

ADMINISTRATION

d'un RÉSEAU DE SERVICES

SOCIO-SANITAIRES

pour les PERSONNES AGÉES

C. TILQUIN*, R. PINEAULT**,
C. SICOTTE*** et L.-M. AUDETTE****

- * Ingénieur, Ph.D., professeur adjoint
- ** Médecin, Ph.D., professeur adjoint
- *** B. Administration, M. A. H., assistant de recherche
- **** B. Infirmière, M. B. A., attachée de recherche

Département d'Administration
de la Santé
Université de Montréal

I — Le problème

Le problème de la satisfaction des besoins sociaux et de santé des personnes âgées devient, avec le vieillissement de notre population, chaque année plus crucial. On peut le résumer, assez sommairement, à l'aide des questions suivantes :

1. Quels types de programmes, institutionnels et à domicile, sont nécessaires pour répondre adéquatement aux besoins en services prolongés de la tranche âgée de la population; quel est l'écart existant entre la gamme des programmes existants et la gamme des programmes "théoriquement" nécessaires ?
2. De combien de places (dans ce texte, nous faisons une différence entre placement et hébergement : on peut être placé dans un programme de soins à domicile comme la popote roulante) dans chacun des programmes aurons-nous besoin dans un an, deux ans, cinq ans, dix ans, . . . pour répondre aux besoins de la population des 65 ans et plus ?
3. Comment assurer le placement de chaque individu dans le programme adéquat, c'est-à-dire le programme le plus économique parmi tous ceux qui peuvent répondre à ses besoins ?
4. Comment "perpétuer" un placement initialement adéquat, c'est-à-dire faire en sorte que compte tenu de l'évolution de leur état, les individus continuent à recevoir des services en rapport avec leurs besoins ?

Cette recherche a été et est partiellement supportée par Santé et Bien-Etre Social Canada, projet de recherche 605-1344-45 et par Le Ministère des Affaires Sociales du Québec, contrat CT 97273.

Un programme de soins, qu'il soit institutionnel ou non, est un agrégat de ressources socio-sanitaires. D'un autre côté, chaque individu exprime, par l'intermédiaire d'un professionnel, des besoins de services auxquels correspondent des équivalents de ressources. Le problème soulevé dans la première question est celui de savoir si les agrégats de ressources, (c'est-à-dire les programmes) constitutifs du présent réseau de services prolongés dans chacune des régions socio-sanitaires du Québec, sont "taillés" et sont "en quantité suffisante" pour correspondre (de la manière de la plus économique possible tout en assurant des services de qualité) aux agrégats de profils de besoins de ressources des individus âgés de chacun de ces régions socio-sanitaires.

Cette question peut recevoir trois réponses : (a) les programmes sont adéquats quant au type et quant à la quantité; c'est très peu probable; (b) les programmes sont adéquats quant au type mais non quant à la quantité; c'est possible mais peu probable; (c) les programmes sont inadéquats quant au type et à la quantité; c'est à notre avis l'hypothèse la plus vraisemblable. De là procède l'idée que l'adéquation de l'offre à la demande des ressources passe par une refonte du réseau. Il existe, en théorie, une multitude d'alternatives à la gamme des programmes actuellement offerts. Pour pouvoir opérer cette refonte du réseau, il importe de savoir quels programmes théoriques sont réalisables et parmi ceux-là, lesquels mettre sur pied et quelle ampleur leur donner.

Cependant, étant donné l'évolution constante de la population âgée, ce serait faire preuve de courte vue que de rebâtir le réseau sur le seul moule des besoins d'aujourd'hui. Il faut plutôt essayer de prévoir ce que seront les besoins dans un avenir plus ou moins lointain et de choisir parmi l'ensemble des programmes réalisables, ceux qui répondront le mieux à nos besoins pendant les cinq, dix ou quinze prochaines années. S'il est, par exemple, possible à l'heure actuelle, que nous puissions encore nous offrir le "luxe" d'institutionnaliser une partie importante de la population ayant besoin de services prolongés, il est des plus probable que demain, compte tenu de la croissance de cette population et des coûts afférents à l'institutionnalisation, cette solution soit hors de nos moyens.

