

ALLOCATION DES RESSOURCES SOCIO-SANITAIRES
AUX PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE: PERSPECTIVES
INDIVIDUELLE ET POPULATIONNELLE

Charles Tilquin*
Godelieve Vanderstraeten**

EQUIPE DE RECHERCHE OPERATIONNELLE EN SANTE (EROS)

*Département d'administration de la santé
Faculté de médecine
Université de Montréal

**Département de mathématiques appliquées
Ecole Polytechnique de Montréal

Adresse: C.P. 6128, Succursale "A"
Montréal, P. Qué.
CANADA H3C 3J7

Téléphone: (514) 343-5973

Conférence invitée au colloque "Une vie meilleure pour les personnes âgées"
organisé conjointement par l'International Epidemiology Association (IEA) et
l'Association des Epidémiologistes de Langue Française (ADELF), à Paris, les 13
et 14 novembre 1986

RESUME

Tenant un diagnostic des problèmes du réseau Québécois des soins et services prolongés pour les personnes en perte d'autonomie, nous avons d'abord identifié deux cercles vicieux importants, le premier aboutissant à l'institutionnalisation de personnes non éligibles à ce type de programme et le second à la détérioration fonctionnelle de personnes résidant encore chez elles. Nous avons formulé l'hypothèse que ces cercles vicieux ne pouvaient être brisés que par la mise en place de mécanismes assurant que le bon client reçoive les bons services au bon moment.

Pour atteindre un tel objectif, il convenait de planifier - programmer - budgeter le réseau en fonction des besoins et de contrôler l'utilisation de ses ressources. Nous présentons les résultats de la recherche-action que nous avons conduite en relation avec ces différentes facettes de la gestion du réseau. En particulier, nous présentons un système d'évaluation des besoins articulé autour des concepts d'autonomie-services-ressources-programmes, que nous avons mis au point pour soutenir les processus de contrôle de l'utilisation, de budgétisation, de programmation et de planification.

1. RESSOURCES DU RESEAU DE SOINS ET SERVICES PROLONGES POUR LES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE

Au Québec, le réseau des ressources institutionnelles pour les personnes en perte d'autonomie (90% d'entre elles ont 65 ans et +) comprend essentiellement deux sortes d'établissements: les centres d'accueil d'hébergement (CAH) et les centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD). On notera que par la loi, les centres hospitaliers de soins de courte durée (CHSCD) sont tenus de réserver 10% de leurs lits pour les soins de longue durée. En 1981, le Québec comptait 28,546 lits de CAH, c'est-à-dire 5/100 personnes âgées de 65 + ans (PA 65 +) et 13,559 lits de CHSLD (incluant les lits de soins de longue durée des CHSCD), c'est-à-dire 2.4/100 PA 65 +.

Historiquement, les vocations des CHSLD et des CAH ont été différentes. Les CAH avaient pour mission d'accueillir les personnes âgées de 65 ans et plus souffrant de problèmes d'isolement ou désorientées, mais autonomes ou presque, en ce qui concerne les activités de la vie de tous les jours. Aussi, les centres d'accueil ne disposaient que de peu de ressources soignantes puisque leurs pensionnaires, en principe, ne devaient pas requérir de soins et d'assistance, sinon légers, sur une base prolongée. La culture ambiante voulait que quiconque en exprimait le désir pouvait à 65 ans avoir accès à un lit de centre d'accueil.

L'accès au CHSLD était quant à lui réservé aux personnes de tout âge en perte d'autonomie requérant des quantités substantielles de soins et d'assistance. De ce fait, le personnel soignant et d'assistance était beaucoup plus nombreux dans les CHSLD dont le budget par lit était d'ailleurs approximativement le triple de celui des CAH. A la fin des années 1970, cependant, les choses ont changé, la vocation originale des centres d'accueil étant progressivement modifiée, comme nous le verrons plus loin.

Les soins et services à domicile sont dispensés par les Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC). Les ressources des programmes de soins et services à domicile sont très réduites en comparaison avec les ressources institutionnelles. En 1983, le budget des programmes de soins et services à domicile était de 65 millions de dollars pour le Québec, ce qui représente approximativement 1,600 postes équivalents plein temps. En comparaison le budget des CAH et CHSLD (incluant les lits de soins prolongés des CHSCD) dépassait les 1,000 millions de dollars. Mentionnons toutefois, que des centres de jour (une centaine) et hôpitaux de jour (une trentaine), compléments indispensables aux soins et services à domicile, sont en cours d'implantation.

Les ressources intermédiaires (logements partagés, logements surveillés, "granny flats", foyers de groupe et famille d'accueil) sont en phase de développement. On est encore loin d'avoir atteint un niveau acceptable de satisfaction des besoins.

Le tableau I illustre la répartition des ressources pour les personnes en perte d'autonomie entre les différents types de programmes au Québec en 1983-84.

