. L'éventail des "organisations" dispensatrices de services est peu étendu : les hôpitaux de soins aigus d'un côté, les médecins en cabinet privé ou non de l'autre. Il est en général facile pour un seul professionnel, le médecin, d'établir le lien entre d'une part l'individu et son problème et d'autre part le type (hôpital ou cabinet) d'organisation qui peut le résoudre ou assurer son suivi.

* Type : ressources infirmières, médicales, sociales, de physiothérapie, d'ergothérapie, ...etc.

Quant au choix de l'organisation adéquate, une fois son type déterminé, il est guidé d'une part par le diagnostic préliminaire du médecin et d'autre part par les spécialités des différentes organisations, qui sont bien connues car elles se définissent simplement en terme de quelques paramètres : pathologie, technologie, âge (ex. : ressources pour les enfants). En résumé, on peut dire que le modèle qui prévaut en soins aigus et qui consiste essentiellement en l'établissement d'un lien direct entre l'individu malade et organisation(s) par un professionnel, est légitime, en ce sens qu'est faible la probabilité que le médecin se trompe, c'est-à-dire qu'il réfère le bénéficiaire à une organisation qui ne dispose pas des ressources pour lui offrir les services qu'il requiert; cela d'autant plus que l'orientation première est d'abord décidée en vue de la confirmation d'un diagnostic. De plus, dans les rares cas où le médecin oriente mal le bénéficiaire, l'erreur n'est pas trop grave car le système de soins aigus par sa nature même, possède des capacités de réaction rapide : le bénéficiaire sera vite réorienté correctement.

En services prolongés, la situation est différente. On intervient en général pour plusieurs problèmes, récurrents, mal définis, de nature à la fois physique, psychique et sociale; on ne peut faire mieux le plus souvent que de les énoncer en terme de perte d'autonomie bio-psycho-sociale plutôt qu'en terme de diagnostics spécifiques comme c'est le cas en soins aigus : par exemple : incapable de se nourrir, de s'habiller, d'entrer en communication, ... etc. L'intervention est fréquemment requise pour une période prolongée, éventuellement jusqu'à la fin de la vie du bénéficiaire et l'espoir d'amélioration est réduit. Si, dans la grosse majorité des cas, en soins aigus, l'action est correctrice, par contre en soins prolongés, elle sera le plus souvent préventive, de soutien, de maintien, d'adaptation, de réadaptation, ou palliative.

Enfin, contrairement au cas des soins aigus, le réseau familial ou social est parfois susceptible de fournir en tout ou en partie les ressources requises par le bénéficiaire. L'évaluation des capacités exactes de ce réseau n'est cependant pas toujours triviale. Par ailleurs, l'éventail des ressources en établissement et à domicile est, comme nous l'avons vu plus haut très large. Il devient dès lors difficile à un seul professionnel (qu'il soit médecin, travailleur social, infirmière, ...) de décider qu'étant donné ses problèmes, tel individu doit recevoir des services de telle(s) organisation(s). Rares sont en effet les professionnels qui connaissent bien toutes les organisations du réseau, les ressources dont elles disposent, les services qu'elles offrent. Il est malaisé par ailleurs pour un professionnel de saisir sous toutes ces facettes la condition du bénéficiaire et les capacités de son réseau socio-familial; il aura nécessairement tendance à voir l'individu par le petit bout de sa lunette et à le réduire à ce qu'il voit.

Il en résulte que la duplication en services prolongés, du modèle qui prévaut en soins aigus, est hasardeuse : le bénéficiaire est susceptible de se retrouver dans une organisation qui ne peut lui offrir les services qu'il requiert. En adoptant en services prolongés, le modèle des soins aigus, on court le risque que ce soit les ressources de l'organisation à laquelle il a été référé qui déterminent les besoins du bénéficiaire plutôt que les ressources requises par celui-ci qui déterminent l'organisation à laquelle il doit être référé. Le monde à l'envers. Ceci est d'autant plus dommageable que l'inertie du réseau de services prolongés est grande : les décisions prises le sont pour des semaines, des mois, voire des années.

2.3 Un modèle pour le processus d'orientation en services prolongés

La question est alors de savoir quelle alternative au modèle des soins aigus offrirait de meilleures garanties d'orientation adéquate en services prolongés. Le modèle proposé s'articule autour des constatations/postulats suivants et est schématisé à la figure 1.

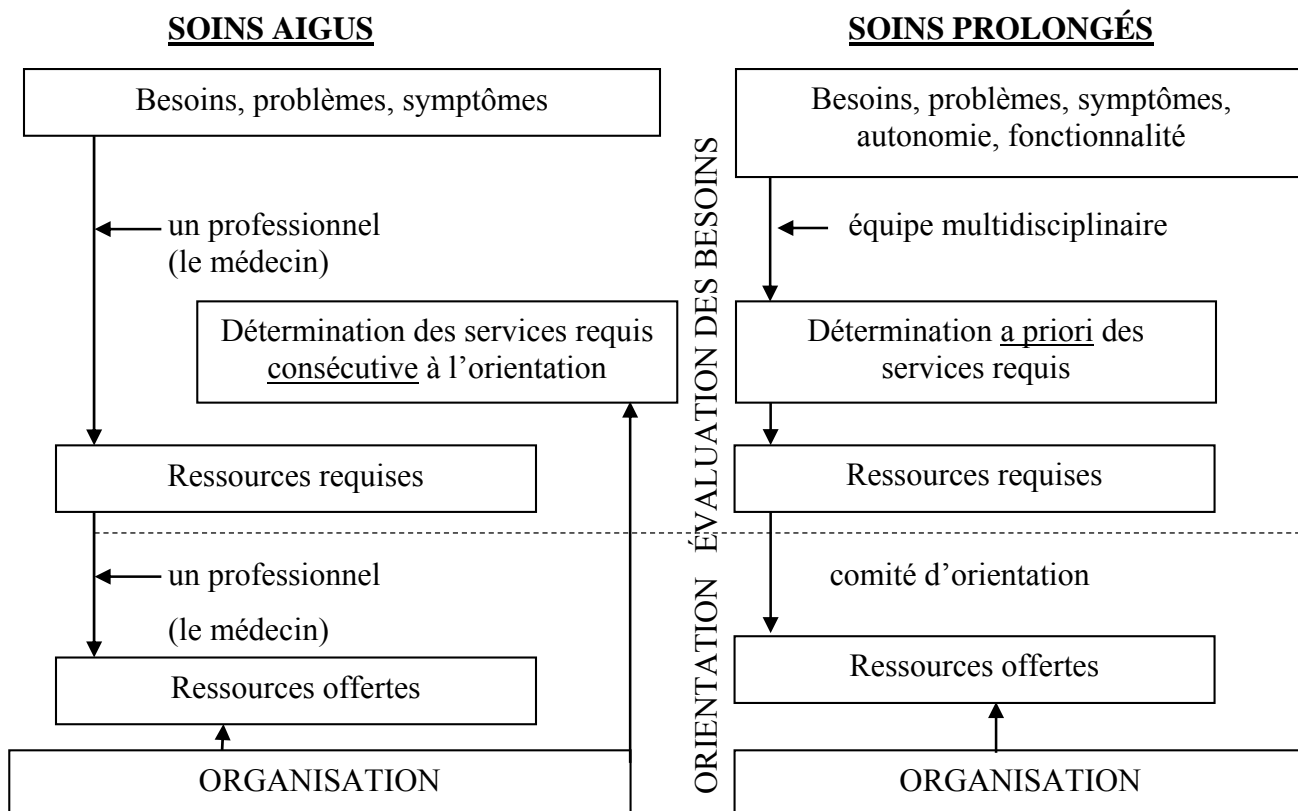
1. l'orientation étant par essence un processus d'allocation de ressources d'une (plusieurs) organisation(s), au bénéficiaire en fonction de ses besoins physiques, psychiques et sociaux, ce sont les ressources (en type et quantité), d'une part requis, d'autre part offertes, qui sont le dénominateur commun dans l'orientation. Dès lors, pour pouvoir procéder à l'orientation d'un bénéficiaire, il faut :
 - avoir mesuré les ressources, en type et quantité, que requiert le bénéficiaire sur la base des services qu'il requiert étant donné ses besoins et son autonomie
 - connaître les ressources, en type et quantité, qu'offrent chacune des organisations du réseau de services prolongés au "bénéficiaire type" de chacune de leurs clientèles.

2. l'orientation est plus qu'un processus d'allocation de ressources; d'autres variables entrent en jeu comme l'urgence du cas, les conditions actuelles de vie, les préférences du bénéficiaires, ... ou, du côté des organisations, leur vocation, philosophie des soins, plan de développement, ou encore la répartition équitable du fardeau de la demande entre les différentes organisations, ... etc. La procédure d'orientation doit aussi faire entrer ces variables en ligne de compte.

3. étant donné la multiplicité/spécificité des problèmes des bénéficiaires d'une part, la variété des ressources disponibles d'autre part, il est souhaitable qu'évaluation et orientation des besoins soient réalisées en équipe, plutôt que par une personne.

Cette conception de l'orientation recèle, au moins à l'état potentiel, la garantie que ce sont les ressources requises par le bénéficiaire qui déterminent l'organisation vers laquelle il sera orienté et non les ressources offertes par l'organisation vers laquelle il est orienté qui déterminent les ressources requises par le bénéficiaire (Figure 1). Pour mieux saisir les avantages du modèle dont les lignes de forces ont été énoncées ci-dessus, il convient maintenant d'approfondir les concepts sur lesquels il est articulé.

Figure 1 : Évaluation des besoins et orientation : modèle des soins aigus et modèle proposé en soins prolongés

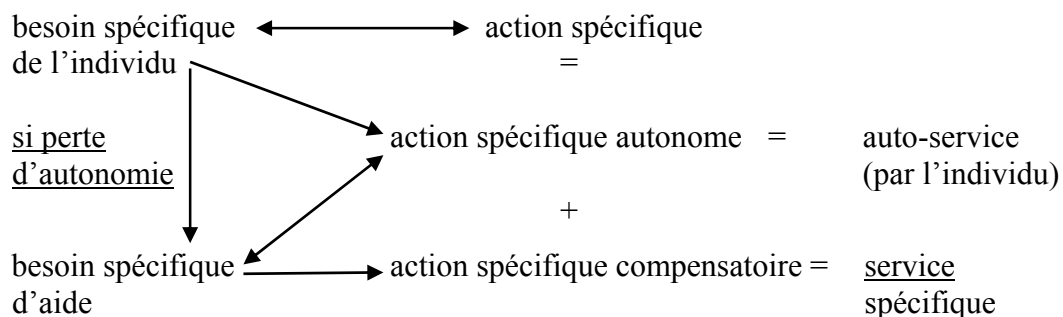


2.4 Évaluation des besoins du bénéficiaire

Nous nous concentrerons en premier lieu sur l'évaluation des besoins du bénéficiaire telle que postulée par les conditions 1 et 3 énoncées au paragraphe 2.3; nous étudierons donc d'abord la question de la mesure des ressources requises par le bénéficiaire. Il est pratique d'approcher ce concept à partir des notions de besoins et besoins d'aide. Ces deux notions sont elles-mêmes difficiles. De nombreux volumes et articles consacrés à leur discussion étant disponibles, nous nous contenterons de quelques rappels qui nous seront utiles par la suite.

On définira simplement un besoin comme quelque chose de nécessaire pour le bien-être physique et/ou psychique et/ou social. On appellera besoin spécifique de l'individu*, chaque besoin de celui-ci qui peut être différencié, cerné, isolé, défini de façon telle qu'il ne puisse être confondu avec un autre besoin. La satisfaction d'un besoin spécifique appelle une action spécifique. Si l'individu est à même d'accomplir cette action lui-même, celle-ci est appelée une action spécifique autonome (Figure 2). C'est en particulier le genre d'actions que les biens portants font pour répondre à leurs besoins d'alimentation, d'hygiène, ..., etc.

Figure 2 : Concept de "services"

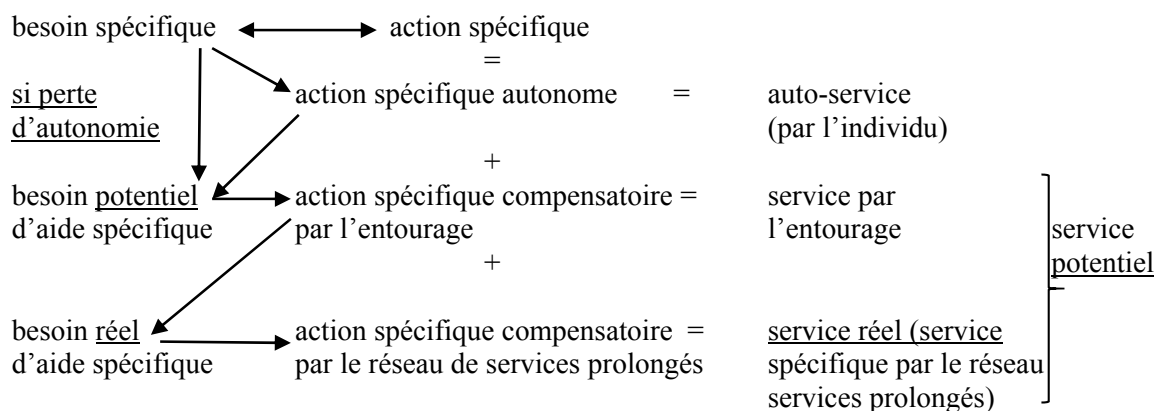


* On parle ici de l'être humain en général. Que nous soyons en bonne santé ou non, nous avons des besoins spécifiques parmi lesquels, ceux que nous partageons tous et qu'on appelle fondamentaux : respirer, manger, éliminer, ..., aimer et être aimé, ...

Les handicapés et les personnes âgées sont souvent limités dans leur autonomie et requièrent de l'aide pour combler leurs besoins spécifiques; on dira alors qu'ils ont des besoins spécifiques d'aide. Cette aide se concrétise dans ce que nous appellerons une action compensatoire spécifique. Ainsi, selon que le personne est plus ou moins autonome, un même besoin spécifique pourra être comblé soit par une action autonome, soit par une combinaison en diverses "proportions" d'une action autonome et d'une action compensatoire, ou enfin, totalement par une action compensatoire. Les actions compensatoires sont ce que dans le langage courant nous appellerons des services. Ainsi, on parlera de service infirmier ou d'action nursing, lorsque l'action compensatoire est exécutée par une infirmière. On parlera de service de physiothérapie quand l'action compensatoire est faite par une physiothérapeute.

Les actions compensatoires ou services peuvent être "exécutés" par le réseau de services prolongés ou par l'entourage de l'individu : conjoint, père, mère, enfants, parenté, voisins, amis, ... Cette distinction est très importante car elle permet de mettre en évidence les concepts de besoin potentiels et besoins réels d'aide (Figure 3). Le besoins potentiels d'aide recouvrent l'ensemble des besoins d'aide du bénéficiaire, indépendamment de qui les satisfait : réseau de services prolongés ou entourage.

Figure 3 : Concepts de services potentiel et réel



Les besoins réels d'aide correspondent quant à eux aux besoins d'aide du bénéficiaire qui doivent être satisfaits par le réseau de services prolongés. Ils s'obtiennent donc en "soustrayant" des besoins potentiels, les besoins d'aide qui sont comblés par les proches. Étant donné la relation établie précédemment entre besoin spécifique d'aide, action spécifique compensatoire et service, nous permettons similairement de parler de services potentiels et de services réels : les premiers étant tous les services requis par le bénéficiaire, les seconds étant seulement ceux qui sont requis du réseau de services prolongés (Figure 3).

Il est pratique d'associer à la notion de services, potentiels ou réels, la notion de profil global de service d'un bénéficiaire et celle de profil de services associé à une ressource donnée : par exemple, le profil de services infirmiers. Un profil de services n'est rien d'autre qu'une liste de services requis à un moment donné. Le profil de services infirmiers d'un bénéficiaire est donc la liste de tous les services infirmiers qu'il requiert, potentiellement ou réellement, selon ce que l'on veut mesurer. Le profil global de services est la liste de tous les services requis de la part de toutes les ressources du réseau de services prolongés.

La notion de niveau de ressources est liée à celle de profil de services. Le niveau de ressources associé à un profil de services, est la quantité de ressources qu'il faut mettre en œuvre pour donner tous les services de ce profil. Ainsi on pourra dire qu'à tel profil de services infirmiers, correspond un niveau de 4.5 heures de ressources infirmières par vingt-quatre heures.