Pour répondre aux deux premières questions, on devrait donc examiner toutes les options théoriquement possibles en fait de programmes, déterminer parmi celles-ci, celles qui sont réalisables (économiquement, politiquement, socialement, ...), choisir enfin parmi ces dernières, celles-ci qui sont susceptibles de répondre au mieux aux besoins de la population âgée sur un horizon plus ou moins lointain. Ces options constitueront la gamme des programmes du réseau redessiné; il restera alors à préciser l'ampleur à donner à chacun des programmes de cette gamme dans chacune des régions socio-sanitaires du Québec, à court, moyen et long terme.

Il n'est cependant pas suffisant de disposer des bons programmes et à l'intérieur de chacun, d'un nombre adéquat de places. Encore faut-il être capable, dans ce réseau "idyllique" de placer le bon client à la bonne place. Une bonne procédure de placement est le corollaire nécessaire d'un réseau taillé à la mesure

des besoins d'une population. Un complet de bonne coupe pour un grand maigre "ne fera" jamais sur un petit gros. Dans un cas comme celui-là, on fait appel pour rien au maître tailleur.

Enfin, tout comme avec le temps l'habit doit changer parce que l'embonpoint guette ou le stress ronge, un placement hier adéquat peut être aujourd'hui un mauvais placement. A la procédure de certification du placement du client lors de son entrée dans le réseau, il convient, pour que les ressources continuent à être bien utilisées, d'adopter une stratégie de recertification du placement.

La thèse que nous soutenons dans cet article, est que, pour être en mesure de répondre correctement aux quatre besoins énoncés ci-dessus, les organismes responsables doivent disposer d'un instrument de base uniformisé pour toute la province. Cet instrument de base est un système de classification des clients selon le type des besoins en ressources socio-sanitaires. Cette thèse n'est pas neuve, ce qui l'est par contre, c'est la conception d'un tel système que nous allons développer ici.

II — Le système de classification par type

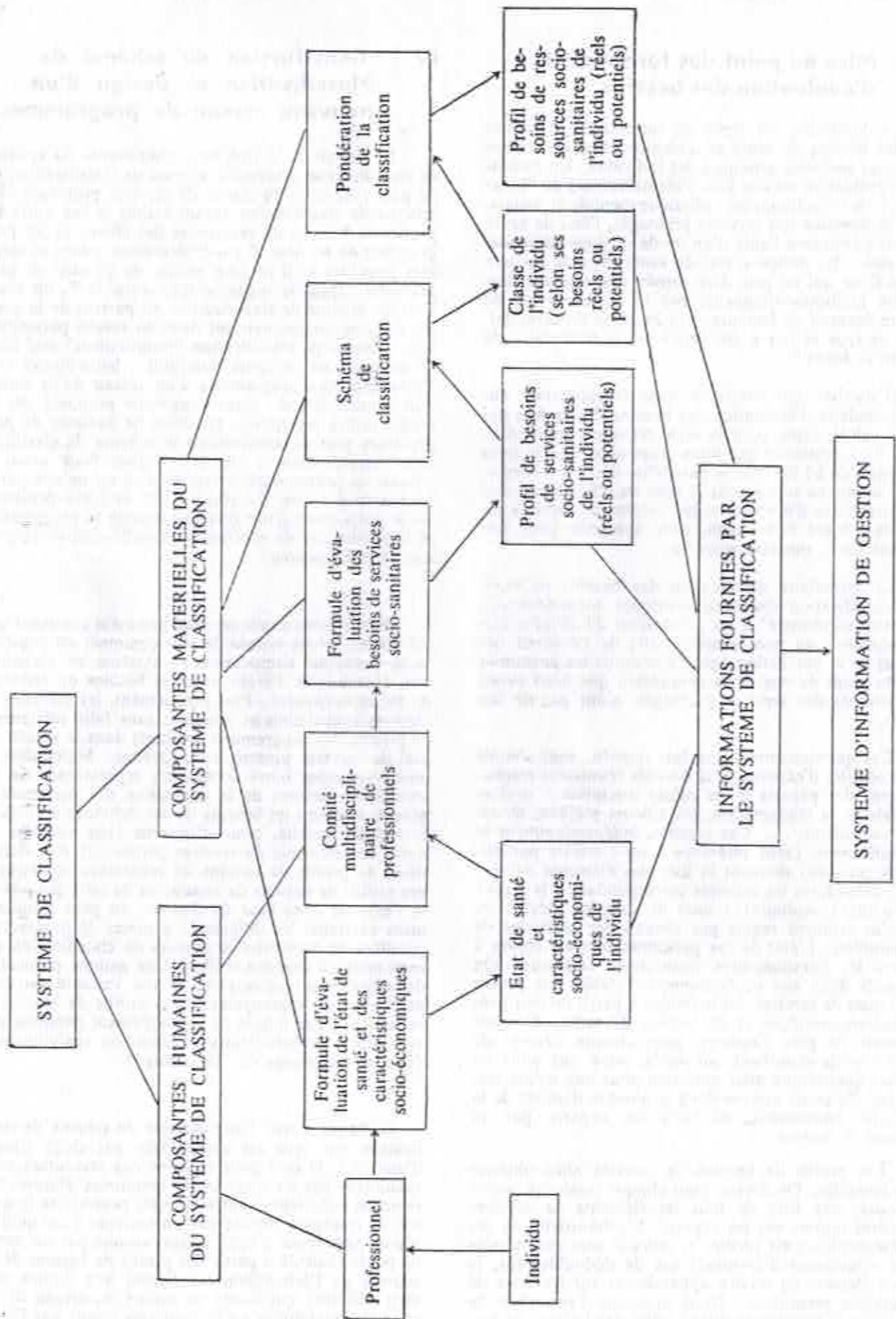
Le système de classification que nous proposons est composé des éléments suivants :