TABLEAU I: Consommation des ressources socio-sanitaires
par les personnes en perte d'autonomie au Québec.
(estimation pour 1983-84)

	\$
Ressources institutionnelles	
Centres hospitaliers de soins de courte durée ⁽¹⁾ (patients en interne et en externe)	700 M
Centres hospitaliers de soins de longue durée, Centres d'accueil d'hébergement	850 M
Ressources intermédiaires	
Familles d'accueil ⁽²⁾	10 M
Autres	?
Ressources à domicile	
Soins et services à domicile	65 M
Centres de jour et hôpitaux de jour	?
Autres	
Médications ⁽³⁾ et services médicaux ⁽⁴⁾	275 M
Transports	7 M
Organisations bénévoles	5 M
TOTAL (5)	1900 M

- (1) Incluant 10% des lits de CHSCD (5,000 lits) convertis réglementairement en lits de soins de longue durée.
- (2) Environ 3,000 personnes âgées vivent en famille d'accueil. La somme de \$10M représente seulement les coûts de formation et d'évaluation de ces familles.
- (3) Au Québec, les médicaments sur ordonnance sont gratuits pour les personnes de 65 ans et plus.
- (4) Les médecins sont payés à l'acte (y compris les actes prestés en milieu hospitalier) par la Régie de l'Assurance Maladie selon un tarif négocié. Les soins médicaux sont gratuits pour toute la population et la facturation aux patients, en sus du tarif, est interdite.
- (5) Ceci correspond à \$3000/année par personne de 65 ans et plus, c'est-à-dire 30% du budget total des services socio-sanitaires alors que les personnes de 65 ans et plus représentent moins de 10% de la population du Québec.

2. LES CERCLES VICIEUX DE LA MAUVAISE UTILISATION DES RESSOURCES

Le vieillissement de la population accompagné d'une certaine désagrégation des réseaux naturels a engendré un accroissement considérable de la demande d'hébergement et d'hospitalisation prolongée. Le Ministère de la Santé et des Services Sociaux a réagi en construisant en un court laps de temps mais sans grande planification, un grand nombre de lits nouveaux. Aussi entre 1976 et 1981,

Le nombre de places en CAH s'est accru de 18.5% alors qu'il augmentait de 37% en CHSLD (incluant la transformation de 10% des lits de CHSCD en lits de soins de longue durée). Ceci n'a pas empêché les files d'attente de continuer à s'allonger aux portes des centres d'accueil. Cette pression soutenue a amené le Ministère de la Santé et des Services Sociaux à resserrer les critères d'admission en centre d'accueil. La vocation initiale de ceux-ci était de n'admettre que des personnes autonomes, ou au pire en légère perte d'autonomie, demandant leur admission à cause de l'environnement inadéquat dans lequel elles vivaient (taudis, danger, manque de services, problèmes d'accès, etc...) ou encore à cause de problèmes d'isolement, d'insécurité ou d'anxiété (cas de "protection"). Le Ministère de la Santé et des Services Sociaux décida de restreindre l'admission aux seules personnes souffrant d'une perte significative d'autonomie physique ou psychologique (cas de "soins"). Les mentalités cependant ne se modifient pas à coup de règlement. Aussi les personnes âgées autonomes ou quasi-autonomes ont-elles continué à requérir leur admission en centre d'accueil conformément au message véhiculé pendant des années selon lequel il s'agissait là d'un droit fondamental. Elles ont été aidées en cela par les professionnels de la santé et des services sociaux qui voyaient souvent là, la seule porte de sortie pour alléger leur "case-load" toujours plus lourd et se soustraire aux pressions dont ils faisaient l'objet de la part des personnes âgées, de leur famille ou d'autres professionnels.

L'accroissement du nombre de lits et la modification des critères d'admission en centre d'accueil ont pris place dans un contexte de récession (1976-1981). Aussi s'est-on trouvé dans la situation paradoxale où au moment même où on demandait aux centres d'accueil qu'ils alourdissent leur clientèle, on ne pouvait leur fournir les budgets nécessaires pour faire face à un tel alourdissement.

Les centres d'accueil n'ont en conséquence pas montré beaucoup de coopération dans l'application des directives d'alourdissement et dans les faits, ont continué à sélectionner dans leurs longues files d'attente, des personnes en perte légère d'autonomie. Cette tactique était perçue comme d'autant plus légitime que les personnes qu'ils avaient admises autonomes, cinq, dix ou quinze ans auparavant, manifestaient maintenant une perte d'autonomie plus ou moins grande et qu'ils ne pouvaient les transférer vers les CHSLD eux-mêmes engorgés. Ils ne voyaient donc pas comment ils auraient pu alourdir leur clientèle à l'admission alors que les ressources dont ils disposaient s'avéraient déjà à peine suffisantes pour faire face à l'alourdissement naturel de leur clientèle interne.

En fait, malgré les directives, l'admission en CAH de personnes autonomes ou presque continuait avec toutes ses implications pour l'avenir du système puisque les lits ainsi alloués l'étaient pour longtemps. Pendant ce temps là, les personnes les moins autonomes attendaient leur admission en se détériorant petit à petit. Elles se tournaient éventuellement vers les soins et services à domicile qui, eux-mêmes sous-développés, étaient rapidement à court de ressources, ces clients en étant de gros consommateurs. Non seulement les programmes de soins et services à domicile étaient-ils dans l'incapacité de prendre soins d'une certaine partie des moins autonomes, de plus ils ne répondaient pas (ou s'ils répondaient, c'était à un niveau insuffisant) aux demandes considérées comme moins prioritaires des presque-autonomes contribuant ainsi par leur inaction à la détérioration progressive de leur état.

La dynamique du système voulait donc qu'on ne pouvait espérer recevoir des soins et services à domicile qu'en cas de perte d'autonomie, et cela seulement s'il restait des ressources disponibles. Quand cela n'était pas le cas, le client qui ne pouvait plus rester à la maison sans soins et services, demandait son admission en CHSLD. Avec un peu de chance et de patience, il était éventuellement admis mais dans un état de détérioration suffisamment avancé pour que son potentiel de réadaptation soit singulièrement diminué. Et quand bien même, un potentiel résiduel significatif était-il toujours présent, bien souvent le CHSLD ne pouvait pas donner de services de réadaptation faute de ressources suffisantes pour le faire.