De la notion de niveau de ressources, procède celle de profil de ressources, potentielles ou réelles selon ce qu'on veut mesurer, requises par un individu. Le profil de ressources est en fait la liste des niveaux de ressources requis par l'individu; par exemple :

2.0 heures/jour de soins infirmiers professionnels

4.5 heures/jour de soins infirmiers non professionnels

2.5 heures/semaine de physiothérapie

3.0 heures/semaine d'ergothérapie

6.0 heures/mois de service social

Les développements qui précèdent, suggèrent qu'une manière logique et structurée de procéder à la mesure des ressources requises par le bénéficiaire est de :

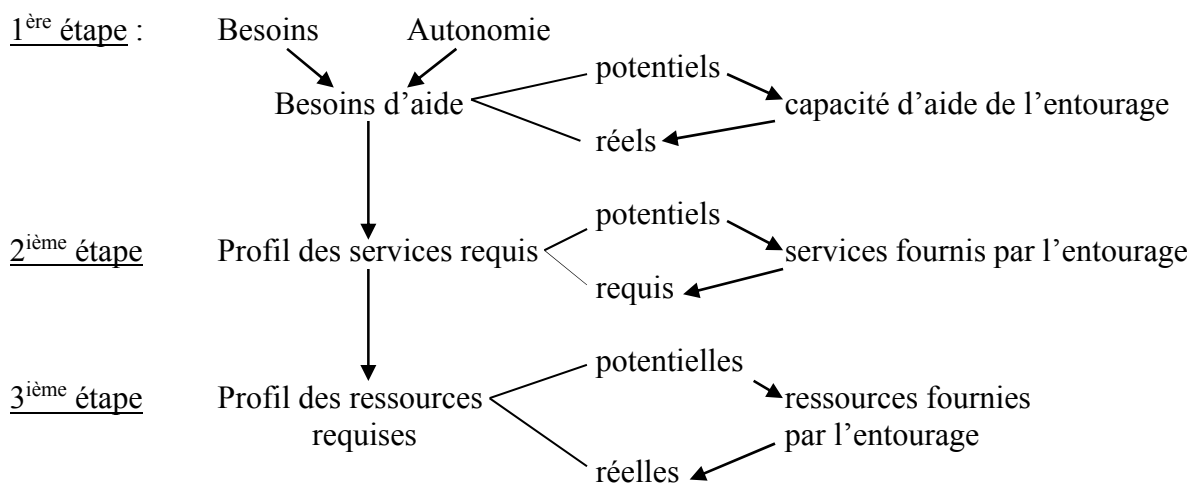
1. dégager ses besoins d'aide considérant ses besoins et son autonomie
2. évaluer les actions compensatoires (ie. : les services) requises pour combler ces besoins d'aide
3. en déduire les ressources requises (en type et quantité) pour donner ces services

Dans le cas du bénéficiaire résidant à domicile et qui peut compter sur une certaine aide de son entourage, on veut distinguer entre services réels et potentiels. Dès lors, le schéma précédant se complique de la façon suivante :

1. dégager ses besoins d'aide considérant ses besoins et son autonomie
2. évaluer les actions compensatoire (ie. : les services potentiels) requis pour combler ces besoins d'aide
3. évaluer les capacités d'aide de l'entourage
4. en déduire les actions compensatoires (ie. : les services réels) requises du réseau de services prolongés, pour combler les besoins d'aide non comblés par l'entourage
5. en déduire les ressources réelles et potentielles requises (en type et quantité) pour donner ces services réels et potentiels.

La figure 4 schématise ces processus :

Figure 4 : Processus de mesure des ressources requises par le bénéficiaire



L'évaluation des besoins telle qu'entendue ici est donc d'abord l'évaluation des besoins d'aide, potentiels ou réels, du bénéficiaire. Le processus d'évaluation est ainsi fondé sur des concepts duaux : les besoins de l'individu et sa capacité de les satisfaire, autrement dit, son autonomie. Cette base d'information (besoins, capacités, besoins d'aide) est utilisée dans la suite du processus d'évaluation pour déterminer les services requis par le bénéficiaire potentiellement ou réellement selon que l'on fait ou non entrer en ligne de compte, les capacités de son entourage de suppléer à ses déficiences. D'où la nécessité, si l'on veut pouvoir procéder à cette différenciation entre service réels et potentiels, d'évaluer les capacités d'aide de l'entourage simultanément aux besoins d'aide du bénéficiaire.

La détermination des services requis, potentiels ou réels, doit être, dans le cas des soins prolongés, l'affaire d'une équipe de professionnels : un médecin, un travailleur social, une infirmière et, si possible, un ergothérapeute et un physiothérapeute. L'intervention d'une équipe de professionnels plutôt que d'un professionnel comme en soins aigus devrait permettre d'éviter une orientation "disciplinaire" du bénéficiaire dans le réseau, c'est-à-dire une orientation biaisée par le fait que chaque professionnel d'une part, a tendance à surestimer les besoins pour ses services et sous-estimer les besoins pour les services offerts par les autres professions, et d'autre part, connaît surtout dans le réseau, les ressources relevant de ou plus étroitement reliées à sa discipline.

L'évaluation des besoins débouche sur l'allocation des ressources pour suppléer aux carences (besoins d'aide) du bénéficiaire, mais aussi pour diminuer* si possible, ces carences jusqu'au point ou éventuellement, le bénéficiaire retrouverait son autonomie complète (adaptation et réadaptation), ou encore pour freiner au maximum la détérioration de son autonomie (maintien, soutien, prévention). Ces deux derniers objectifs montrent que le statut d'autonomie du bénéficiaire n'est pas considéré ici comme quelque chose de fixé définitivement. On admet que ce statut puisse s'améliorer, se maintenir ou se détériorer, donc en fait que les besoins d'aide du bénéficiaire changent éventuellement**. Ceci implique que le processus d'évaluation des besoins doit être dynamique, que l'évaluation doit être reprise, en tout ou en partie, chaque fois que l'état d'autonomie du bénéficiaire change de façon significative et pour un laps de temps que l'on peut présumer lui aussi significatif.

Vu sous cet angle, l'évaluation des besoins acquiert une dimension supplémentaire. Il n'est plus seulement question d'évaluer les besoins d'aide de l'individu, les services et les niveaux de ressources requis; il s'agit aussi d'évaluer les résultats des actions compensatoires qui ont été prises.

* Il existe au moins deux façons de diminuer les carences, c'est-à-dire l'écart entre besoins et capacités : la première est d'augmenter les capacités (réadaptation), la seconde est d'amener l'individu à réajuster ses besoins à ses capacités (adaptation).

** On tient compte aussi du fait que la capacité d'aide de l'entourage peut varier dans le temps, ce qui affecte les services et les ressources réels requis par l'individu même dans le cas où ses besoins d'aide restent constants.

Dès lors, l'évaluation des besoins ne doit pas se limiter à l'énumération des capacités, besoins d'aide et services, elle doit expliciter les liens entre besoins/capacités/besoins d'aide d'une part et services d'autre part (justification des interventions). Ainsi, l'évaluation des besoins doit rendre explicite le pourquoi de chaque service ou groupe de services et les résultats attendus (pronostics) en donnant les services. Elle doit enfin inclure une spécification du (des) moment(s) où ces résultats devraient être atteints. Ce(s) moment(s), ainsi que ceux qui correspondent à des changements significatifs et imprévus de l'autonomie du bénéficiaire ou des capacités d'aide de son entourage constituent les jalons du processus dynamique d'évaluation des besoins. C'est à ces instants que les professionnels qui s'occupent du bénéficiaire doivent se demander s'il y a lieu de réévaluer ses besoins d'aide potentiels ou réels.

Puisque l'évaluation des besoins telle qu'envisagée dans ce texte est réalisée aux fins de l'orientation optimale du bénéficiaire, la réponse à la question ci-dessus sera positive s'il y a présomption que les besoins d'aide, potentiels ou réels, du bénéficiaire ne correspondent plus aux ressources qui peuvent lui être allouées dans l'organisation de laquelle il reçoit actuellement des services.

Pour terminer cette discussion et revenir au problème de la définition d'une procédure d'orientation, retenons que l'évaluation des besoins débouche sur la mesure des ressources requises par le bénéficiaire en type et quantité, sur la production de ce que nous avons appelé le profil de ressources du bénéficiaire*.

* Dans le cas du bénéficiaire vivant à domicile : on pourra distinguer son profil de ressources réelles et son profil de ressources potentielles.

2.5 Établissement du lien entre ressources requises et ressources offertes : le concept de programme et d'options d'orientation

La connaissance du profil de ressources requises par le bénéficiaire facilite considérablement son orientation si l'on prend la peine d'exprimer dans les mêmes variables et dans les mêmes unités, les ressources offertes à chacun de ses clients-types par chaque organisation.

A titre d'exemple**, les variables de ressources et les unités de mesures suivantes définissent simplement les ressources requises par les bénéficiaires d'une part, et offertes aux clientèles des organisations du réseau de services prolongés d'autre part :

	<u>Code</u>	<u>Unité de mesure</u>
1. présence (surveillance non professionnelle du bénéficiaire)	SURV	X heures/24 heures// Y fois/semaine
2. organisation matérielle (préparation des repas, entretien ménager et emplettes, travaux lourds)	ORMAT	X contacts/an
3. soins infirmiers et d'assistance (profess. et non profess.)	SIT	X heures/jour
4. réadaptation (ergo et physio)	READ	requis ou non

Il s'en suit que les besoin de ressources d'un bénéficiaire sont définis par la spécification des ressources qu'il requiert (parmi les quatre) et en quelle quantités : par exemple (20/7, 125, 2.2, (1,0)); ce profil signifie que le bénéficiaire requiert une présence 20 heures sur 24, 7 jours par semaine, 125 contacts par an avec les services d'organisation matérielle, 2.2 heures/jour des soins infirmiers, de l'ergothérapie (1) mais pas de physiothérapie (0).

** Étant donné que nous voulons en rester, dans cette section, au niveau conceptuel, nous ne justifierons ou n'expliquerons pas le choix de nos exemples. Comme on le verra par la suite, ceux-ci proviennent de schéma de classification que nous présentons dans la seconde section de ce texte (page 58).

De la même façon, une organisation donnée peut définir ses trois clientèles-types de la manière suivante :

Clientèle 1 : (0/7, 2, 0.3, (0,0))
Clientèle 2 : (4/2, 12, 0.8, (1,0))
Clientèle 3 : (4/2, 12, 2.5, (1,1))

Ce qui signifie par exemple, que le client-type de la clientèle 3 se voit offrir 4 heures de présence 2 jours/semaine, 12 contacts par an pour des services d'organisation matérielle, 1.5 heures/jour de soins infirmiers et de la réadaptation : ergo et physio (1,1).

On pourrait craindre qu'une telle approche ne résolve pas, du moins facilement, le problème de l'établissement d'un lien entre ressources requises par le bénéficiaire d'une part et ressources offertes par les organisations d'autre part. En effet, en théorie (ce n'est pas le cas en pratique comme nous le verrons), tous les bénéficiaires pourraient exhiber des profils de ressources "différents" puisqu'avec quatre variables pouvant chacune prendre un très grand nombre de valeurs différentes, on peut construire une quasi-infinité de profils différents. De la même façon, on pourrait appréhender que les organisations se définissent, sur une telle base, un grand nombre de clientèles types différentes (vouloir répondre à tous les besoins spécifiquement) et que ces définitions varient d'une organisation à l'autre (chaque organisation se percevant comme unique) même dans les cas où leurs clientèles se chevauchent.

Ce n'est cependant que théorie et appréhension, car dans les faits ce problème ne se rencontre pas, essentiellement en raison de la nature même de l'objectif poursuivi. Rappelons-nous en effet que cet objectif, c'est l'orientation "optimale" du bénéficiaire.

De ce point de vue, il importe peu de savoir précisément que, par exemple en ce qui concerne la variable soins infirmiers et d'assistance, tel bénéficiaire requiert : 2.32 heures/24 heures, tel autre 2.37 heures/24 heures et tel autre 2.45 heures/24 heures. Il est amplement suffisant pour orienter correctement ces bénéficiaires de savoir qu'ils demandent entre 2.15 heures et 3 heures de soins par 24 heures. Cela revient à dire qu'il est normal ou naturel quand on poursuit un objectif d'orientation de regrouper les profils de ressources "voisins" en un nombre restreint de classes et pour y parvenir de définir, comme nous venons de le voir pour les soins infirmiers, une sous-classification pour chacune des variables de ressources. Pour définir une telle sous-classification on tient compte à la fois des regroupements naturels de bénéficiaires et de la "marge d'erreur"* qu'on peut s'accorder sans mettre en danger l'orientation adéquate du bénéficiaire. Ainsi pour l'organisation matérielle, une sous-classification naturelle en terme de nombre de contacts annuels est la suivante :

- Classe 0 : "0 contact/an"
- Classe 1 : "de 1 à 50 contacts par an"
- Classe 2 : "plus de 50 contacts par an"

On peut faire la même chose pour les autres variables et obtenir le résultat suivant : **

Variable	SURV	ORMAT	SIT	READ
Nombre de classes	3	3	8	4
	(0→2)	(0→2)	(0→7)	(0→3)

* Par "marge d'erreur", on entend la perte d'information qui résulte du fait qu'on dira d'un bénéficiaire qu'il demande entre 2.15 heures et 3 heures de soins infirmiers (ie. : sous classe Y en soins infirmiers) plutôt que de dire qu'il requiert précisément 2.36 heures de soins, par exemple.

** Ce schéma est explicité dans la seconde section du texte (page 58).

A ce moment-là, le nombre de profils de ressources possibles devient limité. En effet, en terme des classes de chacune des variables, le nombre maximum de profils différents, possibles en théorie, est de $3 \times 3 \times 8 \times 4 = 288$. Ce nombre est encore grand. En regardant de plus près, on s'aperçoit cependant que bon nombre de profils théoriquement possibles, sont en pratique impossibles (par exemple SURV nulle avec des SIT maximum) ou rares*. Ceci provient, en gros, du fait que les variables de ressources sont interreliées. De plus, lorsque certaines variables prennent leurs valeurs extrêmes, elles deviennent dominantes : ie. : peu importe les valeurs prises par les autres variables, elles sont à elles seules déterminantes dans la décision d'orientation du bénéficiaire. Il en va ainsi par exemple de la variable SIT (soins infirmiers) quand elle tend vers son niveau maximum (classe 7). A ce niveau, quelles que soient les valeurs des autres variables (SURV, ORMAT, READ), ces variables ne jouent plus dans la décision d'orientation. La lourdeur du bénéficiaire en terme de soins infirmiers "emporte la décision". Ce que nous venons d'essayer d'expliquer en termes concrets, signifie en termes abstraits que les 36 (= $3 \times 3 \times 4$) profils théoriquement possibles dans lesquels la variable soins infirmiers a la valeur 7, se regroupent en un seul profil, comme illustré dans le schéma suivant :

# profil	SURV	ORMAT	SIT	READ
1	0	0	7	0
2	0	0	7	1
3	0	0	7	2
4	0	0	7	3
5	0	1	7	0
6	0	1	7	1

34	2	2	7	1
35	2	2	7	2
36	2	2	7	3

} = SURV ORMAT SIT READ
(* * 7 *)

* Dans un échantillon de 2065 bénéficiaires vivant à domicile ou en institution, on n'a observé que 92 de ces 288 profils. En d'autres termes, 68 % de ces 288 profils ne correspondent aux besoins d'aucun bénéficiaire de l'échantillon.

Le résultat global de ce processus de regroupement, c'est que partant de 288 profils théoriquement possibles, on aboutit finalement à une trentaine (33) de profils réels* pour couvrir tout l'éventail des ressources à domicile et institutionnelle. On obtient donc une "qualification" de ressources du réseau qui tout en étant assez variée est suffisamment limitée pour être opérationnelle.

Les regroupements ou classes de profils de ressources dont il vient d'être question sont ce que nous appellerons des programmes. Un programme est donc un arrangement des différents types de ressources en différentes quantités. Le concept de programme sert donc ainsi d'intermédiaire entre les bénéficiaires et les organisations de services prolongés. Connaissant le profil de ressources d'un individu, on peut déterminer le programme dont il requiert les services. Par ailleurs, les organisations ayant définis les ressources qu'elles offrent, il devient possible d'énumérer les options d'orientation possibles pour le bénéficiaire, c'est-à-dire les différentes organisations qui offrent le programme requis par le bénéficiaire. Imaginons par exemple qu'un bénéficiaire requiert le programme (0, 2, 3, (1, 0))** et que les organisations suivantes disposent des ressources nécessaires pour offrir les programmes suivants :

	SURV	ORMAT	SIT	READ
<u>Organisation A</u> :	(0,	2,	3,	(1,0))
<u>Organisation B</u> :	(0,	2,	0,	(1,0))
<u>Organisation C</u> :	(0,	2,	0,	(0,0))
<u>Organisation D</u> :	(0,	0,	3,	(0,0))

alors les différentes options d'orientation possibles pour le bénéficiaire sont :

A, (A et B), (A et C), (A et D), (B et D), (B et C et D), (A et B et C), (A et C et D).

* Ces profils sont présentés dans la seconde section de ce texte (page 60).