1. Un formulaire d'évaluation des besoins de santé des individus et d'identification de leurs caractéristiques socio-économiques. Le terme santé doit être entendu au sens large d'un état de bien-être physique, mental et social. Cette remarque est essentielle pour la bonne compréhension de ce texte. Le terme santé y sera toujours entendu dans ce sens large, dépassant le physique et le mental pour englober le social.

2. Un formulaire pondéré d'évaluation des besoins de services. Ce formulaire est structuré autour des ressources socio-sanitaires dans le domaine des soins prolongés : médecins, infirmières et auxiliaires, aides (infirmières ou familiales), réadaptation, counselling au sens large, popote roulante, homme à tout faire, etc... A chacune de ces ressources, correspond la liste exhaustive des éléments de services consommant cette ressource. De plus et ce point est essentiel, chacun de ces éléments de services est pondéré selon une mesure quelconque mais uniforme pour chaque ressource en terme du nombre d'unités de cette ressource qu'il consomme. Dès lors, "l'application" de ce formulaire à un client donné permet non seulement de mettre en évidence son profil de besoins de services (la liste des éléments de services dont il a besoin) mais aussi de déduire son profil de besoins de ressources (le nombre d'unités ou niveau de chacune des ressources dont il a besoin; ces quantités s'obtiennent par addition des poids des éléments de services).

3. Un schéma de classification établissant la correspondance entre profils de besoins de ressources des clients d'une part et programmes du réseau socio-sanitaire de services prolongés d'autre part.

Nous allons examiner la "faisabilité" d'un tel système de classification tout en étudiant l'apport eu égard aux questions posées en introduction de cet article.



SYSTEMES DE CLASSIFICATION ET D'INFORMATION

III — Mise au point des formulaires d'évaluation des besoins

La littérature est riche en formulaires d'évaluation des besoins de santé et d'identification des caractéristiques socio-économiques des individus. Un formulaire d'évaluation est une liste d'identificateurs de "bien-être" ou de "fonctionnalité" physique mentale et sociale. Dans le domaine des services prolongés, l'état de santé ne peut s'évaluer à l'aide d'un ou de quelques diagnostics précis. La notion d'état de santé dégradé est une notion floue qui ne peut être cernée que par une description multidimensionnelle, par la considération de tout un éventail de facteurs. Un exemple de formulaire de ce type et qui a été validé est le formulaire de Densen et Jones⁽¹⁾.

Il n'existe, par contre, à notre connaissance, aucun formulaire d'évaluation des besoins de services qui ait été validé, sinon pour la seule ressource soins infirmiers⁽²⁾. L'approche que nous proposons pour la mise au point d'un tel formulaire parallélise d'ailleurs étroitement l'approche suivie pour la mise au point de ce dernier formulaire d'évaluation des besoins de services infirmiers. Assez brièvement, cette approche peut être résumée de la manière suivante.