Quand le client, après s'être fait fermer la porte du centre d'accueil et avoir épuisé les ressources des programmes de soins et services à domicile, était finalement incapable d'obtenir son admission en CHSLD, il se tournait en dernier recours vers le CHSCD qui la plupart du temps compte tenu de la détérioration avancée de son état et de l'absence d'autre alternative, n'avait d'autre choix que de l'admettre. Ainsi dans certaines régions, jusque 80% des clients passaient d'abord par les CHSCD avant d'être admis en CAH ou CHSLD et les CHSCD qui selon les directives du Ministère devaient réserver 10% de leurs lits aux personnes âgées en perte d'autonomie, voyaient plus souvent 15, 20 ou 25% de ceux-ci bloqués par les personnes en attente d'hébergement en CAH ou d'hospitalisation prolongée en CHSLD.

En plus d'entraîner la mauvaise utilisation de ressources coûteuses, ce phénomène ne faisait qu'exacerber les problèmes du réseau de soins et services pour les personnes âgées. En effet, d'une part les CHSCD frustrés par cette situation et y voyant une menace à leur vocation, se refusait à donner à leurs pensionnaires provisoires autre chose que des soins strictement de garde. Il n'était pas question pour eux d'encourager l'utilisation du CHSCD comme tampon entre l'offre et la demande de soins prolongés. Le potentiel de réadaptation du client n'était donc pas plus exploité en CHSCD qu'il ne l'était à domicile, et quand celui-ci était finalement admis en CAH ou en CHSLD, il était en général trop tard pour tenter quoique ce soit. D'autre part, les CHSCD voyant leur capacité réduite par la présence des personnes âgées en attente d'admission en CAH et CHSLD essayaient d'utiliser de façon plus intensive leurs lits restants pour les soins de courte durée en réduisant les durées de séjour par le recours aux examens pré-admission mais aussi en renvoyant plus tôt les patients chez eux avec une prescription de soins et services posthospitaliers. Ces soins étaient demandés aux programmes de soins à domicile qui voyaient se rétrécir davantage les ressources déjà rares qu'ils pouvaient mettre à la disposition des personnes âgées en perte d'autonomie.

Cette brève description représente la perception qu'ont les auteurs de la dynamique du réseau de services socio-sanitaires pour les personnes âgées. Cette perception s'est forgée au gré de leurs nombreux contacts avec des professionnels et administrateurs oeuvrant dans ce réseau.

3. PROBLEMES DIAGNOSTIQUES ET HYPOTHESES DE SOLUTION

Cette analyse des phénomènes de dégradation des soins et services offerts aux personnes âgées nous a conduit à diagnostiquer les problèmes suivants:

3.1 Au niveau de la planification/programmation

Le réseau n'était ni planifié, ni programmé en fonction des besoins; on ignorait d'ailleurs l'ampleur et la nature de ceux-ci. Il était donc difficile de définir et circonscrire une gamme de programmes nécessaires et de spécifier le nombre de places requises dans chacun des programmes dans chaque région ou sous-région. Le développement de nouveaux types de programmes résultait plus d'une tendance à imiter ce qui paraissait rencontrer un certain succès à l'étranger que de l'analyse de leur pertinence et de leur nécessité dans le contexte québécois. L'accroissement des ressources dans les programmes institutionnels traditionnels répondait quant à lui plus à des impératifs politiques (promesses électorales) que rationnels. Ces investissements étaient par ailleurs réalisés sans que soit posée la question de la possibilité de les opérer par la suite avec un niveau de ressources satisfaisant. On ouvrait donc des lits sans se demander comment on les doterait en personnel.

3.2 Au niveau de la budgétisation

Etant donné l'incapacité du réseau de qualifier et quantifier les besoins auxquels ses programmes prétendaient répondre, les budgets qui pouvaient être obtenus du Ministère des Finances par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux dépendaient beaucoup plus des rapports de force au Conseil des Ministres que des niveaux de ressources nécessaires pour répondre aux besoins des clients. Les budgets évoluaient en fait bien plus en fonction des hauts et des bas de la récession que de l'accroissement et de l'alourdissement des clientèles. Ils étaient de plus attribués aux programmes sur la base de critères dont la fiabilité et la validité étaient douteuses. Ainsi la générosité relative des budgets dépendait beaucoup de la capacité et du pouvoir de négociation du responsable de chaque programme.

3.3 Au niveau du contrôle de l'utilisation des ressources

Au niveau de chaque région socio-sanitaire (le Québec en compte 10), le processus d'admission en CAH était centralisé en ce sens que toutes les demandes d'admission transitaient à travers le Centre de Services Sociaux (CSS). De plus, des travailleurs sociaux représentant le CSS, étaient membres du comité d'admission de chaque établissement. Il leur était cependant difficile de faire admettre un cas dont l'établissement ne voulait pas à cause de l'imprécision des **critères d'admission**. Ceux-ci étaient formulés en terme qualitatifs (profils bio-psycho-sociaux) ou basés sur des échelles peu fiables, non validées, en fin de compte peu crédibles. Ils se prêtaient à toutes les interprétations et manipulations. La situation n'aurait guère été différente s'il n'y avait pas eu de critères d'admission.