** ie. : classe 0 en SURV; classe 2 en ORMAT; classe 3 en SIT; et classe(1,0) en READ.

On remarquera que nous ne retenons pas pour seule option d'orientation, l'organisation A qui offre exactement ce que requiert le bénéficiaire. Est aussi par exemple une option d'orientation valable, la combinaison (B, C, D) où

B offre (0, 0, 0, (1, 0))

C offre (0, 2, 0, (0,0))

D offre (0, 0, 3, (0,0))

ce qui donne au total (0, 2, 3, (1,0)). Dans la façon dont nous envisageons l'orientation, on peut (ce qui ne veut pas dire qu'on doit) aller chercher les ressources requises par le bénéficiaire dans différentes organisations pour "construire" le programme requis par le bénéficiaire. Le concept de programme tel qu'entendu dans ce texte est donc multiorganisationnel. Cette approche est différente de l'approche traditionnelle qui veut que les programmes soient définis du point de vue des organisations qui les offrent plutôt de celui des bénéficiaires qui reçoivent leurs services. Cette façon traditionnelle de définir les programmes en les identifiant aux organisations présente le danger que ce soit les organisations qui définissent les besoins du bénéficiaire plutôt que l'inverse. Étant donné la rigidité qui empreint le plus souvent la gestion des ressources du réseau, les arrangements multiorganisationnels pour la satisfaction des besoins d'un bénéficiaire seront rares s'ils ne sont pas prévus et produits explicitement par le processus d'orientation. De plus, l'approche traditionnelle offre le désavantage de permettre qu'un bénéficiaire reçoive simultanément des services de plusieurs programmes, chacun comblant une partie de ses besoins. C'est pour éviter cette vision morcelée des besoins du bénéficiaire que nous avons préféré définir les programmes sans faire référence aux organisations, quitte par la suite à admettre qu'il faille éventuellement puiser dans les ressources de plusieurs organisations pour offrir un programme.

Une telle vision de l'orientation, si elle est mise en pratique signifie plus de souplesse dans la gestion des ressources du réseau de services prolongés; ce dont ce réseau a grand besoin.

La classification permet donc d'identifier un programme et par ricochet, toutes les options de placement pour le bénéficiaire, c'est-à-dire toutes les organisations ou regroupements d'organisations en mesure d'offrir ce programme au bénéficiaire. La procédure de placement présentée ici implique en effet que pour chaque programme possible, on ait identifié toutes les organisations ou regroupements d'organisations offrant ce programme en demandant aux organisations d'exprimer dans les termes de la classification (les quatre variables avec leurs classes, dans notre exemple) les profils de leurs clients-type. Cela revient en fait à une classification des organisations.

On pourrait en rester là et dire que le reste, c'est-à-dire le choix d'une orientation particulière parmi toutes celles identifiées comme acceptables du point de vue des ressources requises et offertes, est l'affaire du Comité d'orientation. L'objectif essentiel que nous poursuivons est en effet atteint, le lien est établi entre organisations et bénéficiaires par le biais de leurs classifications respectives qui se rejoignent sur leur commun dénominateur, le concept de programme. Il est cependant important de regarder plus loin pour mettre en évidence la façon d'utiliser l'information clé qui vient d'être produite pour le choix d'une option d'orientation, c'est-à-dire, l'identification de l' (les) organisation(s) qui va (vont) réellement donner des services au bénéficiaire. Par exemple choisir entre le "Foyer du Bonheur", le "Manoir du dernier repos" et le "Centre du Paradis".

On notera enfin que dans les cas des bénéficiaires à domicile, la procédure d'évaluation des besoins proposée conduit à la production de deux profils de ressources, potentiel et réel; donc à l'identification de deux programmes que nous qualifions, par analogie, de potentiel et réel. En théorie, à chacun des deux programmes est associée une série d'options d'orientation. En pratique cependant, lorsqu'on procède à l'orientation du bénéficiaire, on n'identifie de prime abord que les options d'orientation à domicile et, tenant compte des variables supplémentaires (voir plus loin), on essaie de choisir l'option la plus adéquate. Ce n'est que quand cette tentative d'orientation à domicile (c'est-à-dire de maintien à domicile du bénéficiaire en lui offrant éventuellement certains services) n'est pas couronnée de succès, qu'on procède à l'identification des options d'orientation institutionnelle (en relation avec le "programme réel" requis par le bénéficiaire) et qu'on choisit une de ces options.

2.6 La décision d'orientation : choix d'une option

Un dernier pas reste donc à franchir : choisir une organisation* parmi celles qui sont acceptables. A cette étape, c'est au tour d'une autre catégorie de variables d'intervenir dans la procédure d'orientation**. Ces variables sont de deux types :

- des variables de ressources qui ne sont pas intervenues dans la définition des programmes
- des variables autres que de ressources (se reporter à la constatation/postulat no.2, énoncée dans le paragraphe 2.3)

* Éventuellement une "combinaison d'organisations"

** Après avoir présenté ces variables, nous expliquerons pourquoi, logiquement, elles ne peuvent intervenir que maintenant.

2.61 Variables de "ressources"

Comme on vient de le voir, l'opérationnalisation de la procédure d'établissement d'un lien entre ressources requises et ressources offertes réduit le nombre de profils de ressources théoriquement possibles en le regroupant en un nombre restreint de classes (programmes). Nous avons illustré cela en présentant un schéma de classification avec 4 variables exhibant respectivement 3, 3, 8 et 4 sous-classes, ce qui donne la possibilité de définir en théorie 288 et en pratique une trentaine de programmes. Le processus de classification rend "manipulable" une information (le profil de ressources) autrement très difficilement utilisable du fait de sa grande variété. On ne peut cependant ignorer le fait que toute classification implique une réduction de l'information puisqu'on accepte de ne retenir que certains attributs d'un bénéficiaire pour le caractériser. A travers le processus de classification, l'individu perd certaines de ses caractéristiques distinctives pour ne conserver que celles qui sont communes et identifient le groupe auquel le schéma de classification l'associe. Cette réduction de l'information se justifie dans la mesure où son pendant est la mise en évidence des éléments d'information les plus pertinents dans une perspective donnée. Cette perspective, c'est l'objectif poursuivi en classifiant; dans le cas qui nous occupe, cet objectif a été identifié ci-dessus : il s'agissait de faciliter l'énumération des différentes options d'orientation possibles pour le bénéficiaire en identifiant celui-ci à un programme particulier.

La même remarque peut être formulée au sujet des organisations. Leur classification ou terme des programmes qu'elles offrent correspond à une réduction, similaire à celle mentionnée ci-dessus, de l'information.

Reste à cerner l'information qui n'est pas utilisée par le processus de classification et à voir quelle partie de celle-ci pourrait être utilisée ultérieurement au moment du choix d'une des options de placement, c'est-à-dire de la décision d'orientation. En fait, cette information non encore utilisée et potentiellement pertinente est de deux types :

1° On choisit pour caractériser les besoins de ressources du bénéficiaire et les ressources offertes par les organisations un profil de ressources comptant un nombre limité de variables (dans l'exemple, les variables SURV, ORMAT, SIT et READ) parce qu'il n'est pas pertinent opérationnellement de se baser sur des variables de ressources qui caractérisent plus finement les besoins de ressources du bénéficiaire; par exemple, des variables rendant compte des besoins du bénéficiaire en ressources infirmières et d'assistance en terme de ressources professionnelles et de ressources non professionnelles.

L'idée que nous voulons transmettre est qu'il aurait été possible de définir le profil de ressources du bénéficiaire, et concurremment le profil de ressources offertes par les organisations, en terme de 20, 50 ou 100 variables plutôt qu'en terme de quatre variables. Si cela n'est pas pertinent et conduit à une impasse du point de vue de l'identification des options d'orientation*, une fois ceci fait, il peut être opportun de prendre en considération certaines de ces variables "fines" pour éclairer la décision d'orientation.

* Encore une fois, il ne s'agit pas à ce stade-ci de donner des services spécifiques, la définition des besoins du bénéficiaire n'a dès lors pas de raison d'être plus fine que nécessaire pour procéder à l'énumération des options; sinon c'est de la sophistication inutile, c'est prendre une scie à chaîne pour couper une marguerite.

2° On se rappelle aussi, qu'après avoir retenu un nombre restreint de variables (cf. 1°), on projette sur ce nombre restreint de variables un schéma de classification. Ainsi par exemple, plutôt que de permettre à la variable SIT de prendre toutes les valeurs possibles, on lui impose de prendre seulement 8 niveaux, ou valeurs chacune correspondant à un intervalle de temps de soins infirmiers. Par exemple, dans le schéma de classification présenté en seconde partie de ce texte, ces intervalles sont les suivants :

Classe 0 : $SIT = 0$

Classe 1 : $0 < SIT \leq 0.625$ heures/jour

Classe 2 : $0.625 < SIT \leq 1.375$ heures/jour

Classe 3 : $1.375 \leq SIT \leq 2.125$ heures/jour

et ainsi de suite. Ici aussi, il y a perte d'information puisque dès qu'un bénéficiaire requièrera, par exemple, 0.8 heures/jour de soins infirmiers, il sera identifié à la classe 1, ce qui, en clair, signifie qu'on perdra l'information précise selon laquelle il requiert 0.8 heures/jour pour retenir le fait qu'il requiert entre 0.625 heures/jour et 1.375 heures/jour de soins.

Cette information (ie. : la classe du bénéficiaire) est suffisante pour identifier le "programme" requis par le bénéficiaire; cependant au moment de choisir l'organisation particulière qui offre ce programme au bénéficiaire, il peut être intéressant de "revenir en arrière" et de savoir par exemple que le bénéficiaire est à la limite inférieure (1.375 heures/jour) ou à la limite supérieure (2.125 heures/jour) de la classe 3 en soins infirmiers.

En général donc, certaines des variables ressources dont on ne tient pas compte dans l'identification du programme adéquat peuvent être intéressantes du point de vue de l'identification de l'organisation la plus adéquate pour le bénéficiaire : le fait que le bénéficiaire ne peut se déplacer seul (requiert la ressource transport en véhicule spécialisé ou non), que le bénéficiaire ne requiert pas de ressources infirmières professionnelles, qu'il requiert des ressources spécialisées (c'est-à-dire disponibles seulement en établissement) en physiothérapie, qu'il ne requiert pas d'ergothérapie, qu'il est en classe 2 en soins infirmiers mais à la limite supérieure de cette classe, ... etc. Et la même chose du côté des ressources offertes par les organisations.

2.62 Variables "autres" que de ressources

Jusqu'à présent nous avons étudié l'orientation seulement dans la perspective des ressources requises par le bénéficiaire; d'autres variables jouent cependant un rôle au stade final du processus d'orientation et vont donc intervenir au moment du choix de l'option d'orientation au même titre que certaines variables de ressources "fines".

Ces variables sont par exemple, l'isolement du bénéficiaire, ses conditions de vie (logement, quartier, revenu, ...etc.), le lieu de résidence actuel du bénéficiaire, l'urgence de son cas, ses souhaits et préférences associés à son orientation, ... etc. Des variables organisationnelles peuvent elles aussi jouer un rôle important dans le choix de l'option d'orientation : la nécessité d'être équitable envers toutes les organisations du réseau dans la répartition des cas "indésirables", les ressources disponibles globalement, les plans de développement du réseau et de chacune de ses organisations, les vocations des différentes organisations, ... etc.

Les différentes organisations qui offrent le programme requis par le bénéficiaire ne seront en général pas "équivalentes" du point de vue de ces variables qui peuvent donc servir à les départager dans le meilleur intérêt du bénéficiaire du réseau.

2.7 Structure du processus d'orientation proposé

Pour conclure, nous allons mettre en évidence la structure globale du processus d'orientation proposé. Celui-ci se fonde sur un double mécanisme de classification formelle. Il est complété par un double mécanisme de prise de décision structurée en comité (Comité d'orientation) où on intègre les extrants du mécanisme de classification formelle et d'autres variables (différentes selon le bénéficiaire concerné → individualisation de la procédure, et le réseau concerné → adaptation aux contraintes du réseau) pour arriver à une décision finale d'orientation.

Le double mécanisme de classification formelle constitue la pierre angulaire de la procédure d'orientation proposée ici. Il couvre :

- le processus d'évaluation des besoins du bénéficiaire qui permet l'identification du programme requis*
- le processus de caractérisation des organisations de soins qui permet l'identification des programmes ou portion de programmes offerts par chacune d'elle.

* On notera que le fait d'affirmer que le mécanisme de classification associé à l'évaluation des besoins est formel, sous-entend que celui-ci est formel de A à Z.

On remarquera aussi que la procédure d'évaluation des besoins esquissée ici englobe une classification en cascade des bénéficiaires. En effet, le passage des besoins/autonomie du bénéficiaire à son profil de services requis est une première classification implicite des bénéficiaires : sont semblables (ie. : appartiennent à la même classe) tous les bénéficiaires ayant le même profil de services requis même si leurs besoins/autonomie diffèrent. Le même raisonnement peut être tenu pour le passage du profil des services requis au profil de ressources requises et enfin pour le passage du profil des ressources requises aux programmes (dans ce dernier cas, le mécanisme de classification a été défini explicitement plus haut).

La conjugaison de ces deux démarches, c'est-à-dire la confrontation de leurs résultats débouche sur l'identification des options d'orientation.

Le double mécanisme de prise de décision structurée en comité couvre :

- l'ordonnancement des options d'orientation du point de vue du bénéficiaire
- l'ordonnancement des options d'orientation du point de vue du réseau

C'est au niveau de l'ordonnancement des options d'orientation qu'entrent en jeu les variables "supplémentaires" (cf. section 2.6) comme par exemple :

- les préférences du bénéficiaire
(en ce qui concerne l'ordonnancement de son point de vue)
- la vocation des organisations
(en ce qui concerne l'ordonnancement du point de vue du réseau)

On notera que les variables "supplémentaires" ne peuvent intervenir qu'au second temps du processus d'orientation. Il faut en effet avoir déjà identifié dans un premier temps les options d'orientation pour pouvoir faire, par exemple, intervenir les préférences du bénéficiaire.

Les décisions d'ordonnancement sont prises par un comité d'orientation. Il est probable que les ordonnancements réalisés par le Comité selon les deux points de vue, bénéficiaire et réseau, coïncideront rarement : telle organisation A étant le premier choix du point de vue du bénéficiaire mais seulement le troisième du point de vue du réseau. Il appartient dès lors au Comité de réconcilier dans une dernière étape ces deux ordonnancements, c'est-à-dire de déterminer quelle organisation* est préférable des points de vue conjugués du bénéficiaire et du réseau. Ceci est illustré ci-dessous.

* Ou combinaison d'organisations.

<u>Options d'orientation</u>	<u>Ordonnancement</u>		<u>Réconciliation des ordonnancements</u>
	<u>P.d.v. bénéficiaire</u>	<u>P.d.v. du réseau</u>	
Organisation A	1	3	2
Organisation B	2	1	①
Organisation B et C	3	2	3
Organisation C	4	4	4

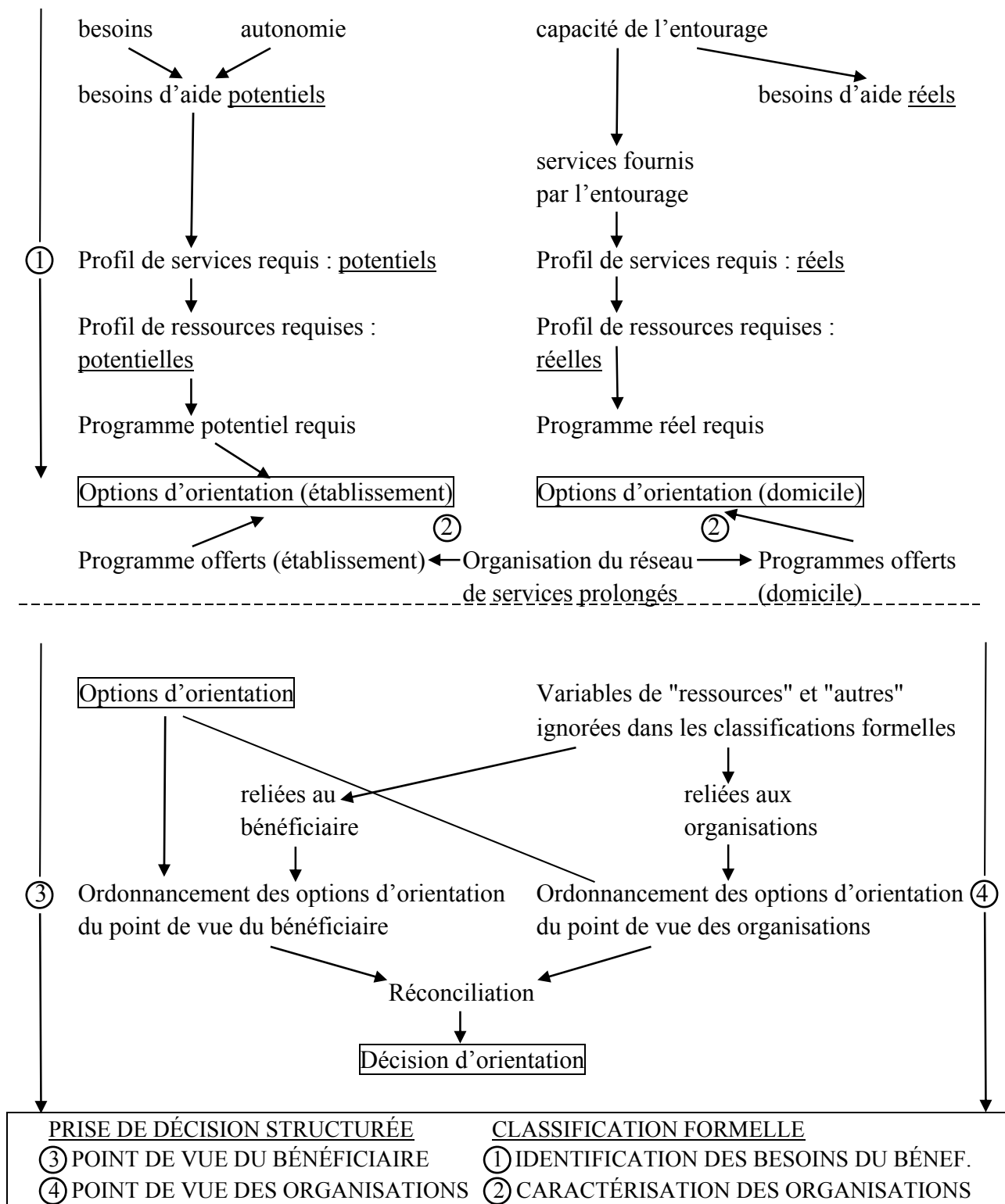
Le processus d'ordonnancement et de réconciliation des ordonnancements sont essentiellement subjectifs mais leur caractère structuré et le fait qu'ils sont réalisés par un Comité plutôt que par un individu sont de bonnes garanties de leur validité. Leur "output" est le résultat final recherché, le choix d'une des options d'orientation, donc la décision d'orientation.