Le formulaire d'évaluation des besoins de santé et d'identification des caractéristiques socio-économiques est "administré" à un échantillon d'individus institutionnalisés ou non, représentatifs de l'éventail des besoins de la population âgée (y compris les personnes qui, du point de vue de la conception que nous avons actuellement des services prolongés, n'ont pas de besoins).

Ces questionnaires, une fois remplis, sont soumis à des comités d'experts. Ces comités réunissent respectivement des experts d'une même discipline : professionnels de la réadaptation, travailleurs sociaux, médecins, infirmières, ... Ces comités, *indépendamment et normativement* (sans référence à un contexte particulier de services) donnent la liste des éléments de services, procédures ou activités correspondant à la (aux) ressource(s) sanitaire(s) dont ils sont les spécialistes et qu'ils estiment requis par chacun des individus de l'échantillon. L'état de ces personnes leur est connu à travers les questionnaires mentionnés ci-dessus. On demande donc aux professionnels d'établir des profils de besoins de services des individus à partir de leur profil socio-économique et de besoins de santé. On leur demande de plus d'estimer, pour chaque élément de service qu'ils identifient, *un poids*, selon une unité de mesure quelconque mais uniforme pour une même ressource. Ce poids mesure donc le nombre d'unités de la ressource consommée, de l'avis des experts, par un élément de service.

Les profils de besoins de services ainsi obtenus sont compilés. On dresse, pour chaque ressource socio-sanitaire, une liste de tous les éléments de services pondérés fournis par les experts. L'exhaustivité de ces différentes listes est vérifiée et celles-ci sont confrontées pour solutionner d'éventuels cas de doublement, le même élément de service apparaissant sur les listes de différentes ressources. Nous appelons l'ensemble de ces listes, le formulaire d'évaluation des besoins de services.

IV — Construction du schéma de classification et design d'un nouveau réseau de programmes

Le design de la troisième composante du système de classification, à savoir le schéma de classification, va de pair avec celui du réseau de services prolongés. Le schéma de classification devant établir le lien entre les profils de besoins de ressources des clients et les programmes de services, il y a évidemment autant de schémas possibles qu'il ne peut exister de gammes de programmes. Dans la méthode traditionnelle⁽³⁾, on construit un schéma de classification, en partant de la gamme de programmes existant dans un réseau particulier. Ces schémas de classification "traditionnels" ont donc en commun un caractère descriptif : leurs classes correspondent aux programmes d'un réseau qu'ils acceptent comme donné. Dans l'approche proposée ici, on étudie toutes les options possibles de gammes de programmes tout en construisant le schéma de classification correspondant à chacune d'elles. Pour nous, la gamme de programmes existante n'en est qu'une parmi beaucoup d'autres. Le résultat net de notre démarche est la proposition d'une nouvelle gamme de programmes et la production du schéma de classification correspondant à cette gamme.

Nous allons expliquer succinctement comment ceci est réalisé. Nous venons de voir comment est construite la deuxième composante du système de classification (formulaire d'évaluation des besoins de services) de façon *normative*. Plus précisément, les éléments de services sont définis et pondérés sans faire référence à la gamme des programmes existants dans le réseau actuel de services prolongés au Québec. Maintenant, si nous reprenons notre échantillon représentatif de l'éventail des besoins de la population des personnes âgées et évaluons les besoins de ces individus à l'aide du formulaire précité, nous disposons (par addition des poids des éléments de services pertinents) d'un échantillon de profils de besoins de ressources représentatif des profils de besoins de ressources de cette population. À l'aide de cette base de donnée, on peut simultanément examiner les différentes gammes de programmes possibles et construire le schéma de classification correspondant à chacune d'elles. Une gamme particulière de programmes correspond à une variante ou mode particulier de regroupement des profils de besoins de ressources. Les modes de regroupement possibles peuvent être examinés heuristiquement ou analytiquement (par les techniques de "clustering").

Chaque classe d'une variante du schéma de classification par type est caractérisée par deux choses : d'une part, et ceci pour chacune des ressources socio-sanitaires, par les niveaux de ressources (limites inférieure et supérieure) entre lesquels peut varier la quantité de ressource requise par un individu pour qu'il soit réputé appartenir à cette classe; ensuite par un vecteur de poids (calculé à partir des profils de besoins de ressources de l'échantillon satisfaisant aux limites ci-dessus définies) qui donne un estimé du niveau de chacune des ressources socio-sanitaires requis par l'individu typique de cette classe.