Dans une telle situation, l'intervenant social était très vulnérable aux pressions de la famille et du client, du médecin du CHSCD voulant libérer ses lits rapidement, du collègue intervenant social voulant alléger son "case-load". A toute fin pratique, l'admission ou le refus d'admission résultait plus d'un processus de négociation entre acteurs concernés que de critères rationnels d'utilisation des lits de CAH.

Les CSS n'avaient pas non plus intérêt à épurer les listes des clients en attente pour un lit de CAH puisque ces listes leur servaient de moyen de pression pour demander plus de lits. En réalité ces listes pouvaient contenir les noms de personnes déjà admises en CHSLD, ou décédées, ou encore qui avaient demandé leur admission en CAH en situation de crise mais qui, une fois réglé le problème qui avait déclenché la demande, ne voulaient plus être hébergées. De plus, le nom de chaque client apparaissait sur les listes d'attente de plusieurs CAH.

Par ailleurs, il n'existait aucune coordination des admissions en CHSLD et dans les programmes de soins et services à domicile et les critères d'admission à ces niveaux souffraient des mêmes déficiences que les critères des CAH. A toute fin pratique, on admettait qui on voulait bien admettre (1).

La problématique était similaire en ce qui concerne les congés/transferts des clients d'un programme à l'autre ou vers le domicile.

3.4 Au niveau de l'évaluation des besoins

Il n'existait pas d'outils/protocoles d'évaluation des besoins validés et standardisés. Chacun utilisait les outils qu'il voulait ou se limitait aux formulaires exigés par le Ministère qui étaient plus des fiches "administratives" de collecte de données, ou des certificats d'admissibilité que de véritables outils d'évaluation des besoins.

3.5 Hypothèses de solutions

L'analyse précédente nous a amené à formuler l'hypothèse que les ressources globalement disponibles étaient probablement suffisantes et qu'on pourrait résoudre la plupart des problèmes si on admettait le bon client dans le bon programme au bon moment. Pour atteindre cet objectif, il fallait donc successivement:

1. développer des outils/protocoles fiables et valides d'évaluation des besoins pour être capable de bien cerner qui était le client;
2. développer des critères d'admission fiables permettant de déterminer quel programme répondait le mieux au besoin du client;
3. coordonner les admissions pour permettre leur contrôle et pour les accélérer (admission au bon moment) tout en assurant une interprétation uniforme et neutre des besoins du client en regard des critères d'admission;
4. budgéter les programmes en fonction des besoins des clients qu'ils avaient pour mission d'accueillir;
5. s'arranger pour que le réseau de chaque région offre les programmes requis pour répondre aux besoins de ses clients, en terme de type, en terme de quantité de places et de moment où elles étaient offertes (planification-programmation en fonction des besoins).

Nous allons maintenant exposer ce qui a été réalisé en regard de chacun de ces cinq sous-objectifs.

4. L'EVALUATION DES BESOINS

4.1 Objectifs

Pour satisfaire aux exigences de la planification / programmation / budgétisation lorsqu'utilisé dans le cadre d'enquêtes sur les besoins d'une population particulière, le protocole d'évaluation des besoins devait:

- permettre de définir la variété des programmes, donc d'identifier tous les programmes différents requis pour répondre aux besoins de cette population;
- permettre de déterminer le nombre exact de places requises dans chaque programmes pour répondre aux besoins de cette population;
- permettre de déterminer les quantités de ressources humaines: médicales, paramédicales (infirmières, ergothérapeutes, travailleurs sociaux, physiothérapeutes) et non professionnelles requises par le client moyen de chaque programme.

Pour satisfaire aux exigences du contrôle de l'utilisation des ressources, lorsqu'utilisé pour évaluer les besoins d'un client particulier, le protocole d'évaluation des besoins devait:

- permettre de déterminer le programme requis par ce client tenant compte de l'aide pouvant lui être apportée par son réseau naturel;
- permettre de sélectionner l'(les)organisation(s) la(les) mieux à même de répondre aux besoins du client;
- permettre de mesurer l'écart entre le programme offert au client par l'(les) organisation(s) et le programme requis par celui-ci.

Etant donné toutes ces exigences, il apparaissait insuffisant de limiter le protocole à une évaluation traditionnelle des besoins, c'est-à-dire une évaluation des fonctions bio-psycho-sociales couplée à une évaluation médicale. Le protocole devait aussi permettre d'identifier les services élémentaires requis par le client et de mesurer les quantités de ressources (humaines) requises pour donner ces services afin de déboucher sur l'identification du programme requis par le client et sur celle de l'organisation pouvant lui offrir ce programme. Nous allons maintenant expliquer comment nous avons opérationnalisé cette évaluation à cinq paliers: du statut fonctionnel/médical, des services, des ressources humaines, du programme requis et de l'organisation d'accueil (2) (3) (4). Pour les bases théoriques d'un tel modèle, le lecteur se référera à Donabedian (5), Smallwood et al. (6) (7) et Tilquin (8).

4.2 L'évaluation fonctionnelle/médicale

Cette partie de l'évaluation a été articulée autour des concepts de maladie - déficiences - incapacités et désavantages tels que proposés par l'OMS.(9) L'évaluation médicale fait le focus sur les maladies/déficiences du client, l'évaluation fonctionnelle sur ses incapacités et handicaps.