La procédure d'orientation est donc mixte, fondée qu'elle est sur un processus de classification formelle complété par un processus de prise de décision structurée en comité. Elle est représentée par le schéma de la figure 5.

2.8 Postulats et conditions nécessaires

Pour conclure cette section, nous explicitons divers postulats qui sont sous-jacents à la procédure d'orientation proposée et diverses conditions qui doivent être réunies pour que cette procédure puisse fonctionner en pratique.

Figure 5 : La décision d'orientation résultat d'un quadruple processus de classification/prise de décision



Le premier postulat veut que la procédure d'évaluation des besoins soit formelle, c'est-à-dire qu'elle soit supportée par un ensemble de formulaires de recueil des données, que les règles précises d'utilisation de ces formulaires soient énoncées et que la qualité du processus d'évaluation des besoins soit contrôlée. On postule en effet qu'une évaluation formelle a plus de chance d'être exhaustive, c'est-à-dire de recueillir toutes les données factuelles et perceptuelles (perception de tous les acteurs concernés) nécessaires pour arriver à la classification formelle du bénéficiaire dans un programme et pour choisir la meilleure option d'orientation du point de vue du bénéficiaire (prise de décision structurée – point de vue du bénéficiaire); on risque moins d'oublier les éléments clés d'information en procédant de façon formelle plutôt qu'informelle. On postule aussi qu'une évaluation formelle a plus de chance d'être cohérente et fiable. On croit qu'il serait difficile, voir même impossible, de procéder informellement successivement à l'évaluation des besoins du bénéficiaire et de son entourage, des services et des ressources qu'il requiert, et finalement du programme qu'il requiert et de prétendre à des résultats cohérents et fiables.

Une première condition essentielle au bon fonctionnement du système est que l'évaluation des besoins soit non biaisée. Le premier biais qui menace une procédure d'évaluation des besoins réalisée en vue de l'allocation de ressources, est la surestimation ou la sous-estimation des besoins véritables résultant de l'interférence dans le processus d'évaluation des ressources disponibles. On retrouve alors dans la situation déjà mentionnée où ce sont les ressources offertes qui déterminent les besoins des bénéficiaires plutôt que les besoins des bénéficiaires qui décident des ressources à offrir. Un tel biais entraîne d'ailleurs le fait que la procédure d'évaluation des besoins est incapable de mettre en évidence les manques et les surplus réels de ressources. L'évaluation des besoins doit donc être conduite indépendamment du processus d'orientation et de la disponibilité des ressources.

Un second biais menace l'évaluation si les personnes impliquées dans l'évaluation sont parties prenantes dans l'orientation du bénéficiaire. Pour éviter ce biais, on ne fera pas intervenir dans le processus d'évaluation, des organisations qui sont en conflit d'intérêts, ou, si c'est inévitable, on structurera leur intervention de façon à avoir de bonnes garanties d'objectivité (supervision, comités, ...).

Une seconde condition indispensable au succès du système d'orientation est que la procédure d'évaluation soit uniforme, la même pour tous les bénéficiaires. On notera que la formalisation est garantie d'uniformité, mais seulement dans la mesure où n'existe qu'un seul système d'évaluation formalisé. L'uniformité est perdue aussitôt qu'on développe différents systèmes d'évaluation formelle pour les différentes composantes du réseau de services prolongés. L'uniformité du système d'évaluation est nécessaire pour assurer le caractère équitable de l'évaluation tant au point de vue des organisations que des bénéficiaires. Elle permet les comparaisons entre bénéficiaires et entre organisations*. On peut, à la limite, admettre, s'il est possible de séparer les bénéficiaires de façon non arbitraire en deux ou trois groupes, que des procédures d'évaluation des besoins différentes soient développées pour chacun de ces groupes. Il est cependant très important de noter que le critère qui permet d'identifier les bénéficiaires à tel ou tel groupe ne peut en aucun cas être le fait que le bénéficiaire reçoit des services de telle ou telle organisation, car cela conduirait à l'introduction dans la procédure d'évaluation et de placement, du biais "organisationnel" déjà mentionné. Toute division des bénéficiaires en groupes qui seront soumis à une procédure d'évaluation distincte, ne peut être basée que sur les besoins des bénéficiaires.

* On remarquera en particulier que l'uniformisation de la procédure d'évaluation des besoins est une condition préalable à la réalisation d'études évaluatives des différents modes d'intervention (analyses coûts-efficacité des programmes, par exemple).

On peut sans danger de biais soumettre à des procédures d'évaluation différentes, des bénéficiaires dont il est évident que les besoins sont différents. Le problème est de savoir si une telle évidence "à priori" peut exister. La réponse à cette question ne peut certes être un oui sans restriction. On peut cependant admettre qu'il est possible, sans mettre grandement en danger la validité et l'"équité" du processus d'évaluation, de séparer à priori les bénéficiaires en deux groupes : ceux dont les besoins sont de "toute évidence à priori" minimales d'une part, et les autres d'autre part. Ces deux groupes de bénéficiaires pourront être soumis à des procédures d'évaluation des besoins différentes, la procédure pour les premiers étant considérablement "allégée". Cette concession au principe fondamental de l'uniformité de l'évaluation comporte des gains opérationnels (simplification) importants sans présenter d'inconvénients significatifs.

Le second postulat dans notre approche veut que les organisations du réseau de services prolongés soient classées formellement, concrètement qu'elles identifient formellement et de concert les programmes ou portions de programmes qu'elles offrent. Cette exigence procède de l'idée que si on laisse aux organisations la possibilité d'identifier indépendamment les unes des autres et informellement leurs clientèles, on ne possèdera aucune garantie que des organisations disposant de ressources similaires ne se définissent pas de clientèles en terme de ressources requises (d'où, éventuellement, mauvaise utilisation des ressources, traitement non égal des bénéficiaires). Si on veut ôter toute possibilité que cela arrive, la seule solution est d'exiger des organisations qu'elles définissent formellement leur clientèle en terme de ressources offertes. Il s'agit là d'une définition factuelle, aisément vérifiable (les ressources disponibles sont connues) et qui de plus présente l'avantage de pouvoir être mise directement en concordance avec les besoins des bénéficiaires (ressources requises).

On notera d'ailleurs qu'il est incohérent d'exiger et douteux d'investir dans une procédure d'évaluation des besoins formalisée si en même temps, la procédure de caractérisation des organisations ne l'est pas dans les mêmes termes. D'autre part, exiger que cette procédure soit formelle et en terme de programme revient à lui conférer un caractère d'uniformité, essentiel pour assurer une utilisation uniformément efficace des ressources.

Le troisième postulat inhérent à l'approche proposée est la nécessité de centraliser la procédure d'orientation dans le réseau (y compris la procédure d'évaluation des besoins qui en fait intégralement partie). Ceci procède de l'idée que la seule façon d'assurer une orientation optimale au bénéficiaire est :

1° d'identifier toutes les options qui sont ouvertes pour lui

2° de choisir parmi ces options en tenant compte de tous les facteurs éventuellement ignorés lors du processus d'identification des options, en particulier des facteurs organisationnels (saturation relative des ressources, vocations relatives des organisations, plan de développement du réseau, ...) et des facteurs reliés aux bénéficiaires (besoins des bénéficiaires les uns relativement aux autres) dépassant le niveau d'une seule organisation et d'un seul bénéficiaire.

Pour pouvoir faire cela, il est évident qu'il faut avoir une perspective globale, à la fois de l'offre et de la demande, d'où la nécessité de la centralisation. Cette façon de procéder est juste à l'opposé de l'approche traditionnelle où la procédure d'orientation est atomisée puisqu'articulée autour de la question : ce bénéficiaire est-il admissible dans cette organisation (identifiée à priori et souvent par hasard) ?

Ce qui justifie la centralisation de l'orientation met aussi en évidence le fait qu'une organisation isolée ne devrait pas avoir le droit de refuser d'admettre un bénéficiaire que la structure centrale d'orientation a décidé d'orienter vers elle, et ce parce qu'elle n'a pas une vision d'ensemble de l'état de l'offre et de la demande. Le contrôle des admissions devrait donc lui aussi être centralisé, les organisations individuelles ayant cependant la possibilité d'en appeler des décisions prises centralement.

La réalisation de ces conditions revient à la création d'un véritable réseau de services prolongés. Le concept de réseau contient l'idée d'un tout cohérent. Il sous-entend que les organisations se complètent les unes les autres, collaborent plutôt que d'entrer en compétition, se coordonnent pour couvrir l'ensemble des besoins. Derrière la notion de réseau, se cache celle de réponse et de responsabilité collective face aux besoins d'une communauté. Cela suppose en particulier que chaque organisation reconnaisse explicitement dans ses décisions et ses actions, que ses objectifs propres sont subordonnés à ceux du réseau de services prolongés à laquelle elle appartient. Un réseau ne peut exister sans concertation, animation, échange, communication. Pour que des objectifs communs puissent être définis et poursuivis, il est important qu'un langage commun soit élaboré et qu'il trouve sa concrétisation dans un système d'information commun.

Enfin, le réseau de services prolongés devrait se concrétiser à un niveau telle qu'une réelle accessibilité des ressources soit garantie et qu'en même temps puissent jouer les économies d'échelle, la complémentarité et la substitution.

Considérant le genre de population visée, plus particulièrement le caractère prolongé de ses besoins, il est légitime de demander que celle-ci puisse au moins avoir accès aux services les plus "courants" au niveau de la communauté dans laquelle elle vit. Reste à définir ce qu'est une communauté et ce que sont les services courants. Ces définitions varient d'un endroit à un autre* : la notion de communauté a tendance à s'élargir et celle de services courants à se rétrécir en relation directe avec la densité de la population. C'est du moins ce qui semble communément accepté et est justifié sur la base du postulat qu'il faut un bassin minimal de population pour organiser un réseau offrant une grande gamme de services tout en étant économiquement viable. Ce postulat, si on y regarde de plus près, procède en fait d'une première hypothèse qui veut que les organisations soient spécialisées, qu'elles n'offrent qu'un nombre limité de programmes. Dans un tel cas, en effet, pour que chaque organisation puisse avoir une taille raisonnable (d'un point de vue économique), il faut qu'elle desserve une population dont l'importance croît avec sa spécificité. L'option de la spécialisation des organisations n'est cependant pas la seule option disponible. Il n'y a pas de raisons d'écarter à priori l'option de l'organisation polyvalente (à la fois service de maintien à domicile, pavillon, centre de jour, centre d'accueil, ...) qui à elle seule forme un réseau, et toutes les options intermédiaires qui jalonnent le continuum allant de l'ultraspécialisation à la totale polyvalence. La question de la polyvalence versus la spécialisation des organisations est donc fondamentale. Si à ce niveau aussi on accepte que ce soit les besoins de la population qui définissent le réseau et non l'inverse, chaque communauté "naturelle" devrait être dotée d'un réseau, que nous qualifierons de local, offrant l'éventail le plus large possible de services, la plus ou moins grande polyvalence des organisations étant utilisée pour contrebalancer la plus ou moins petite taille de la communauté en question.

* Au Québec, le territoire d'un département de santé communautaire pourrait être considéré comme territoire d'une communauté.

Dans la mesure du possible, on devrait éviter de décider à priori du réseau (taille, spécialisation, ...) et d'en inférer que la population qu'il dessert constitue une communauté. Une telle communauté a de grande chance d'être artificielle et, en conséquence, d'être caractérisée par la pauvre accessibilité de ses services.

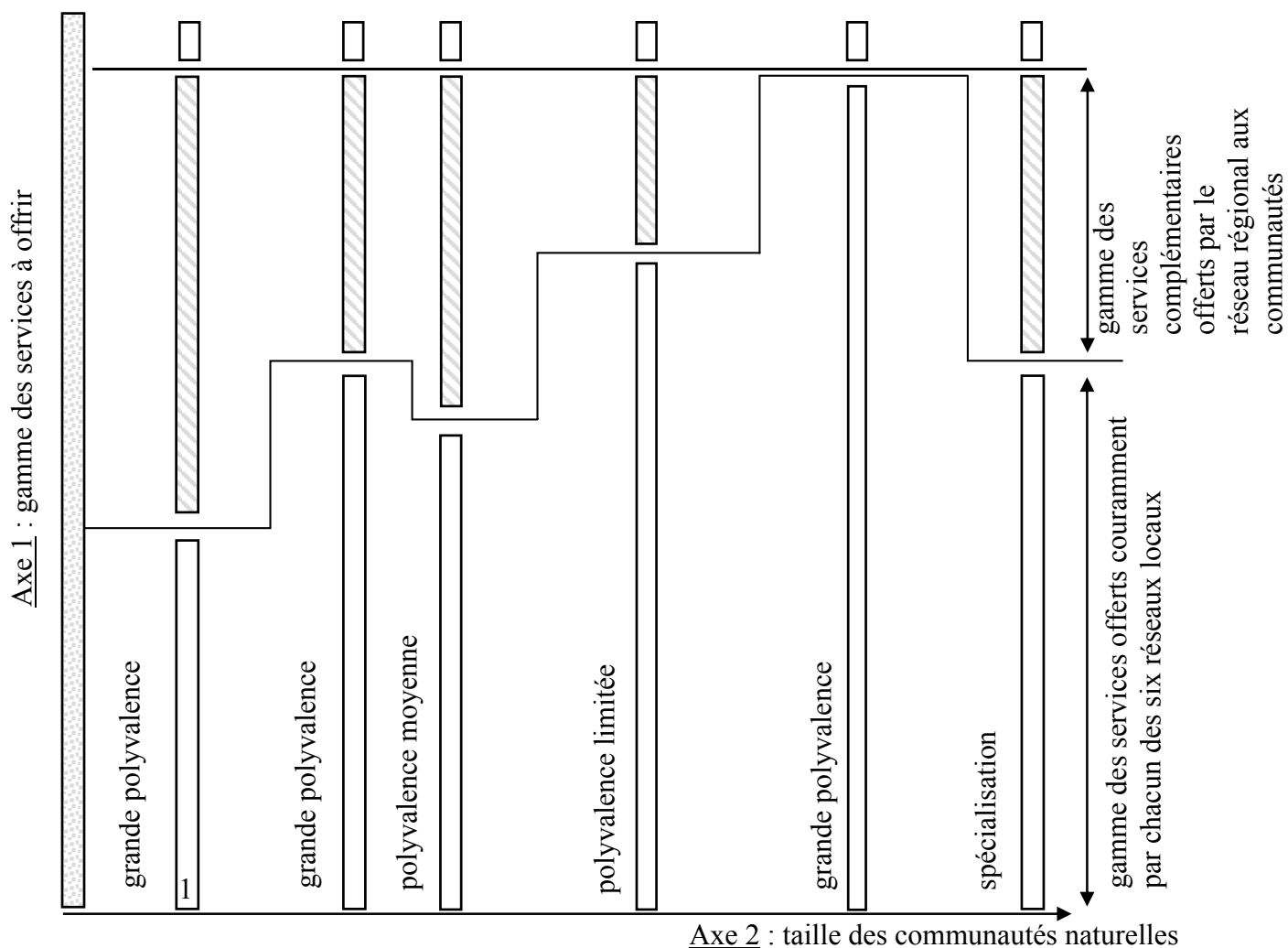
Il reste cependant que, si on bâtit les réseaux pour les communautés naturelles en jouant la carte de la polyvalence des organisations, les réalités économiques sont telles que pour les plus petites de ces communautés (en terme de population), certains services ne pourront être fournis par le réseau local parce que requis pour un nombre minime d'individus. De là procède l'idée du réseau régional. Ce réseau supra-communautaire offre à plusieurs communautés naturelles des services "complémentaires" que leurs réseaux locaux respectifs ne sont pas en mesure d'offrir.