Ce vecteur de poids est important, inféré des profils normatifs de besoins de ressources d'un échantillon d'individus représentatifs de l'éventail de besoins, il caractérise non seulement les besoins des individus d'un certain type, mais étant donné la correspondance biunivoque entre classes du système de classification et programmes de services, il caractérise aussi le mix de ressource qui devra être offert par un programme. Ainsi donc, le choix d'une gamme de programme résulte directement du choix opéré lors du regroupement des profils de besoins de ressources, en fait donc de la variante de schéma de classification choisie.

Il nous reste à répondre à la question comment choisir un schéma de classification et par le fait même une gamme type de programmes. Ce choix est fondé sur une base de données : un échantillon de profils de besoins de ressources. A partir de là, on travaille normativement. Ainsi, on tient compte, d'une part, des regroupements "naturels" des profils de besoins de ressources exhibés par les données échantillonnelles, et d'autre part, on fait passer ces regroupements naturels par le filtre d'une certaine conception de ce que doit être le réseau de programmes pour répondre aux besoins d'aujourd'hui et de demain.

V — Préviation des besoins

La construction du schéma de classification implique, comme nous venons de le voir, la caractérisation des programmes constitutifs du réseau. Il reste pour

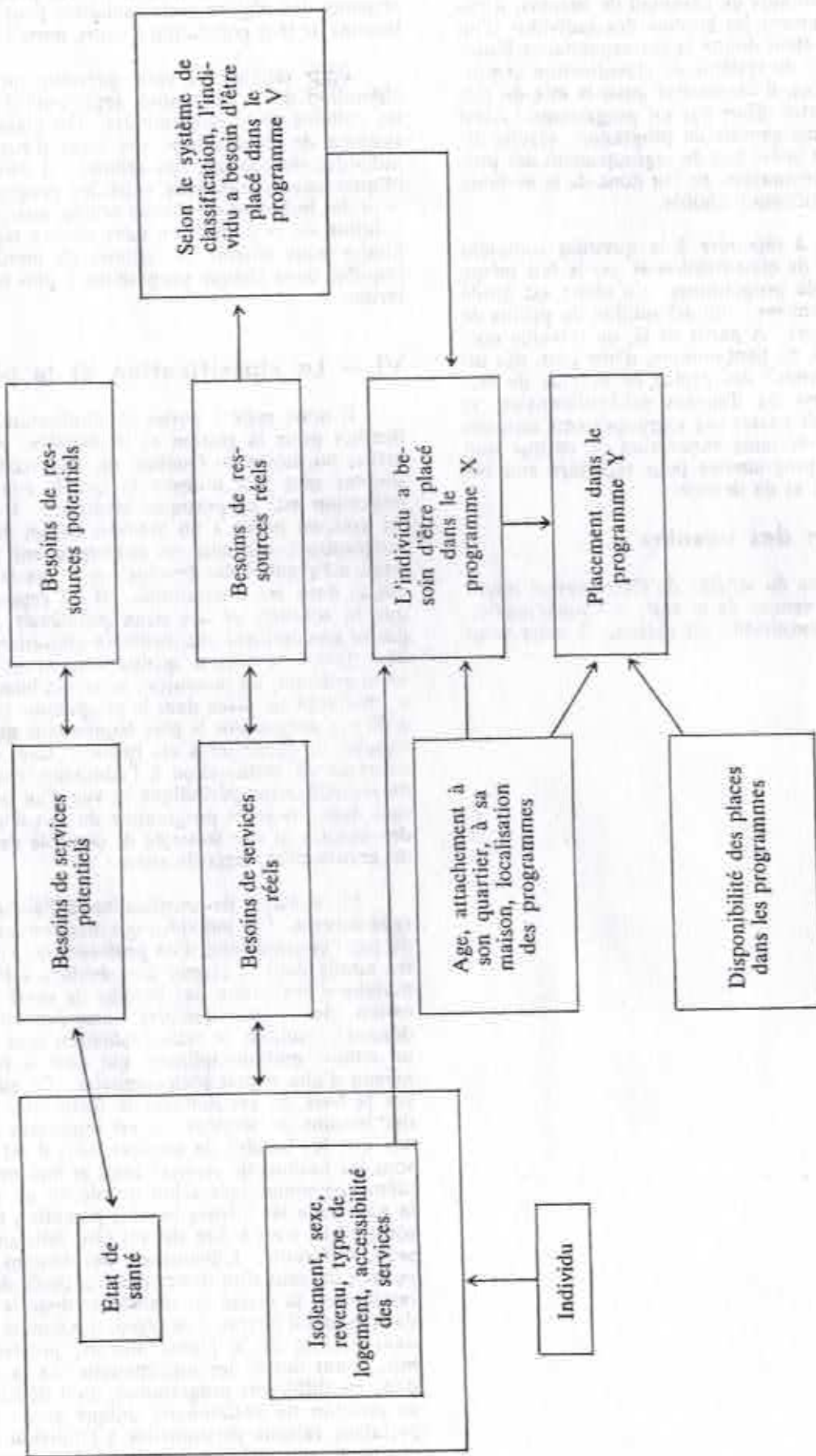
compléter cette démarche à préciser le nombre de places nécessaires dans chacun de ces programmes dans chacune des régions socio-sanitaires pour répondre aux besoins de leur population à court, moyen et long terme.