Matériellement, l'évaluation médicale se présente sous la forme d'un formulaire de quatre pages rempli par le médecin du client et dont les principales rubriques sont les suivantes:

- maladies ou problèmes de santé
- pronostic
- situation actuelle
- évaluation sommaire de l'autonomie fonctionnelle (mobilité, communication, comportement, ...)
- données complémentaires (allergies, plaies, habitudes de vie)
- rapports pertinents d'examen complémentaires et de consultation
- interventions proposées

Le formulaire d'évaluation fonctionnelle compte une quinzaine de pages. Il est rempli à travers une entrevue ou une série d'entrevues avec le client par une infirmière, un travailleur social ou une ergothérapeute. L'information recueillie provient en majeure partie du client lui-même (sauf s'il est incapable de répondre), mais aussi d'un proche (s'il vit à domicile) ou d'un soignant qui le connaît bien (s'il est déjà en établissement: CHSCD, CHSLD, ou CAH). L'évaluateur est lui aussi appelé à fournir son opinion tout au long du questionnaire. Dans le cas où le client possède un réseau naturel (socio-familial), on vise aussi à évaluer les capacités de ce réseau à prendre en charge le client. L'information provient donc en général de trois sources et porte à la fois sur le client et son réseau naturel.

Le questionnaire d'évaluation fonctionnelle compte approximativement 300 points d'information. Ceux-ci sont regroupés sous un certain nombre de thèmes et sous-thèmes dont les principaux sont les suivants:

- identification et caractéristiques socio-démographiques
- raison et contexte de la demande
- capacité sensorielle, mobilité physique, autonomie fonctionnelle
- support familial et social, isolement, responsabilités
- habitudes de vie et conditions de logement
- utilisation des services médicaux et paramédicaux
- activités personnelles et communautaires
- conditions économiques/administration du budget
- opinion du bénéficiaire face à sa situation et à son orientation
- aptitudes intellectuelles, état affectif et comportement
- contexte de l'évaluation et exhaustivité des données
- synthèse des problèmes et recommandations

Depuis la création du système en 1976, quatre révisions des questionnaires ont été faites par des comités d'experts. La dernière version a été publiée en 1985.

4.3 La détermination des services requis

L'objectif de cette évaluation est d'identifier les éléments de services requis par le client dans les secteurs suivants:

- services de support: préparation des repas, entretien ménager et emplettes, surveillance (non professionnelle), socialisation (activités communautaires, visites d'amitié, etc.)
- soins infirmiers et d'assistance professionnels et non professionnels pour l'alimentation, l'hydratation, l'élimination, la respiration, l'hygiène, le confort, la mobilité, la communication, la médication, les autres traitements (pansements, etc...), la surveillance et le diagnostic;
- services de thérapie occupationnelle (ergothérapie) à orientation psychique aussi bien que physique;
- services de physiothérapie;
- services sociaux;
- services médicaux.

Des listes d'éléments de services ont été construites pour chacun de ces secteurs par des professionnels des différentes disciplines concernées en utilisant la méthode Delphi et la technique de groupe nominal (10) (11). Ensemble, les listes comprennent deux cent vingt éléments de services regroupés dans six formulaires correspondant aux six catégories de services énumérées ci-dessus. Ces listes sont actuellement en révision et leur nouvelle version sera disponible en 1987.

La tâche de détermination des services requis par un client est confiée à une équipe multidisciplinaire composée d'un médecin, d'un travailleur social, d'une infirmière, d'une physiothérapeute et d'une ergothérapeute. L'équipe ne rencontre pas le bénéficiaire; elle le voit à travers son évaluation fonctionnelle et son évaluation médicale. Après avoir analysé les besoins du client et être parvenu à un consensus relativement à ceux-ci, chacun des membres de l'équipe remplit le formulaire de détermination des services requis correspondant à sa spécialité. Ensuite, il y a mise en commun, élimination des duplications éventuelles, et identification d'éléments de services supplémentaires requis pour répondre aux besoins auxquels aucun des membres de l'équipe n'aurait prêté attention.

Les membres de l'équipe multidisciplinaire sont non seulement appelés à identifier quels services sont requis, ils doivent aussi spécifier la fréquence (par semaine en soins infirmiers, par mois en service social, ...etc.) à laquelle les éléments de services identifiés sont requis. Enfin, dans le cas des clients pouvant compter sur l'aide d'un réseau naturel, l'équipe multidisciplinaire identifie à la fois l'ensemble des services requis par le client (services bruts ou potentiels) et les services qui ne peuvent lui être offerts par son réseau naturel (services nets ou réels).

4.4 La mesure des ressources humaines requises

Les listes de services requis dont il a été question plus haut sont pondérées: une valeur a été attribuée à chaque élément de services pour rendre compte du temps requis pour offrir une fois l'élément de service. Dès lors, connaissant la fréquence à laquelle est requis un élément, on peut en multipliant celle-ci par la valeur de l'élément de service, obtenir le temps requis pour offrir cet élément durant la période sur laquelle est calculée la fréquence (an, mois, semaine ou jour). En additionnant tous les temps ainsi calculés en regard des éléments de services propres à une ressource (par exemple, ergothérapie), on peut obtenir la quantité de cette ressource requise par le client par unité de temps. On peut ainsi calculer les normes suivantes de ressources requises par le client:

- heures de soins infirmiers/jour
- heures de soins infirmiers professionnels/jour
- heures de soins infirmiers non professionnels/jour
- heures de soins infirmiers de respiration/jour
- heures de soins infirmiers d'alimentation et hydratation/jour
- heures de soins infirmiers d'élimination/jour, ...etc.
- heures d'ergothérapie/semaine
- heures d'ergothérapie - intervention physique/semaine
- heures d'ergothérapie - intervention psychique/semaine, ...etc.
- heures de physiothérapie/semaine
- heures de physiothérapie requérant installation spécialisée/semaine
- heures de physiothérapie ne requérant pas d'installation spécialisée/semaine
- heures de service social/mois
- heures de service social - intervention psychique/mois
- heures de service social - thérapie familiale/mois
- heures de service social - information/mois, ... etc.