Le problème de la "définition" des réseaux de services prolongés pour une région, ou une nation est donc très complexe. Nous pensons qu'on devrait partir des communautés naturelles (priorité au critère d'accessibilité) et jouer la carte de la polyvalence pour donner la gamme la plus étendue possible de services dans le cadre de chacun des réseaux locaux compte tenu des contraintes économiques. On devrait ensuite en déduire quels services seront donnés au niveau régional selon quelles modalités : spécialisation versus polyvalence. Éventuellement certains services très spécialisés ne seront donnés qu'au niveau supra-régional (par exemple, national).

La figure 6 illustre le cas d'une région regroupant six communautés naturelles plus ou moins grandes et dont les ressources sont plus ou moins spécialisées. La combinaison des variables "taille de la communauté"- "spécialisation des organisations" détermine la gamme des services qui peuvent être "économiquement" offerts de façon courante par le réseau de chacune des

communautés. Le réseau régional supplé aux insuffisances des réseaux locaux et certains services très spécialisés ne sont donnés qu'au niveau supra-régional.

Figure 6 : Services offerts au niveau supra-régional



Nous en resterons là dans cet exposé pour éviter de sortir du sujet de ce texte qui n'est pas celui de la programmation et de la planification des réseaux. En relation avec l'orientation, nous retiendrons que la procédure d'orientation proposée s'inscrit dans un réseau local qui englobe sinon toutes, du moins presque toutes les organisations de services prolongés de la communauté.

Seules échappent aux réseaux locaux, les ressources qui sont en surplus* dans certaines communautés et celles qui ne serait pas économiquement viable de distribuer sur une base communautaire. Ces ressources constituent le réseau régional, différent des réseaux locaux puisqu'il rassemble les ressources non intégrées aux différents réseaux locaux. Chacun de ces réseaux (locaux et régional) possède sa structure propre d'orientation mais tous utilisent la même procédure d'évaluation des besoins.

* Une ressource est en surplus à partir du moment où sa disponibilité par "unité de besoin" dans une communauté est plus grande que celle que les contraintes budgétaires et les priorités permettent de consentir à l'ensemble des communautés.

3. LE SYSTÈME CTMSP 81 D'INFORMATION POUR L'ORIENTATION DU BÉNÉFICIAIRE DANS UN RÉSEAU DE SERVICES PROLONGÉS

3.1 Introduction

L'objectif global du système d'information est de fournir aux gestionnaires et aux professionnels les informations nécessaires pour assurer une orientation optimale au bénéficiaire dans le réseau de services prolongés. Les informations produites par le système doivent donc à la fois les aider dans leur prise de décision quant à l'orientation du bénéficiaire et leur permettre d'évaluer les résultats de ces décisions.

Alors que dans la première partie de ce texte nous avons introduit le cadre conceptuel qui a guidé le développement du système d'information CTMSP, dans cette section, nous décrivons le système lui-même. Il convient dès maintenant de mettre en garde le lecteur contre des attentes trop concrètes. Personne ne trouvera dans cette section un système d'information "tout fait", qu'il suffit d'appliquer tel quel. Nous avons volontairement et systématiquement évité de nous perdre dans des détails qui relèvent de l'implantation du système dans un contexte particulier. Tout en restant le plus pratique et le plus concret possible, nous nous sommes situés au niveau des règles, mécanismes, procédures qui devraient encadrer toute implantation du système. Il revient à chaque implanteur de décider comment ces règles, mécanismes et procédures seront opérationnalisés dans son milieu propre en fonction de ses besoins propres.

Nous proposons d'abord une structure générale d'accueil pour le système d'orientation au niveau des réseaux locaux et régional.

Nous décrivons ensuite la façon dont les procédures d'évaluation des besoins, d'identification des options d'orientation, de définition et de mise à jour de l'état du réseau, de décision quant à l'orientation du bénéficiaire et enfin d'appel, s'inscrivent dans cette structure. Nous terminons en examinant brièvement la question de l'évaluation de la procédure d'orientation.

3.2 Structure du système d'évaluation des besoins/orientation

Dans cette section, nous décrivons le système administratif (structure) d'orientation. Nous resterons à un niveau de généralité assez élevé, nous concentrant sur les éléments que devraient partager tous les systèmes d'orientation.

Nous postulons l'existence de réseaux locaux complétés par un réseau régional. Nous faisons aussi l'hypothèse que le planificateur-programmeur a décidé des ressources offertes par chacun de ces réseaux*. Compte tenu de cette donnée, il s'agit d'orienter les bénéficiaires vers les bonnes ressources.

* On se rappellera qu'une quelconque unité de ressource offerte par une quelconque organisation est soit communautaire, soit supra-communautaire; ie. : elle appartient à un réseau local OU au réseau régional, mais pas aux deux. On notera aussi que les ressources d'une organisation particulière peuvent être partagées entre les deux réseaux, certaines relevant du communautaire, les autres du supra-communautaire.

Dans un tel contexte, les principaux acteurs du système d'orientation sont les suivants :

- niveau communautaire : le bureau (local) d'orientation qui comprend :
 - le comité (local) d'orientation
 - le coordonnateur (local) de l'orientation**
 - le coordonnateur (local) de l'évaluation des besoins**. Ce dernier se repose pour accomplir sa tâche sur les évaluateurs de besoins : évaluation de l'autonomie, médicale, des services requis (voir plus loin)

- niveau supra-communautaire :
 - le bureau (régional) d'orientation qui comprend :
 - le comité (régional) d'orientation
 - le coordonnateur (régional) de l'orientation

 - le bureau (régional) d'appel qui comprend :
 - le comité (régional) d'appel
 - le coordonnateur (régional) des appels

Les comités d'orientation et d'appels sont représentatifs des organisations vers lesquelles ils ont le pouvoir d'orienter le bénéficiaire. En particulier leurs membres viennent à la fois des organisations offrant des services à domicile et des établissements. Les bénéficiaires ou leurs représentants (famille, conseillers) devraient aussi être présents dans ces comités.

Les organisations du réseau de services prolongés délèguent à ces comités les pouvoirs que la Loi leur confère en ce qui regarde les admissions. Ces comités ne sont donc pas consultatifs; leurs décisions d'orientation, moyennant certains mécanismes d'appel, sont exécutoires. Les organisations doivent admettre les bénéficiaires que les comités dirigent vers elles selon leurs disponibilités et les priorités fixées par les comités.

** Ces deux fonctions peuvent être exercées par une même personne.

3.3 Procédure d'évaluation des besoins des bénéficiaires

L'orientation du bénéficiaire est basée sur l'évaluation préalable des besoins de celui-ci. Nous allons décrire la procédure d'évaluation des besoins et des éléments du système d'information qui la supportent. Cette section illustre la façon dont nous avons transposé dans la réalité le cadre conceptuel de l'évaluation des besoins présenté à la section 2.4 de ce texte. Le lecteur trouvera donc dans cette section les fondements théoriques du protocole d'évaluation des besoins décrit ci-dessous. Nous ne rappellerons pas ces fondements ici.

On notera d'abord en référence avec la structure du système d'orientation présentée à la section précédente que le coordonnateur (local) de l'évaluation des besoins est responsable de toutes les opérations d'évaluation des besoins dans la communauté*.

Les outils d'évaluation des besoins propres au système CTMSP et la façon de les utiliser sont décrits en long et en large dans deux textes auxquels nous renvoyons le lecteur. L'exposé qui suit n'est qu'un résumé très succinct du contenu de ces textes**.

* Le Système ne prévoit pas de coordonnateur régional de l'évaluation des besoins car toutes les demandes de services prolongés adressées au réseau régional, le sont par un réseau local qui, suite à l'évaluation des besoins auquel il a fait procéder, décide de requérir les ressources complémentaires du réseau régional. Quand cette requête est formulée, l'évaluation des besoins a déjà eu lieu au niveau local; il est inutile de la reprendre au niveau régional.

** L'ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE ET L'ÉVALUATION MÉDICALE DU BÉNÉFICIAIRE
L'ÉVALUATION DES SERVICES REQUIS ET LA MESURE DES RESSOURCES REQUISES PAR LE BÉNÉFICIAIRE

3.31 Formulaires d'évaluation des besoins

Ces formulaires, au nombre de cinq, sont les suivants* :

- FORMULAIRE D'ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE
- FORMULAIRE D'ÉVALUATION MÉDICALE
- FORMULAIRE SYNTHÈSE D'ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE
- FORMULAIRE D'ÉVALUATION DES SERVICES REQUIS
- FORMULAIRE DE MESURE DES RESSOURCES REQUISES

Chacun de ces formulaires sauf le FORMULAIRE D'ÉVALUATION MÉDICALE existe en deux versions : l'une est utilisée pour les bénéficiaires vivant à domicile au moment de l'évaluation; l'autre pour les bénéficiaires vivant en établissement. La version "à domicile" des différents formulaires est présentée en annexe de ce texte.

LES FORMULAIRES D'ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE et D'ÉVALUATION MÉDICALE ont été conçus pour recueillir toutes les données nécessaires à l'établissement d'un portrait global de l'autonomie physique, mentale et sociale de l'individu évalué, en vue de dégager ses besoins d'aide et ses souhaits. Le FORMULAIRE SYNTHÈSE D'ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE, comme son nom l'indique, résume l'information contenue dans les deux premiers formulaires.

LE FORMULAIRE D'ÉVALUATION DES SERVICES REQUIS est la réunion de six formules, chacune correspondant à un type particulier de services : 1. services de soutien; 2. services infirmiers; 3. services médicaux; 4. services sociaux; 5. services de physiothérapie; 6. services d'ergothérapie.

* Ces formulaires sont présentés en annexe de ce guide.

Chacune de ces formules contient une liste complète des services susceptibles d'être offerts aux bénéficiaires du réseau S.P. dans chacun des six champs définis ci-dessus. Elles sont conçues pour recueillir les données suivantes :

- quels services requis (potentiellement et, à domicile, réellement)
- à quelle fréquence
- pour quelle durée (court et long terme)

Chacun des services apparaissant dans chacune des six formules du FORMULAIRE D'ÉVALUATION DES SERVICES REQUIS a reçu, lors de la construction du formulaire par des professionnels, une VALEUR qui spécifie le temps qui est requis, en moyenne, pour donner ce service. Connaissant ces valeurs d'une part, et les informations recueillies dans le FORMULAIRE D'ÉVALUATION DES SERVICES REQUIS d'autre part, on est en mesure de calculer les quantités de chacune des ressources spécifiées précédemment, requises par le bénéficiaire. Ces données sont inscrites dans le FORMULAIRE DE MESURE DES RESSOURCES REQUISES.

3.32 Évaluation/réévaluation des besoins

A. Bénéficiaires résidant à domicile

Pour le bénéficiaire ne recevant pas de services, l'évaluation sera entreprise à l'initiative d'une organisation du réseau de S.P. lorsqu'un(des) besoin(s) éventuel(s) a(ont) été dépisté(s) ou à l'occasion de toute demande de services pour le bénéficiaire (à son initiative, à celle de son entourage ou par référence) à une organisation du réseau de S.P.

La réévaluation des besoins du bénéficiaire qui reçoit déjà des services peut être entreprise à l'initiative de l'organisation avec laquelle il est en contact lorsqu'elle constate un changement des besoins potentiels ou réels du bénéficiaire, ou encore lorsque plus de services ou des services différents sont demandés pour le bénéficiaire (à son initiative, à celle de son entourage ou par référence).

Lorsqu'il faut procéder à l'évaluation ou à la réévaluation des besoins du bénéficiaire résidant à domicile, c'est donc l'organisation de première ligne avec laquelle le bénéficiaire est ou entre en contact qui a la responsabilité de mettre en branle le processus d'évaluation des besoins du bénéficiaire. Les organisations concernées par cette procédure sont les urgences des hôpitaux, le maintien à domicile (aide à domicile, soins à domicile), les services sociaux, les centres de jour et les hôpitaux de jour.

L'organisation confie cette tâche à un professionnel, infirmière ou travailleur social.

Le professionnel en question procède à l'évaluation de l'autonomie du bénéficiaire en entrevue avec celui-ci.

Cette évaluation est soumise à une équipe multidisciplinaire réduite* : une infirmière et un travailleur social qui procède à l'évaluation des services requis par le bénéficiaire.

* L'évaluateur de l'autonomie peut être un des deux membres de l'équipe multidisciplinaire réduite.

A ce niveau s'opère un triage des bénéficiaires :

- d'un côté, les bénéficiaires pour lesquels l'équipe travailleur social-infirmière estime que les organisations de première ligne (services de maintien à domicile et/ou centre de jour et/ou services sociaux) disposent des ressources nécessaires. Les bénéficiaires qui résident déjà en H.L.M. ou en habitat protégé et/ou reçoivent déjà les services d'un hôpital de jour et auxquels il n'est éventuellement question que d'offrir en plus les services de maintien à domicile et/ou d'un centre de jour et/ou du service social font partie de cette catégorie.
- de l'autre côté, tous les autres bénéficiaires (y compris ceux qui pourraient ne requérir qu'un habitat protégé ou une habitation à loyer modique et/ou l'hôpital de jour mais ne font pas encore appel à ces ressources).

Pour les premiers, le processus d'évaluation des besoins ainsi que le processus d'orientation s'arrête là. Ces bénéficiaires sont orientés vers une ou plusieurs organisations de première ligne**.

** Cette procédure n'est pas la procédure "complète" d'évaluation des besoins et d'orientation : on la qualifiera d'allégée. Elle permet de disposer rapidement du cas des bénéficiaires à domicile requérant des services "limités".

Pour les seconds, c'est-à-dire les bénéficiaires à domicile pour lesquels, selon l'évaluation de l'équipe multidisciplinaire réduite, des services en établissement* sont requis, le processus d'évaluation des besoins se poursuit par l'évaluation médicale du bénéficiaire. C'est l'organisation dont relève l'évaluateur de l'autonomie ou par délégation le professionnel lui-même, qui prend les arrangements nécessaires pour que le bénéficiaire rencontre dans les plus brefs délais un médecin qui remplira le FORMULAIRE D'ÉVALUATION MÉDICALE.

Les deux formulaires remplis sont envoyés au coordonnateur de l'évaluation des besoins. Cette personne voit à ce que le processus d'évaluation se poursuive dans les meilleurs délais (voir plus loin, paragraphe C).

B. Bénéficiaires résidant en établissement

Ces bénéficiaires ont nécessairement déjà fait l'objet d'une évaluation complète sauf éventuellement les bénéficiaires admis d'urgence dans un lit de soins aigu en attente d'orientation**. A la demande du bénéficiaire ou de son entourage, à l'initiative de l'établissement qui considère que les besoins du bénéficiaire ont changé, une nouvelle évaluation peut être entreprise. Cette évaluation sera nécessairement une évaluation complète : autonomie et médicale/services requis***/ressources requises***.

* Y compris H.L.M., habitat protégé et/ou hôpital de jour si le bénéficiaire ne reçoit pas actuellement de tels services.

** Les bénéficiaires "séjournant" dans les corridors de l'urgence font partie de cette catégorie.

*** Voir C.

L'évaluation de l'autonomie sera réalisée par une infirmière ou un travailleur social qui, de préférence, n'appartient pas au personnel régulier de l'établissement où réside le bénéficiaire. C'est le coordonnateur de l'évaluation qui fournira un évaluateur à la demande de l'établissement. L'évaluateur remplit en entrevue avec le bénéficiaire le FORMULAIRE D'ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE. SIMULTANÉMENT, le coordonnateur de l'évaluation fera le nécessaire pour qu'un médecin voit le bénéficiaire et qu'il remplisse dans les délais les plus brefs le FORMULAIRE D'ÉVALUATION MÉDICALE. Les deux formulaires sont envoyés au coordonnateur de l'évaluation.

C. Tous les bénéficiaires faisant l'objet d'une (ré)évaluation complète

Pour tous les bénéficiaires faisant l'objet d'une (ré)évaluation complète, le coordonnateur de l'évaluation doit recevoir le FORMULAIRE D'ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE et le FORMULAIRE D'ÉVALUATION MÉDICALE, avant de faire passer le dossier au stade suivant de l'évaluation.