Pour répondre à cette question, on prend un échantillon de la population représentatif des différentes cellules socio-économiques. On classe à l'aide du système de classification qui vient d'être présenté les individus de chacune des cellules. Il suffit alors d'appliquer ces distributions entre les programmes du réseau des individus de chaque cellule, aux prévisions d'évolution de la population dans chaque région socio-sanitaire pour obtenir des estimés du nombre de places requises dans chaque programme à plus ou moins long terme.

VI — La classification et le placement

Il nous reste à parler de l'utilisation de la classification pour la gestion et le contrôle. A l'heure actuelle, du moins au Québec, on s'aperçoit que les ressources sont mal utilisées et que le contrôle de leur utilisation est, en pratique, inexistant. Cela est dû, il est vrai, en partie à un mauvais design du réseau (les programmes existants ne correspondent pas parfaitement à l'éventail des besoins) et à une insuffisance de places dans les programmes. Il est cependant évident que la solution de ces deux problèmes n'entraînerait pas nécessairement une meilleure utilisation des ressources. Dans un réseau qualitativement et quantitativement adéquat, les ressources ne seront bien utilisées que si l'individu est placé dans le programme optimal, c'est-à-dire le programme le plus économique qui soit encore capable de répondre à ses besoins. Ceci nécessite une stratégie de certification à l'admission dans le réseau, de recertification périodique en vue d'un transfert éventuel dans un autre programme du fait d'une évolution des besoins et une stratégie de contrôle des procédures de certification/recertification.

La stratégie de certification à l'admission est du type suivant. Les individus qui manifestent directement ou par l'intermédiaire d'un professionnel l'intention d'être admis dans le réseau sont évalués à l'aide du formulaire d'évaluation des besoins de santé et d'identification des caractéristiques socio-économiques. Les données résultant de cette évaluation sont transmises à un comité multidisciplinaire qui gère le placement au niveau d'une région socio-sanitaire. Ce comité remplit sur la base de ces données le formulaire d'évaluation des besoins de services. Il est important de mentionner que les besoins de services dont il est question ici sont les besoins de services réels et non potentiels. La même personne âgée selon qu'elle vit ou non avec de la parenté a les mêmes besoins potentiels mais des besoins réels, c'est-à-dire devant être satisfaits par le réseau, différents. L'évaluation des besoins de services permet de connaître directement le profil de besoins de ressources, la classe du malade et donc le programme dans lequel il devrait être placé. Le comité peut cependant décider de le placer ailleurs, provisoirement ou non, étant donné les informations sur la disponibilité dans les différents programmes, qu'il détient du fait de sa position de gestionnaire unique et/ou étant donné certaines raisons personnelles à l'individu : âge, attachement à un quartier, proximité de la parenté, . . .