Seules les ressources de support et les ressources médicales requises ne sont pas mesurées en terme de temps. Les ressources de support sont mesurées par le nombre de contacts requis hebdomadairement, mensuellement ou annuellement. Les ressources médicales sont mesurées en terme de visites requises mensuellement ou annuellement. Il est reconnu que la durée d'une visite médicale est très variable mais il était impensable de dresser une liste de temps pour la nomenclature des visites.

Une fois les services requis déterminés par l'équipe multidisciplinaire, la mesure des ressources requises obéit donc à des règles purement arithmétiques.

Dans le cas des clients pouvant compter sur l'aide d'un réseau naturel et donc, pour lesquels l'équipe multidisciplinaire identifie à la fois les services bruts et les services nets requis, on mesure respectivement les ressources brutes et les ressources nettes requises pour donner ces services.

Nous reviendrons plus loin sur les deux dernières étapes du protocole d'évaluation des besoins, à savoir l'identification du programme requis et celle de l'(des) organisation(s) qui offrira(ont) ce programme au client. Avant d'en arriver là, nous allons d'abord expliquer comment nous avons défini les programmes.

5. LA DEFINITION DES PROGRAMMES

Le protocole qui vient d'être décrit (3 premières phases) a été utilisé pour évaluer les besoins de deux échantillons de personnes âgées: l'un de 1,500 clients vivant en centre d'accueil (CAH) et en centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD); l'autre de 600 personnes âgées choisies au hasard à domicile. Les échantillons furent tirés en contrôlant le sexe et l'âge (trois groupes d'âge: 65-74; 75-84; 85 +) pour assurer une égale représentation à chacune de ces six cellules (par rapport à la population générale, les hommes et les plus âgés furent donc surreprésentés dans cet échantillon). Cette stratégie fut retenue parce qu'a priori la plus susceptible de mettre en évidence l'éventail des besoins, donc de conduire à l'identification de toute la gamme des programmes requis.

Ces opérations ont permis de constituer une banque de profils d'autonomie - services - ressources de 2,100 personnes âgées.

Les 2,100 profils de ressources ont été analysés en utilisant les techniques de classification automatique ou "clustering" (logiciel CLUSTAN) (12) et d'analyse statistique en composantes principales. Ces analyses ont conduit à l'identification de quatre (4) variables de ressources discriminantes (parmi les 39 variables qui constituent le profil de ressources du client - une liste partielle de ces variables a été donnée en 4.3), c'est-à-dire permettant de circonscrire des groupes homogènes individuellement quant à leurs membres mais hétérogènes entre eux (minimisation de la variance "within" - maximisation de la variance "between").

Les résultats de cette analyse furent soumis à un comité d'experts pour être exprimés en termes simples de façon à pouvoir les utiliser de façon courante pour classer les clients. Ces experts ont identifié quatre niveaux pour la première variable, surveillance non professionnelle, trois niveaux pour la deuxième, organisation matérielle, huit niveaux pour la troisième, soins infirmiers et quatre niveaux pour la dernière variable, réadaptation. Variables et niveaux se définissent comme suit:

Surveillance non professionnelle (SURV)

Il s'agit de la surveillance d'un tiers (non professionnel) dont fait l'objet la personne âgée pour sa sécurité ou celle des autres. (Il ne s'agit pas de l'observation systématique de l'infirmière, du médecin ou d'un autre professionnel).

Cette variable peut prendre quatre (4) valeurs:

<u>Niveaux</u>	<u>Interprétation</u>
0	Surveillance non requise
1	Surveillance requise pendant quelques périodes durant la semaine (gardiennage)
2	Surveillance constante ou quasi-constante requise
3	Surveillance constante ou quasi-constante requise pour des personnes présentant de graves problèmes de comportement

Organisation matérielle (ORMAT)

Il s'agit de l'aide pour la préparation des repas, les emplettes et l'entretien ménager routinier.

Cette variable peut prendre trois (3) valeurs:

<u>Niveaux</u>	<u>Interprétation</u>
0	Organisation matérielle non requise
1	Organisation matérielle requise mais seulement pour les emplettes, l'entretien ménager (et éventuellement la préparation des repas mais seulement une ou deux fois/semaine)
2	Préparation des repas requise trois fois ou plus par semaine.

Soins infirmiers totaux: professionnels et non professionnels (SIT)

Cette variable rend compte du temps des soins infirmiers professionnels et non professionnels (directs et indirects) de respiration, alimentation et hydratation, élimination, hygiène, confort, mobilisation, communication, traitement et diagnostic requis par le client.

Les temps sont exprimés en heures soins/24 heures.

<u>Niveaux</u>	<u>Interprétation</u>
0	$x = 0$ heures soins/24 heures
1	$0 < x \leq 0.625$
2	$0.625 < x \leq 1.375$
3	$1.375 < x \leq 2.125$
4	$2.125 < x \leq 2.875$
5	$2.875 < x \leq 3.625$
6	$3.625 < x \leq 4.375$
7	$4.375 < x$

Réadaptation (READ)

Cette variable rend compte des services de physiothérapie et d'ergothérapie requis par le client.