Le deuxième stade de l'évaluation est l'étude du dossier par une équipe multidisciplinaire : médecin, travailleur social, infirmière, physiothérapeute, ergothérapeute. L'équipe multidisciplinaire d'évaluation des services requis relève du bureau local d'évaluation. Elle est stable, ses cinq membres ne changent pas d'une réunion à l'autre. Idéalement les membres de l'équipe multidisciplinaire ne devraient pas appartenir au personnel régulier des organisations du réseau de S.P. concerné, pour maintenir l'indépendance totale de l'équipe et assurer sa crédibilité. C'est cependant chose difficile à réaliser; si c'est impossible on fera cependant au moins en sorte que les professionnels de l'équipe multidisciplinaire ne viennent pas d'une seule organisation ou

d'une seule catégorie d'organisations; on essaiera donc de réunir une équipe multidisciplinaire représentative des organisations du réseau. L'équipe est réunie au besoin par le coordonnateur de l'évaluation. L'expérience démontre qu'une équipe travaillant à raison de deux jours par semaine peut traiter de quarante à cinquante dossiers de bénéficiaires.

Pour chaque bénéficiaire soumis au processus d'évaluation complète, l'équipe multidisciplinaire reçoit le FORMULAIRE D'ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE rempli en entrevue par l'évaluateur de première ligne et le FORMULAIRE D'ÉVALUATION MÉDICALE. Après avoir pris connaissance de ces deux formulaires, elle remplit le FORMULAIRE SYNTHÈSE D'ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE DU BÉNÉFICIAIRE et les formules appropriées du FORMULAIRE D'ÉVALUATION DES SERVICES REQUIS.

Pour compléter l'évaluation des besoins, il ne reste plus qu'à remplir le FORMULAIRE SYNTHÈSE DE MESURE DES RESSOURCES REQUISES sur la base des informations contenues dans le FORMULAIRE D'ÉVALUATION DES SERVICES REQUIS.

Le dossier d'évaluation des besoins est maintenant complet et le coordonnateur de l'évaluation des besoins le transmet au coordonnateur local de l'orientation sauf dans le cas où l'équipe multidisciplinaire a refusé de procéder à l'évaluation des services requis faute d'information suffisante ou cohérente dans le FORMULAIRE D'ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE et/ou le FORMULAIRE D'ÉVALUATION MÉDICALE. En effet, quand elle juge que l'information dont elle dispose est plus ou moins suffisante ou plus ou moins incohérente, l'équipe multidisciplinaire a le choix, soit de procéder quand même, en indiquant les problèmes qu'elle a rencontrés, soit de ne pas procéder du tout et de réclamer une révision de l'évaluation

d'autonomie et/ou médicale du bénéficiaire. Dans ce dernier cas, le dossier revient dans les mains du coordonnateur de l'évaluation qui fait reprendre (revoir/compléter) la(les) évaluation(s) refusée(s) et une fois celle(s)-ci reçue(s), resoumet le dossier à l'équipe multidisciplinaire.

Pour terminer nous ferons une petite digression pour noter qu'il serait bon aussi de mettre en place un mécanisme par lequel chaque bénéficiaire se verrait attribuer un conseiller. Le conseiller du bénéficiaire serait une personne clé dans le processus de réévaluation des besoins de celui-ci. Il peut demander une réévaluation en tout temps s'il croit que les ressources offertes au bénéficiaire ne sont plus adéquates. Il peut, pour accélérer le processus de réévaluation, procéder lui-même à l'évaluation de l'autonomie du bénéficiaire et s'assurer que l'évaluation médicale du bénéficiaire est réalisée. Il transmet ensuite le dossier au coordonnateur de l'évaluation. Par ailleurs, chaque fois qu'un bénéficiaire est réévalué sans que cela soit de l'initiative de son conseiller, ce dernier en est averti par le coordonnateur de l'évaluation. Dans tous les cas de réévaluation des besoins d'un bénéficiaire, le coordonnateur de l'orientation avertit son conseiller de la décision du comité d'orientation.

3.4 Procédure d'identification des options d'orientation

Une fois réalisée l'évaluation complète des besoins du bénéficiaire, on entame la procédure d'orientation de celui-ci en identifiant les options d'orientation possibles pour lui. Les fondements théoriques de cette opération ont été discutés à la section 2.5 de ce texte.

Une option d'orientation est essentiellement définie par

- le nom d'une organisation *
- les services qu'elle peut offrir au bénéficiaire selon quelles modalités

On se rappellera que pour qu'une organisation puisse être retenue comme une option pour un bénéficiaire, il faut que les services qu'elle peut offrir au bénéficiaire correspondent aux services que celui-ci requiert. Ainsi en principe, toutes les options sont par définition équivalentes du point de vue des services qu'elles offrent (= services requis). Cependant, il arrivera que le réseau ne soit pas en mesure d'offrir tous les services requis par le bénéficiaire; dans un tel cas, les organisations-options pourront différer aussi par les services qu'elles offrent : une telle offrant tel éventail de services parmi les services requis par le bénéficiaire, telle autre offrant tel autre éventail.

Pour parvenir à l'identification des options, on a vu qu'il fallait disposer d'une classification préalable des organisations en terme des ressources (programmes) qu'elles offrent. Il faut aussi classer le bénéficiaire en terme des ressources (programmes) qu'il requiert.

* Comme on l'a déjà noté, plusieurs organisations conjuguant leurs efforts peuvent constituer une option. On remarquera en plus ici qu'il peut arriver que le réseau puisse théoriquement offrir tous les services requis par le bénéficiaire mais que cela soit irréalisable parce qu'il faudrait, pour y parvenir, faire appel aux ressources de plusieurs organisations qui en pratique ne peuvent pas mettre leurs ressources en commun pour l'une ou l'autre raison; par exemple, la distance.

Nous présentons ci-dessous le schéma de classification esquissé à la section 2.5. Ce schéma s'articule sur quatre variables : SURV, ORMAT, SIT et READ. Les niveaux possibles de ces variables et leur interprétation sont respectivement les suivants (Table 1).

Table 1 : Niveaux des variables intervenant dans le schéma de classification

1. <u>SURV.*</u>	<u>Services potentiels</u>	<u>Services réels</u>
SURV = 0	le bénéficiaire ne requiert aucune surveillance non professionnelle	le bénéficiaire ne requiert aucune surveillance non professionnelle <u>de la part du réseau</u>
SURV = 1	ne s'applique pas**	le bénéficiaire requiert une surveillance non professionnelle <u>de la part du réseau</u> quelques fois par semaine (au maximum 3 fois) pour quelques heures (au maximum 8 heures)
SURV = 2	le bénéficiaire requiert une surveillance non professionnelle la plupart du temps; et peut être laissé seul seulement durant de courtes périodes (au plus 3 à 4 heures)	le bénéficiaire requiert une surveillance non professionnelle la plupart du temps <u>de la part du réseau</u>
	OU	OU
	le bénéficiaire requiert une surveillance non professionnelle permanente	le bénéficiaire requiert une surveillance non professionnelle permanente <u>de la part du réseau</u>

* Soit P = potentiel et R = réel; SURV = 0 (P) => SURV = 0 (R); SURV = 2 (P) → SURV = (0) (R) ou SURV = 1 (R) ou SURV = 2 (R). Le raisonnement est similaire pour les autres variables.

** Il n'existe pas de bénéficiaires qui requièrent potentiellement de la surveillance quelques heures quelques fois par semaine. Par contre, cela est possible réellement quand le bénéficiaire requiert potentiellement une surveillance constante ou presque constante assurée par son entourage auquel le réseau supplée épisodiquement (services réels).

2. <u>ORMAT</u>	le bénéficiaire ne requiert aucun service d'organisation matérielle : préparation des repas, entretien ménager, emplettes, travaux légers et lourds	le bénéficiaire ne requiert aucun service d'organisation matérielle <u>de la part du réseau</u>
ORMAT = 0		
ORMAT = 1	le bénéficiaire requiert un/des service(s) d'organisation matérielle <u>à l'exclusion de la préparation des repas</u>	le bénéficiaire requiert un/des service(s) d'organisation matérielle <u>de la part du réseau</u> , à l'exclusion de la préparation des repas
ORMAT = 2	le bénéficiaire requiert un/des service(s) d'organisation matérielle, <u>en particulier</u> , la préparation des repas	le bénéficiaire requiert un/des service(s) d'organisation matérielle de la part du réseau, <u>en particulier</u> , la préparation des repas
3. <u>SIT</u>	soins infirmiers et d'assistance professionnel et non professionnel requis : heures/24 heures	soins infirmiers et d'assistance professionnel et non professionnel requis <u>du réseau</u>

SIT = 0	0	Intervalle (minutes)	0
SIT = 1	$0 < x \leq 0.625$	37.5	$0 < x \leq 0.625$
SIT = 2	$0.625 < x \leq 1.375$	45	$0.625 < x \leq 1.375$
SIT = 3	$1.375 < x \leq 2.125$	45	$1.375 < x \leq 2.125$
SIT = 4	$2.125 < x \leq 2.875$	45	$2.125 < x \leq 2.875$
SIT = 5	$2.875 < x \leq 3.625$	45	$2.875 < x \leq 3.625$
SIT = 6	$3.625 < x \leq 4.375$	45	$3.625 < x \leq 4.375$
SIT = 7	$4.375 < x \leq 5.875^*$	90	$4.375 < x \leq 5.875^{**}$

* Dans tous nos échantillons, (à date, ± 2600 bénéficiaires) nous n'avons jamais rencontré de bénéficiaires de soins prolongés requérant plus de 5.875 heures de soins infirmiers par jour.

** Ces bornes des classes peuvent apparaître rébarbatives puisqu'exprimées en multiples de 1/8 d'une heure plutôt qu'en multiple de 1/4 d'heures ce qui est plus habituel. Le choix du 1/8 d'heure plutôt que du 1/4 d'heure résulte de considérations techniques. Il ne pose pas de problème au niveau de l'utilisation du système. Une lecture attentive révélera la simplicité du schéma où tous les intervalles de classe (à l'exception du premier : 37.5 minutes et du dernier : 1h. 1/2) sont de 45 minutes (6/8 d'heure).

4. READ

Services potentiels = services réels (tous les services sont requis du réseau).

READ = 0	aucun service de réadaptation n'est requis
READ = 1	des services d'ergothérapie sont requis, mais non de physiothérapie
READ = 2	des services de physiothérapie sont requis, mais non d'ergothérapie
READ = 3	des services de physiothérapie et d'ergothérapie sont requis

Les combinaisons ou regroupements de combinaisons de ces variables définissent le schéma de classification suivant (Table 2.). Ce même schéma est représenté sous la forme d'un arbre de décision à la figure 7.

Table 2 : Schéma de classification

Classe	<u>Variables</u>			
	SURV	ORMAT	SIT	READ
0	0	0	0	0
1	*	0	*	*
2	0,1	1	0	*
3	0,1	1	≠ 0	0
4	0,1	1	≠ 0	≠ 0
5	0,1	2	0	*
6	0,1	2	1	0
7	0,1	2	1	≠ 0
8	0,1	2	2	0
9	0,1	2	2	≠ 0
10	0,1	2	> 2	0
11	0,1	2	> 2	≠ 0
12	2	*	0,1	*
13	2	*	2	0
14	2	*	2	1
15	2	*	2	2

Table 2 : Schéma de classification (suite)*

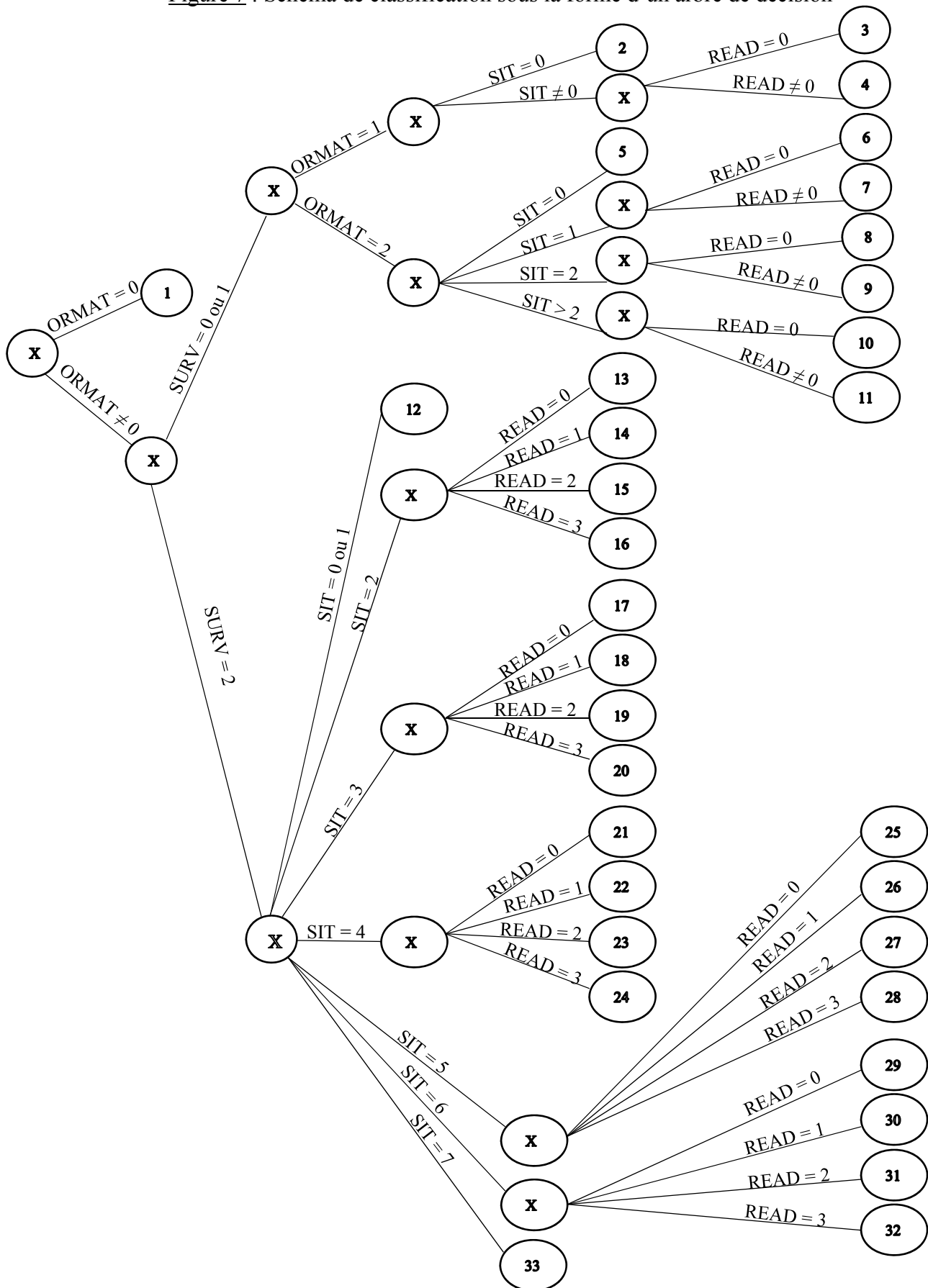
16	2	*	2	3
17	2	*	3	0
18	2	*	3	1
19	2	*	3	2
20	2	*	3	3
21	2	*	4	0
22	2	*	4	1
23	2	*	4	2
24	2	*	4	3
25	2	*	5	0
26	2	*	5	1
27	2	*	5	2
28	2	*	5	3
29	2	*	6	0
30	2	*	6	1
31	2	*	6	2
32	2	*	6	3
33	2	*	7	*

N.B. *, dans ce tableau, signifie "quelle que soit la valeur de la variable correspondante".

Comme on peut le voir on a obtenu seulement 33 classes pour recouvrir les 288 combinaisons possibles des quatre variables. Ces 33 classes sont en fait les programmes que devraient offrir le réseau et qui sont susceptibles d'être requis par les bénéficiaires.

* Ce schéma de classification a été construit sur la base de données empiriques, sur l'autonomie/les services requis/les ressources requises par des bénéficiaires âgés. Deux échantillons ont été recueillis successivement, le premier à domicile et en établissement, le second en établissement seulement, pour un total de 2605 bénéficiaires. Nous expliquerons dans un texte qui est encore à écrire comment cette classification a été construite et validée.

Figure 7 : Schéma de classification sous la forme d'un arbre de décision



Suit une brève description du schéma de classification.

- la classe 1 regroupe les bénéficiaires qui ne requièrent pas de services d'organisation matérielle (ORMAT = 0) mais qui requièrent soit de la surveillance, soit des soins infirmiers, soit de la réadaptation, soit encore deux de ces ressources ou les trois.

- les classes 2, 3 et 4 regroupent les bénéficiaires

- qui ne requièrent pas de surveillance ou requièrent réellement de la surveillance épisodique

- qui requièrent de l'organisation matérielle mais pas la préparation des repas, selon que ces bénéficiaires ne requièrent pas de soins infirmiers ni de réadaptation, requièrent des soins mais pas de réadaptation, enfin requièrent des soins infirmiers et de la réadaptation.