PLACEMENT CONSECUTIF A LA PROCEDURE DE CLASSIFICATION
 (CERTIFICATION A L'ADMISSION ET RECERTIFICATION EN VUE DE TRANSFERT)

La stratégie de recertification périodique est plus délicate. Elle implique les mêmes opérations que la certification mais de plus, il faut décider des moments où ces recertifications auront lieu pour un individu donné. La recertification utilisée à tort et à travers peut s'avérer coûteuse et inefficace. Idéalement, l'initiative de la recertification doit être prise par un professionnel qui constate une évolution suffisamment marquée dans l'état d'un individu pour qu'il soit vraisemblable que la place de cet individu soit dans un programme autre que celui dans lequel il est présentement. La pratique enseignée que le médecin, est un mauvais moniteur d'un système de recertification. Dans ces conditions, on a deux solutions : soit confier cette tâche de monitoring à d'autres professionnels : infirmières ou travailleurs sociaux qui pourraient toujours prendre l'avis d'un médecin, soit instaurer une stratégie de recertification automatique périodique, par exemple, tous les mois pour les personnes qui reçoivent déjà des services du réseau et tous les ans pour celles qui n'en reçoivent pas.

La stratégie de contrôle, enfin, vise à s'assurer que les procédures de certification et recertification sont bien conduites : elle permet de vérifier si la classification ou la reclassification des individus est bien faite et de voir dans quelles mesures les informations fournies par les deux procédures sont utilisées pour le placement à l'admission ou à l'occasion d'un transfert. Le comité multidisciplinaire utilise en effet, comme nous l'avons vu, d'autres informations que la classe des individus pour les placer. Si l'utilisation de ce deuxième type d'information (disponibilité, données personnelles) entraîne systématiquement un placement non optimal, c'est-à-dire non en accord avec la classe du malade, il est important de savoir si ce comportement "déviant" est justifié et éventuellement de tirer les conséquences de cet état de chose pour la gestion et la planification des ressources.

VII — Conclusion

Le système de classification par type de besoins en services socio-sanitaires prolongés présenté ici peut être vu comme un processus d'agrégation de l'information de manière à ce que celle-ci devienne directement utile et utilisable pour l'administrateur. Ce processus parallélise étroitement le modèle du "medical care process" proposé par Donabedian : " dans une première phase, les profils de besoins de santé des individus sont agrégés pour former l'ensemble de leurs profils de besoins de services. Ensuite les profils de besoins de services sont agrégés pour former des profils de besoins de ressources. Ces derniers enfin sont agrégés pour former les classes auxquelles correspondent les programmes du réseau. Ainsi partant d'une information extrêmement disparate (on peut considérer qu'il existe autant de profils de besoins de santé qu'il n'existe d'individus susceptibles de recevoir les services du réseau), on en arrive à ramener cette information à une information extrêmement condensée, unidimensionnelle et par là même opérationnelle : la classe de l'individu. La manière systématique et détaillée selon laquelle cette procédure de "réduction" de l'information est opérée est, sinon une garantie de sa validité, du moins une garantie de ce qu'elle est valable; toute la procé-

sure peut être examinée par des experts, critiquée et éventuellement amendée en vue de produire un instrument de classification améliorée.

D'autre part, la méthode de construction d'un tel système de classification implique ou inclut une procédure de design du réseau en fonction de l'éventail de besoins d'une population. Cette procédure est flexible puisque normative; elle permet par exemple de mettre franchement l'accent sur les programmes de services domicile.

Le système de classification qui vient d'être présenté est en développement. Il est directement inspiré de systèmes de classification considérant seulement les ressources en soins infirmiers développés au Québec ces trois dernières années et actuellement en opération dans plusieurs hôpitaux de la région de Montréal.

VIII — Références

1. P.M. Densen et E. W. Jones : "The Patient Classification for Long-Term Care Developed by Four Research Groups in the United States". *Medical Care*, Vol. 4, No 5, Supplement, pp. 126-133, 1976.
2. C. Tilquin, L.-M. Audette, A. Simard, J. Carle-Labonté : "Projet PRN 76. Classification des clients selon le niveau de leurs besoins en ressources infirmières". Rapport de recherche, département d'administration de la santé, Université de Montréal, à paraître octobre 1977.
3. C. Tilquin et R. Pineault : "Un cadre conceptuel méthodologique et opérationnel pour la classification des individus selon le type de leurs besoins en ressources socio-sanitaires". Publication interne, Département d'administration de la santé, Université de Montréal, 1977.
4. A. Donabedian : "Aspects of Medical Care Administration. Specifying Requirements for Health Care". Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1973.