<u>Niveaux</u>	<u>Interprétation</u>
0	Ni physio, ni ergo requis
1	Ergo requis; physio non requis
2	Ergo non requis; physio requis
3	Ergo et physio requis

Il existerait ainsi théoriquement autant de groupes distincts de clients qu'il existe de combinaisons des niveaux de ces variables, à savoir:

$$4 \times 3 \times 8 \times 4 = 384.$$

Certaines de ces combinaisons sont cependant impossibles (i.e. ORMAT = 0, SIT = 7 par exemple) et certaines sont si rares (i.e.: très peu de clients y correspondent) qu'il est nécessaire de les regrouper pour des raisons strictement opérationnelles. Des experts ont été appelés à opérer ces regroupements.

On en est ainsi arrivé à identifier seulement 37 groupes ou classes parmi les 384 possibles. La figure 1 les représente sous la forme d'un arbre de décision. Chaque branche de l'arbre correspond à une classe dont le numéro apparaît dans le noeud terminal de la branche.

Les classes ainsi construites sont les programmes qui sont susceptibles d'être requis par les clients du système de soins et services pour les personnes âgées et donc que devrait offrir ce système. Chaque programme regroupe des bénéficiaires très semblables quant à leur besoin de ressources humaines en surveillance, organisation matérielle, soins infirmiers et réadaptation. On a aussi vérifié que les profils d'autonomie des bénéficiaires étaient voisins à l'intérieur d'une même classe et sensiblement différents d'une classe à l'autre.

6. LE CONTROLE DE L'UTILISATION DES RESSOURCES

Par contrôle de l'utilisation des ressources, on entend ici essentiellement la certification des admissions et la recertification du séjour dans un programme. La certification et la recertification, on l'a dit plus haut, n'existaient pratiquement pas au Québec du fait de l'inexistence de protocoles d'évaluation valides, de critères d'admission et d'une coordination effective des admissions et des transferts. Les solutions suivantes ont été apportées à ce problème.

6.1 Coordination des admissions

Un comité unique contrôle au niveau de chacune des 32 sous-régions du Québec, toutes les admissions et transferts dans les programmes institutionnels et intermédiaires. Il est informé de toutes les admissions aux programmes à domicile et peut également imposer l'admission d'un client dans ces programmes. Ce comité est formé de représentants de chacune des organisations, y compris les organisations offrant des programmes à domicile. Les premiers comités d'admission ont été implantés en 1980-81 dans trois sous-régions de la ville de Québec. L'implantation dans les 32 sous-régions du Québec sera terminée vers la fin de 1986.