- les classes 5 à 11 regroupent les bénéficiaires

- qui ne requièrent pas de surveillance ou requièrent réellement de la surveillance épisodique

- qui requièrent de l'organisation matérielle y compris la préparation des repas selon la classe de ces bénéficiaires en soins infirmiers et le fait qu'ils requièrent ou non de la réadaptation

- la classe 12 regroupe les bénéficiaires

- qui requièrent de l'organisation matérielle

- qui requièrent une surveillance constante ou presque constante

- qui ne requièrent pas de soins infirmiers ou en requièrent moins de 0.625 heure/jour

- les classes 13 à 32 regroupent les bénéficiaires
 - qui requièrent de l'organisation matérielle
 - qui requièrent une surveillance constante ou presque constante

selon leur classe en soins infirmiers (de 2 à 6) et leur classe en réadaptation (de 0 à 3)

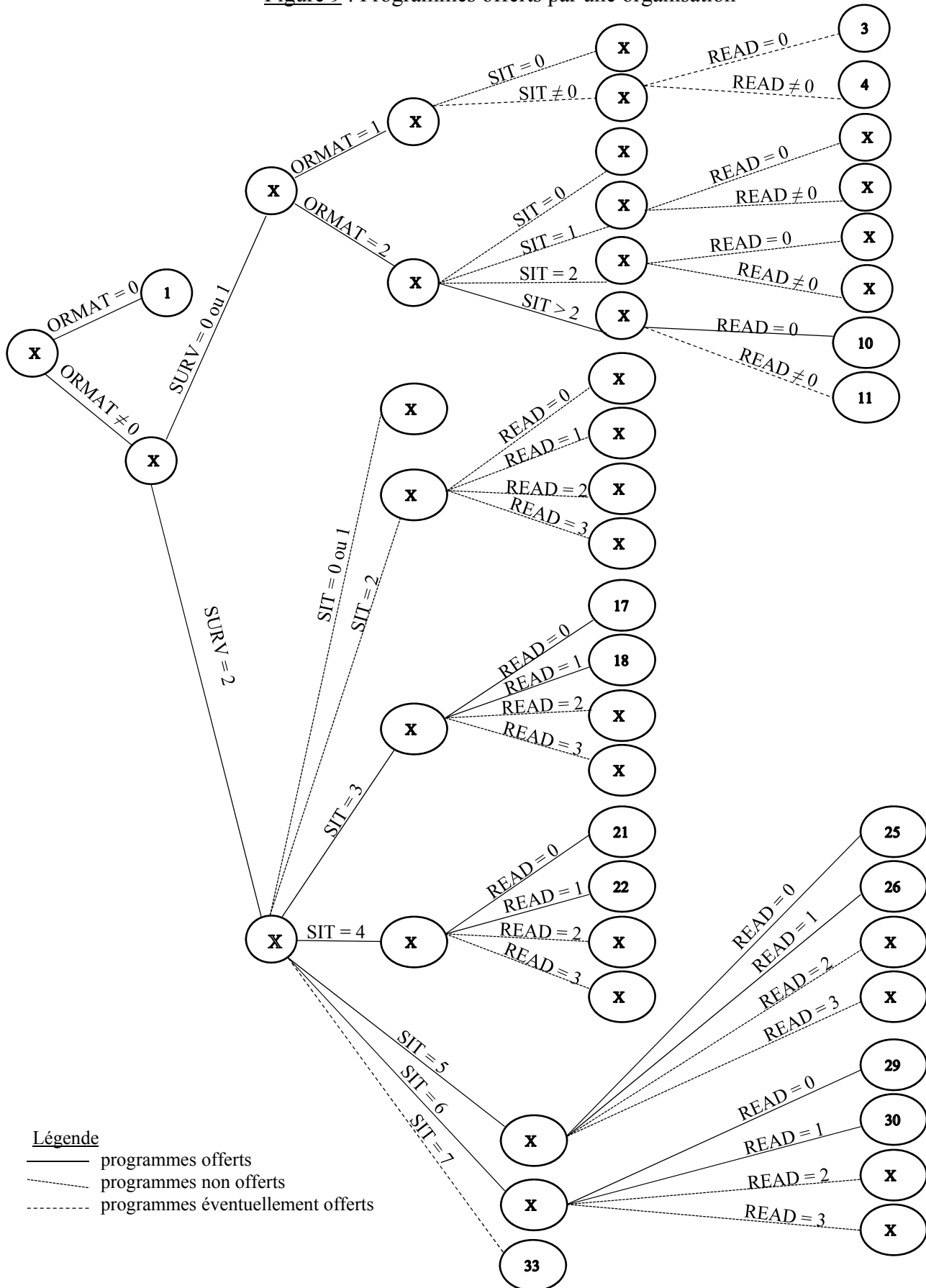
- la classe 33 regroupe les bénéficiaires
 - qui requièrent de l'organisation matérielle
 - qui requièrent une surveillance constante ou presque constante
 - qui sont en classe 7 en soins infirmiers

Par classification d'une organisation, on entend alors la spécification de tous les programmes ou portions de programmes que celle-ci est en mesure d'offrir. En pratique, cela revient à spécifier, pour chaque variable, le niveau maximum, et éventuellement minimum, de cette variable que l'organisation offre, par exemple (Figure 8).

Figure 8 : Niveaux de ressources minima et maxima offerts par une organisation

	Min.	Max.
SURV	0	2
ORMAT	0	2
SIT	3	7
READ	0	1

Figure 9 : Programmes offerts par une organisation



Un tableau comme celui de la figure 8 est équivalent à la spécification de la liste des programmes offerts par une organisation. C'est ce que nous avons essayé d'illustrer à la figure 9 en traduisant en termes du schéma de classification le tableau de la figure 8. On y voit qu'une organisation caractérisée par le tableau de la figure 8 offre les programmes 10, 17, 18, 21, 22, 25, 26, 29, 30. De plus cette organisation offre possiblement les programmes 1, 3, 4, 11, 33. Par exemple, elle offre le programme 3 à un bénéficiaire requérant ce programme si ce bénéficiaire requiert des soins infirmiers le plaçant dans la classe 3 ou au-dessus en soins infirmiers.

Cet exercice visait essentiellement à montrer que bénéficiaires et organisations "se rejoignent" sur la notion de programme. Dans la pratique, il est aisé de déterminer directement sur la base de tableaux du type de celui présenté à la figure 8, si une organisation offre le programme requis par un bénéficiaire, sans avoir à construire et utiliser un arbre du type de celui représenté à la figure 9 pour chaque organisation.

Si le bénéficiaire réside à domicile, il peut être classé en terme des ressources qu'il requiert réellement et potentiellement et on peut en déduire ses options réelles et potentielles.

Une fois déterminé le schéma de classification et une fois la classification des organisations réalisées, l'identification des options disponibles pour le bénéficiaires peut être automatisée. Même si elle doit être réalisée manuellement, c'est une opération facile et rapide pour le coordonnateur local de l'orientation.

Il reste alors pour caractériser ces options à préciser selon quelles modalités elles offriront au bénéficiaire les services qu'il requiert; l'exemple qui suit illustre cette question (Table 3).

Table 3 : Modalités des services offerts par les organisations-options identifiées

<u>Options identifiées</u>	<u>Modalités</u>
1. <u>maintien à domicile</u>	21 repas/semaine par la popote roulante 5 contacts de l'aide à domicile/semaine 3 contacts des soins à domicile/semaine 2 visites de la physiothérapeute/semaine
2. <u>maintien à domicile et centre de jour</u>	17 repas/semaine par la popote roulante 3 contacts de l'aide à domicile/semaine 3 contacts des soins à domicile/semaine 2 visites de la physiothérapeute/semaine 2 journées au centre de jour/semaine (transport inclus)
3. <u>maintien à domicile et hôpital de jour</u>	18 repas/semaine de la popote roulante 3 contacts de l'aide à domicile/semaine 3 demi-journées à l'hôpital de jour/semaine (transport inclus)
4. <u>pavillon St-François* et équipe volante de physiothérapie</u>	résidence permanente en pavillon 2 visites de la physiothérapeute/semaine
5. <u>centre d'accueil du Bonheur*</u>	résidence permanente au centre d'accueil
6. <u>centre d'accueil des Grands Bois*</u>	résidence permanente au centre d'accueil

* Ces options ont été identifiées sur la base de la classification du bénéficiaire en terme des ressources potentielles qu'il requiert.

En résumé, pour pouvoir identifier les options d'orientation il faut :

- a. se donner un schéma de classification, (Table 2 et figure 7)
- b. caractériser (classer) chaque organisation dans les termes de ce schéma; pour le schéma proposé, il s'agit de remplir le tableau :

	Min.	Max.
SURV		
ORMAT		
SIT		
READ		

Cela fait, pour identifier les options pour un bénéficiaire particulier :

- c. on classe le bénéficiaire à partir de la mesure des ressources qu'il requiert
- d. on identifie les options en établissant la correspondance entre (b) et (c)
- e. on spécifie les modalités selon lesquelles chaque option identifiée délivrerait ces services

Une fois ce travail préliminaire réalisé par le coordonnateur local de l'orientation, le dossier du bénéficiaire est prêt pour un examen par le Comité local d'orientation qui est appelé à prendre la décision d'orientation, c'est-à-dire à choisir une des options d'orientation.

On notera encore que le coordonnateur local de l'orientation pourra arriver à la conclusion que les organisations du réseau local ne sont pas en mesure d'offrir certains ou tous les services requis par un bénéficiaire. Dans un tel cas, il pourra faire appel, en tout ou en partie, aux ressources du réseau régional pour définir les options du bénéficiaire.

3.5 Procédure de définition et mise à jour de l'état du réseau

Pour pouvoir procéder au choix d'une option d'orientation parmi toutes celles identifiées à la suite de l'évaluation des besoins du bénéficiaire, le Comité d'orientation doit connaître l'état du réseau.

L'état du réseau est essentiellement défini par les ressources disponibles (i.e. non utilisées) dans chaque organisation du réseau. Pour calculer la disponibilité des ressources dans une organisation, on doit définir la façon de mesurer la capacité de celle-ci. La capacité (et par conséquent la disponibilité) dans une organisation est mesurée par les paramètres suivants :

- α - nombre d'unités de service offertes/unité de temps
- β - nombre moyen d'unités de service requises par bénéficiaire/unité de temps
- γ - nombre moyen de "places" pour les bénéficiaires
- δ - durée moyenne du service pour un bénéficiaire
- ξ - nombre moyen de bénéficiaires qui peuvent être admis par unité de temps

Dès lors, la capacité d'une organisation se calcule, par exemple de la façon suivante. Soit un service d'aide à domicile disposant de l'équivalent de 5 auxiliaires familiales à temps plein (non remplacées durant les congés annuels et fériés et les absences de courte durée). On détermine $\underline{\alpha}$, $\underline{\beta}$ et $\underline{\delta}$ par observation, $\underline{\gamma}$ et $\underline{\xi}$ se déduisent de ces observations par calcul.

Ainsi, si on sait qu'en moyenne :

- une auxiliaire réalise 4 visites/jour et travaille 220 jours/an, alors $\underline{\alpha} = 4$ (visites) x 220 (jours) x 5 (auxiliaires) = 4400 visites/an
- chaque bénéficiaire reçoit une visite par semaine, 44 semaines/an, alors, $\underline{\beta} = 1$ (visite) x 44 (semaines) = 44 visites/an
- un bénéficiaire admis par le service reçoit des services pendant une durée de deux ans, alors $\underline{\delta} = \underline{2}$ ans

Il en résulte que :

- le nombre moyen de bénéficiaires qui "simultanément" peuvent recevoir de l'aide du service est $\underline{\alpha}/\underline{\beta} = 100$
donc : $\underline{\gamma} = \underline{100}$ bénéficiaires

- le nombre moyen de nouveaux bénéficiaires que le service admettra chaque année (le flux de bénéficiaires) est $\underline{\gamma}/\underline{\delta} = 50$
donc : $\underline{\xi} = \underline{50}$ bénéficiaires/an

Pour calculer la disponibilité d'une ressource, on tient non seulement compte des bénéficiaires présentement servis par cette ressource mais aussi des bénéficiaires en attente pour celle-ci. Il s'en suit que la disponibilité d'une ressource peut être négative. Ainsi, si nous continuons avec l'exemple précédent :

supposons que le service d'aide à domicile opère actuellement à pleine capacité, i.e. : les 100 places sont "occupées", et qu'il y a 25 bénéficiaires en attente de services. On dira alors que la disponibilité

ξ = nombre de bénéficiaires en attente est de -25, noté (25). De plus, étant donné que $\xi = 50$ bénéficiaires/an, l'admission de ces 25 bénéficiaires prendra $25/50$ an = 6 mois. En d'autre terme, si l'on décide d'ajouter un bénéficiaire supplémentaire à la file d'attente, celui-ci ne commencera à recevoir des services que dans approximativement six mois. On notera

\mathcal{M} , le temps d'attente moyen du dernier bénéficiaire de la liste d'attente actuelle.

Le tableau 4 donne différents exemples de description et de définition de la capacité d'une organisation.

Le tableau 5 donne un exemple de définition de l'état du réseau (disponibilité).

Enfin, si la gestion des files d'attente n'est pas du type "premier arrivé premier servi", c'est-à-dire si un nouveau bénéficiaire peut venir s'intercaler dans la file d'attente plutôt que de s'ajouter à celle-ci en dernière place, il faut pouvoir décrire la file d'attente et le nouveau bénéficiaire.

Les paramètres qui seront retenus pour décrire les bénéficiaires d'une file d'attente dépendront de l'organisation concernée et de la politique de gestion de la file. Certains de ces paramètres sont par exemple les suivants :

- temps d'attente
- urgence du cas (telle que définie par l'équipe multidisciplinaire d'évaluation des services requis)
- services requis
- mesures temporaires prises
- etc.

Table 4 : Ressources des organisations : description et capacité

<u>Type</u>	<u>Description</u>	<u>Capacité</u>
Aide familiale	5 auxiliaires familiales E.T.P. - ménage - commissions - lessive, etc.	4 visites/jour – auxiliaire 220 jours/an – auxiliaire α = 4400 visites/an 1 visite/semaine – bénéficiaire 44 semaines/an β = 44 visites/an – bénéficiaire γ = 100 bénéficiaires δ = 2 ans ϵ = 50 bénéficiaires/an
Aide entretien-réparation	1 ouvrier - réparations - rénovations - entretien	2 visites/jour – ouvrier 220 jours/an – ouvrier α = 440 visites/an β = 2 visites/an – bénéficiaire γ = 220 bénéficiaires δ = 5 ans ϵ = 44 bénéficiaires/an

Table 4 (suite): Ressources des organisations : description et capacité

<u>Type</u>	<u>Description</u>	<u>Capacité</u>
Popote roulante	Disponibilité 7 jours/semaine Offre 3 repas/jour	α = 300 repas/jour β = 15 repas/semaine –bénéf. γ = 140 bénéficiaires ρ = 5 ans ϵ = 28 bénéficiaires/an
Transport (véhicule normal)	1 voiture disponible 10 heures/jour, 5 jours/semaine	α = 35 voyages-bénéficiaires/jour β = 1 voyage-bénéficiaire – sem. γ = 175 bénéficiaires ρ = 3 ans ϵ = 58 bénéficiaires/an
Ambulance	1 véhicule disponible 8 heures/jour, 5 jours/semaine	α = 10 voyages-bénéficiaire/jour β = 2 voyages-bénéficiaire – sem. γ = 25 bénéficiaires ρ = 6 mois ϵ = 50 bénéficiaires/an
H.L.M.	Appartements simples et doubles Concierge	α = 25 appartements simples β = 1 bénéficiaire par appartement simple γ = 25 bénéficiaires ρ = 8 ans ϵ = 3 bénéficiaires/an α = 100 appartements doubles γ = 100 couples ρ = 12 ans ϵ = 8 couples/an
Habitat protégé	Appartements simples et doubles - cuisine, bain sécuritaire - accessibilité chaise roulante - service de garde - concierge	α = 50 appartements simples γ = 50 bénéficiaires ρ = 5 ans ϵ = 10 bénéficiaires/an α = 50 appartements doubles γ = 50 couples ρ = 6 ans ϵ = 8 couples/an

Table 4 (suite): Ressources des organisations : description et capacité

<u>Type</u>	<u>Description</u>	<u>Capacité</u>
Centre de jour	Service social/soins infirmiers et d'assistance/réadaptation/récréologie/cafétéria/ Ouvert 5 jours/semaine	α = 75 visites-bénéficiaires/jour β = 2 visites/bénéficiaires – sem. γ = 190 bénéficiaires δ = 5 ans ϵ = 38 bénéficiaires/an
Hôpital de jour	18 lits Soins infirmiers et d'assistance/réadaptation/inhalo/radio/labo... Ouvert 5 jours/semaine	α = 18 visites-bénéficiaire/jour β = 3 visites-bénéficiaire – sem. γ = 30 bénéficiaires δ = 9 mois ϵ = 40 bénéficiaires
Unité de soins en centre d'accueil	Lits 3 heures soins/bénéficiaire-jour Réadaptation	α = 50 lits γ = 50 bénéficiaires δ = 2.5 ans ϵ = 20 bénéficiaires

Table 5 : Disponibilités des ressources dans le réseau

Organisation	Capacité		Nombre de places disponibles (file d'attente) : γ	Temps d'attente moyen : \mathcal{M}
	Nombre de places : δ	Flux ξ		
Maintien à domicile A				
Aide familiale	100	50	2	0
Entretien-réparation	200	30	12	0
Popote-roulante	350	48	(28)	7 mois
Transport (normal)	125	52	(2)	2 semaines
Maintien à domicile B				
Aide familiale	150	84	(14)	2 mois
Entretien-réparation	200	30	18	0
Popote-roulante	500	155	(39)	3 mois
Transport (normal)	100	40	2	0
Transport				
Spécialisé	35	50	12	0
Ambulance	25	50	4	0
Surveillance-gardiennage (bénévole)	110	36	(54)	1½ an
Centre de jour A	200	60	(5)	1 mois
Centre de jour B	340	108	(18)	2 mois
Centre de jour C	150	104	(2)	1 semaine
Hôpital de jour	40	108	(27)	3 mois
Unité d'évaluation (CHSP)	15	355	2	0
CHSP A				
Unités 6 et 5	40	420	2	0
Unités 4 et 3	60	250	1	0
Unités 2 et 1	90	120	(1)	3 jours
CHSP B				
Unité 3	20	75	(3)	2 semaines
Unité 2	10	50	(1)	1 semaine
Unité 1	80	750	2	0
Centre d'accueil A				
Unités 4 et 3	60	40	(10)	3 mois
Unités 2 et 1	325	75	(12)	2 mois
Centre d'accueil B				
Unité 2	75	25	(2)	1 mois
Unité 1	600	150	(6)	2 semaines
Etc.				

La description des files d'attente est le deuxième élément d'information rendant compte de l'état du réseau.

Chaque fois qu'un bénéficiaire quitte une organisation, celle-ci en averti le coordonnateur de l'orientation qui met à jour les données rendant compte des disponibilités dans cette organisation.

Chaque fois que le comité d'orientation oriente un bénéficiaire vers une organisation, le coordonnateur de l'évaluation met à jour les données rendant compte des disponibilités dans cette organisation et la description de la file d'attente de cette organisation.

On a vu précédemment que la procédure allégée d'évaluation des besoins et d'orientation permet à une équipe multidisciplinaire réduite de décider de l'orientation du bénéficiaire vers les services de première ligne sans avoir à référer le cas de celui-ci au Comité d'orientation. Dans un tel cas, le coordonnateur de l'orientation est informé de la décision de l'équipe multidisciplinaire réduite et il met à jour les disponibilités et la description de la file d'attente de l'organisation concernée.

3.6 Procédure de décision quant à l'orientation du bénéficiaire

La décision d'orientation du bénéficiaire relève d'un Comité d'orientation local (à l'exception de certains cas de maintien à domicile où la décision est prise par l'équipe multidisciplinaire réduite).

Pour procéder le Comité d'orientation dispose des informations suivantes :

- sur le réseau local

- Ressources des organisations : description et capacité (Table 4)
- Disponibilités dans les organisations (Table 5)
- Description des files d'attente

- sur le réseau régional*

- Ressources des organisations : description et capacité (Table 4)
- Disponibilités dans les organisations (Table 5)

- sur le bénéficiaire

- Dossier complet d'évaluation des besoins du bénéficiaire
 - autonomie/médical
 - services requis
 - synthèse autonomie/médical
 - mesure des ressources requises/classification
- options d'orientation identifiées par le coordonnateur de l'orientation avec description des modalités de services.

* Le Comité d'orientation local n'a pas le pouvoir d'orienter le bénéficiaire vers une organisation particulière du réseau régional, mais il peut référer le cas au Comité d'orientation régional pour orientation dans le réseau régional.

La tâche du Comité local est essentiellement d'intégrer toutes ces informations pour choisir l'option d'orientation la plus satisfaisante du point de vue "combiné" du bénéficiaire et du réseau. Le Comité s'assure que tous les dossiers de bénéficiaires reçoivent le même traitement. En particulier, pour assurer l'uniformité et la neutralité de la procédure d'orientation, tous les dossiers sont "présentés" au Comité local d'orientation par le coordonnateur local de l'orientation qui les a préparés.

On l'a dit, le Comité local d'orientation peut référer le bénéficiaire au réseau régional, pour prise en charge complète ou partielle. Dans un tel cas, le Comité régional d'orientation entre en jeu. Il travaille avec les mêmes éléments d'information que le Comité local (voir ci-dessus) à cette exception près qu'il doit en plus disposer de la description des files d'attente des organisations du réseau régional.

On remarquera encore que

- quand l'équipe multidisciplinaire réduite décide de choisir la procédure complète d'évaluation pour un bénéficiaire (ce qui revient en fait, du moins de prime abord, à ne pas l'orienter vers les services de première ligne) et achemine son cas vers le Comité local d'orientation, ce Comité peut quand même subséquemment opter pour l'orientation du bénéficiaire vers les services de première ligne.
- quand le Comité d'orientation local décide de référer le bénéficiaire au Comité d'orientation régional (ce qui en fait, du moins de prime abord, à refuser de le prendre en charge – partiellement ou totalement – au niveau du réseau local), le Comité régional peut quand même subséquemment retourner le cas au Comité local pour prise en charge par le réseau local.

Il est aussi important, pour que tous aient une vision globale de ce qui se passe dans les réseaux que des mécanismes soient mis en place pour

- informer les Comités d'orientation locaux et régional des caractéristiques (besoins, services offerts des bénéficiaires admis directement (procédure allégée) en première ligne.

- informer le Comité d'orientation régional des caractéristiques des bénéficiaires orientés vers les réseaux locaux.

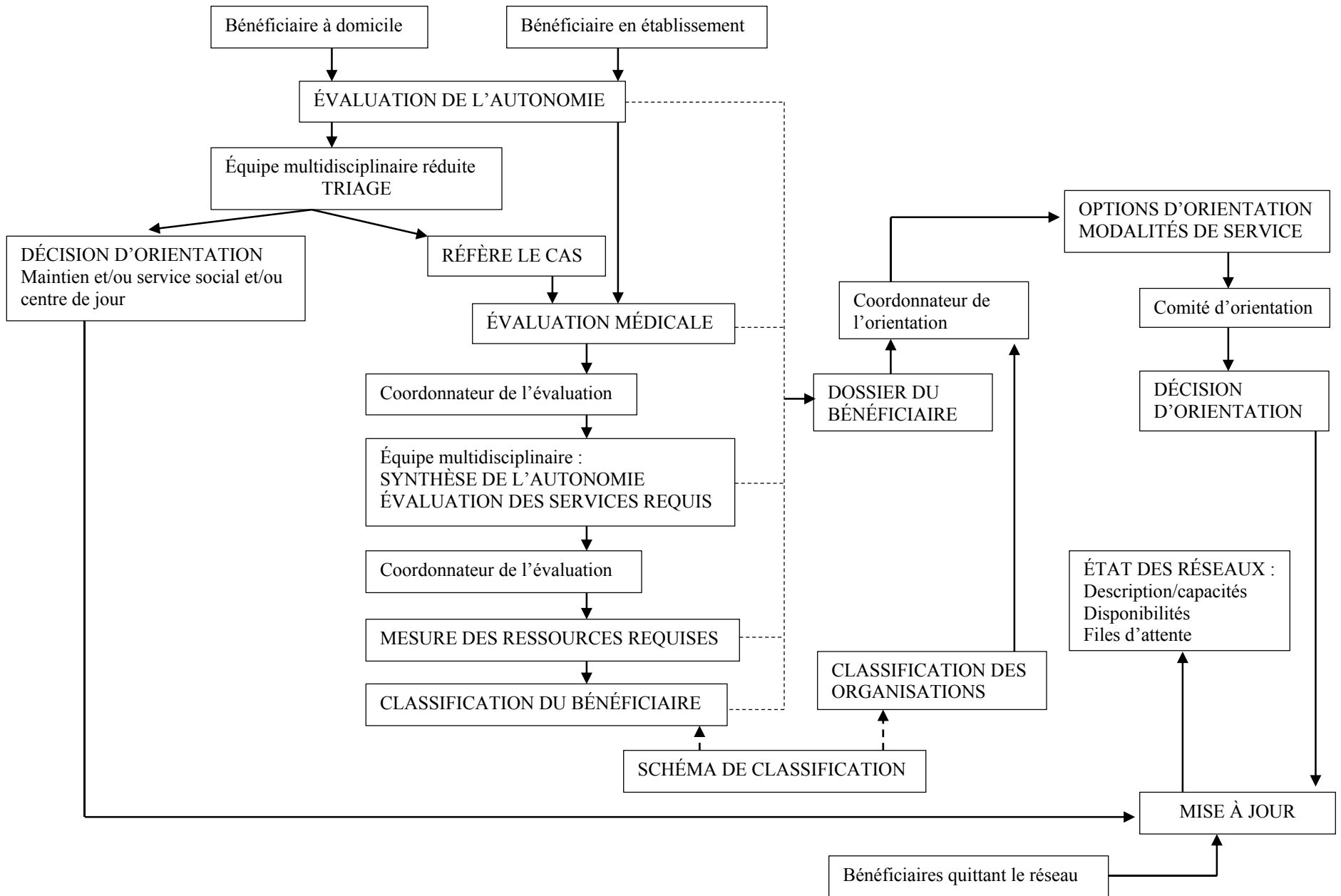
Enfin il est souhaitable que pour chaque cas de bénéficiaire soumis à un Comité d'orientation, on dresse un procès-verbal de la décision de ce Comité, plus particulièrement de la façon dont elle a été acquise. Ce procès-verbal, outre les données de base l'identifiant, pourrait comprendre les informations suivantes :

- vis-à-vis de chaque option d'orientation : avantages et désavantages de cette option selon le Comité et ordonnancements de cette option du point de vue du bénéficiaire et du point de vue des organisations

- décision d'orientation : explication de la conciliation des deux ordonnancements si nécessaire.

C'est en fait au niveau de ce procès-verbal que le Comité d'orientation devrait expliciter ce que nous avons appelé précédemment la "procédure de discussion structurée" en groupe (voir section 2.7) qui lui permet d'en arriver au choix d'UNE OPTION parmi celles identifiées par le coordonnateur de l'orientation. On se rappellera que cette procédure consiste à ordonner ces options du point de vue du bénéficiaire d'une part et du point de vue des organisations d'autre part, pour finalement opérer un choix qui réconcilie au mieux ces deux ordonnancements.

Figure 10 : Processus d'évaluation des besoins et d'orientation



Pour parvenir à ces ordonnancements, le Comité d'orientation fait intervenir les variables "de ressources requises" et "autres" que de ressources requises (voir section 2.6) qui ont été ignorées dans le processus de sélection des options d'orientation, par exemple :

- les préférences du bénéficiaire/de sa famille
- "sa résidence" actuelle
- l'urgence du cas
- les antécédents du bénéficiaire
- les critères d'équité
- la philosophie des soins des organisations
- la disponibilité des ressources... etc.

La figure 10 représente le processus d'évaluation/orientation proposé.

3.7 Procédures d'appel

Il est possible d'en appeler des décisions prises aux différents niveaux du système d'évaluation des besoins et d'orientation. Les mécanismes suivants sont intégrés dans le système :

- 1) Bénéficiaire en appel de la décision d'orientation vers les services de première ligne de l'équipe multidisciplinaire réduite.

Le bénéficiaire son(ses) représentant(s) insatisfait de la décision de l'équipe multidisciplinaire réduite en appelle au coordonnateur de l'évaluation des besoins qui peut procéder à l'évaluation complète des besoins du bénéficiaire et identifie ses options de placement. Le dossier est alors transmis au Comité local d'orientation.

2) Bénéficiaire en appel de la décision d'orientation du Comité local et/ou régional d'orientation

Le bénéficiaire insatisfait de la décision du Comité local et/ou régional d'orientation en appelle au coordonnateur régional des appels qui soumet le dossier au Comité régional d'appel. La décision de ce Comité est définitive.

3) Organisation en appel de la décision d'orientation du Comité local et/ou régional d'orientation

Idem (2)

4) Comité local d'orientation en appel de la décision d'orientation du Comité régional d'orientation

Idem (2)

Dans tous les cas d'appel, avant de procéder de façon formelle à la révision du cas, les personnes ou organisations concernées essayent de régler celui-ci à l'amiable. Le conseiller du bénéficiaire a ici un rôle essentiel à jouer dans les cas 1 et 2.

3.8 Évaluation de la procédure d'orientation

Le système d'information doit aussi comprendre un module d'évaluation de la procédure d'orientation. Idéalement celle-ci devrait être évaluée du point de vue de ses résultats, principalement en ce qui concerne "la santé" au sens large des bénéficiaires, y inclus leur satisfaction.

De telles mesures de résultats ne sont cependant en général accessibles que par le biais d'études expérimentales ou quasi-expérimentales, soigneusement planifiées et contrôlées. De telles études sont trop coûteuses pour être intégrées dans les opérations routinières du module d'évaluation d'un système d'information. Nous ne nous étendrons donc pas sur ce sujet ici pour nous tourner plutôt sur l'évaluation courante de l'orientation du point de vue de son processus tout en insistant sur le fait que l'évaluation du processus aussi riche d'enseignement qu'elle peut être ne constituera jamais qu'un succédané à l'évaluation des résultats qui seule peut permettre de tirer des conclusions non équivoques sur l'"utilité" de la procédure d'orientation proposée. Il est donc recommandé d'essayer de réserver certaines ressources pour l'évaluation intermittente de la procédure d'orientation du point de vue de ses résultats.

En ce qui concerne l'évaluation de l'orientation du point de vue de son processus, on peut assez facilement intégré au système d'information un module calculant toute une série d'indicateurs statistiques de façon courante et produisant, par exemple au mois, aux six mois et à l'année des tableaux rendant compte de la "performance" du système d'orientation. La table 6 donne une série d'exemples de tels indicateurs. On notera que ceux-ci selon ce qu'ils mesurent, peuvent être calculés globalement ou ventilés par exemple, par organisation.

Table 6 : Indicateurs statistiques pour l'évaluation de la procédure d'orientation

1. Délai entre demande de services et "admission"
 - 1.1 délai entre demande de services et décision d'orientation
 - 1.12 délai entre demande de services et fin de l'évaluation des besoins
 - 1.13 délai entre fin de l'évaluation des besoins et décision d'orientation
 - 1.2 délai entre décision d'orientation et "admission"

2. Écart entre ressources requises et ressources offertes

3. Taux de refus de service par le bénéficiaire = nombre de refus de services par le bénéficiaire/nombre total de demandes de services acceptées

4. Taux de refus de service par le réseau = nombre de refus de services par le réseau/nombre total de demandes de services formulées

5. Longueur moyenne des files d'attente

6. Nombre moyen de "places" disponibles

7. Taux d'"institutionnalisation" = nombre de bénéficiaires à domicile admis en établissement/nombre total de demandes de services de bénéficiaires à domicile acceptées.

8. Taux de transfert = nombre de bénéficiaires en établissement transférés/nombre total de demandes de réévaluation pour les bénéficiaires en établissement

9. Taux d'allègement de l'évaluation = nombre de bénéficiaires à domicile orientés par une équipe multidisciplinaire réduite/nombre total de demandes de services de bénéficiaires à domicile acceptées

10. Taux d'alourdissement de l'évaluation = nombre de bénéficiaires à domicile orientés "à domicile" par un comité d'orientation/nombre total de demandes de services de bénéficiaires à domicile acceptés par un comité d'orientation

Table 6 (suite) : Indicateurs statistiques pour l'évaluation de la procédure d'orientation

11. Taux de refus du comité d'orientation régional = nombre de bénéficiaires référés au Comité d'orientation régional et retournés à un Comité local/nombre total de bénéficiaires référés au Comité d'orientation régional
12. Taux d'appel des bénéficiaires (équipe multidisciplinaire réduite) = nombre de bénéficiaires en appel de la décision d'orientation d'une équipe multidisciplinaire réduite/nombre total de bénéficiaires orientés par une équipe multidisciplinaire réduite
13. Taux d'appel des bénéficiaires (comités d'orientation) = nombre de bénéficiaires en appel de la décision d'orientation d'un comité d'orientation/nombre total de bénéficiaires orientés par un comité d'orientation
14. Taux d'appel des organisations = nombre d'appels des organisations, de la décision d'un comité d'orientation/nombre total de bénéficiaires orientés vers ces organisations
15. Taux d'appel d'un comité local d'orientation = nombre d'appels d'un comité local d'orientation, de la décision du comité régional d'orientation/nombre total de bénéficiaires référés par le comité local au comité régional