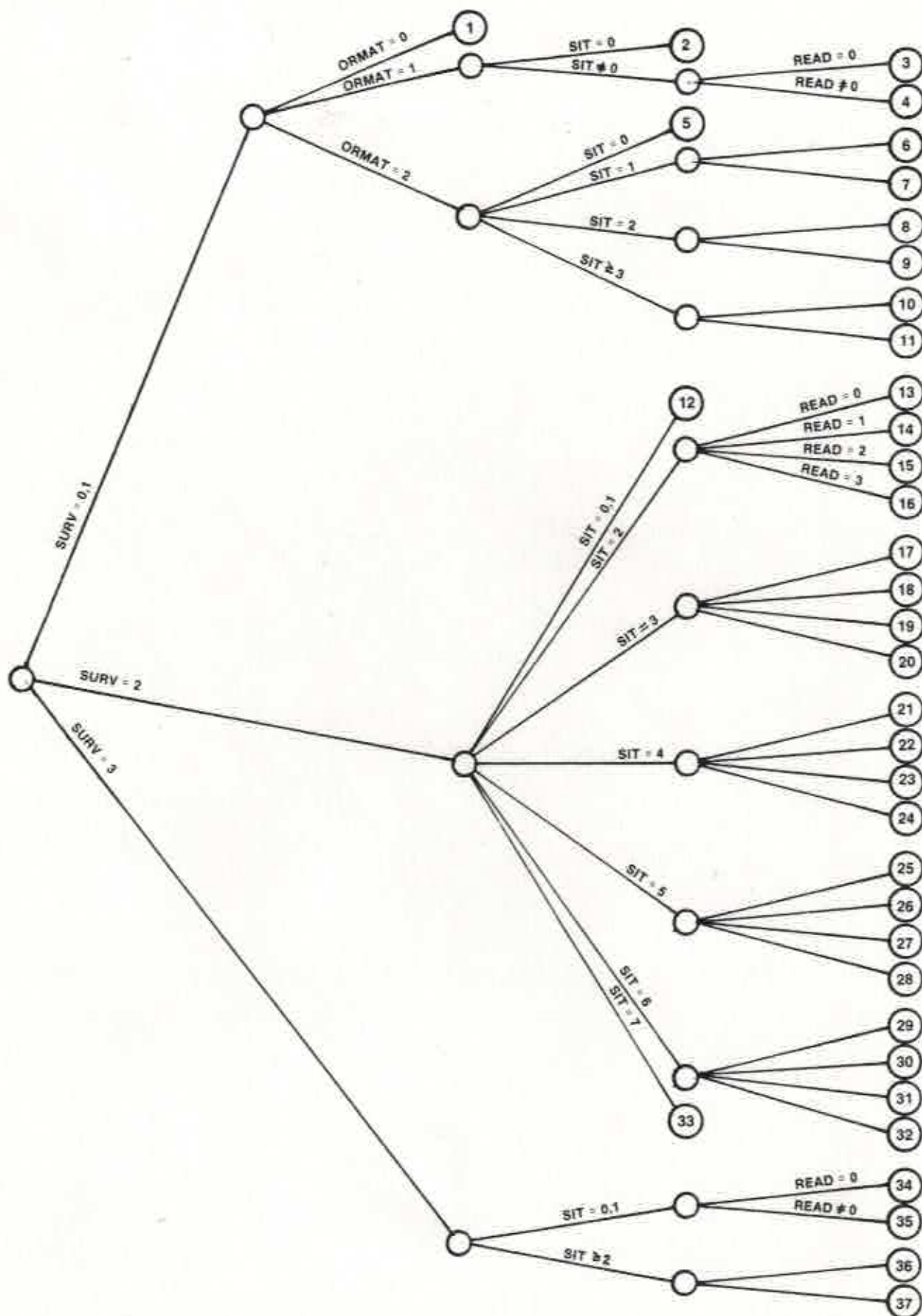


Figure 1: Schéma de classification des programmes.

6.2 Critères d'admission

Les critères d'admission doivent spécifier quelle organisation (institutionnelle, intermédiaire, de soins et services à domicile) offre quel programme. On aurait pu résoudre ce problème de façon globale pour le Québec et spécifier par exemple que les centres d'accueil d'hébergement (CAH) devaient offrir les programmes de 12 à 18 (parmi les 37 programmes précités - voir section 5.). Cette solution théorique présentait d'importants problèmes pratiques du fait de l'existence de grandes disparités régionales ou sous-régionales: certaines régions sont, par exemple, riches en lits de CAH et pauvres en lits de CHSP et inversement.

On a plutôt préféré laisser à chaque sous-région le soin d'établir ses propres critères d'admission, donc de définir quels programmes offre chacune de ses organisations. Certaines grandes orientations peuvent cependant être formulées au niveau régional ou provincial. Dans un tel cas, elles doivent nécessairement impliquer, dans le cas où il existe des disparités sous-régionales ou régionales, des mécanismes de prêt de ressources entre sous-régions ou régions ou encore la reconnaissance de la vocation régionale ou provinciale de certaines organisations.

6.3 Evaluation des besoins

Le protocole d'évaluation des besoins présenté en section 4 est appliqué à toutes les personnes qui demandent des soins ou services prolongés.

6.4 Certification et recertification

Compte tenu de ce qui vient d'être dit, la certification des admissions fonctionne de la manière suivante: le client à domicile demandeur de service fait l'objet d'une préévaluation de ses besoins par téléphone. Il est éventuellement refusé ou référé ailleurs. Sinon, une infirmière, un travailleur social ou un autre professionnel se rend au domicile pour l'évaluation de l'autonomie du client.

Sur cette base, une équipe multidisciplinaire de l'organisation de maintien à domicile détermine s'il y a présomption d'hébergement ou d'hospitalisation prolongée. Si non, elle détermine les services requis par le client et les alloue en conséquence. Si oui, elle demande à un médecin (si possible celui du client) de procéder à l'évaluation médicale du client. Elle achemine alors le dossier du client (évaluation de l'autonomie et évaluation médicale) à la personne en charge de la coordination du processus de certification des admissions et transferts (appelée le coordonnateur de l'orientation) au niveau de la sous-région.

Le coordonnateur de l'orientation soumet le dossier à l'équipe multidisciplinaire de la sous-région qui détermine les services (bruts et nets) requis par le client. Si l'équipe multidisciplinaire juge le dossier d'évaluation incomplet, elle peut, avant de procéder, demander des données d'autonomie et médicales complémentaires ou éventuellement, si le cas n'est pas "clair", (par exemple, si la nécessité de surveillance non professionnelle ou de réadaptation

n'est pas évidente, c'est-à-dire s'il est impossible de classifier le client selon l'une ou l'autre des variables permettant de déterminer le programme requis), elle peut demander que le client soit évalué dans une unité d'évaluation (d'un centre de jour, d'un hôpital de jour ou d'un CHSLD).

Sur la base des services reconnus par l'équipe multidisciplinaire, le coordonnateur de l'orientation fait procéder à la mesure des ressources requises (brutes et nettes) par le client et identifie respectivement les programmes requis par celui-ci en terme de besoins bruts et en terme de besoins nets.

Il achemine alors le dossier complet du client (évaluation de l'autonomie, évaluation médicale, profil des services requis, profil des ressources requises, programme(s) requis) au comité d'admission. Celui-ci dispose par ailleurs des critères d'admission qu'il a lui-même formulé pour chacune des organisations dont il contrôle l'admission (CHSLD, CAH, foyers de groupe, famille d'accueil, soins et services à domicile), et de données sur la disponibilité des places dans chacune de ces organisations. Il intègre l'ensemble de ces éléments d'information pour prendre sa décision.

Dans un tel système, la décision finale concernant l'orientation d'un client est prise par le comité d'admission. Ce dernier tient cependant compte des préférences exprimées par le client lors de son évaluation, dans la mesure où les ressources sont disponibles et les principes d'équité respectés. En dernier ressort, le client peut toujours décider de ne pas se prévaloir des services proposés par le comité d'admission.

En ce qui concerne la recertification, elle est entreprise à l'initiative du client qui demande de changer de programme, ou le plus souvent, à l'initiative d'un professionnel qui est en charge du client (médecin, infirmière, travailleur social) et estime que le client, du fait de l'évolution de ses besoins d'aide, n'est plus à la "bonne place". Une fois mis en branle, le processus de recertification se déroule sensiblement de la même façon que le processus de certification décrit plus haut, à quelques aménagements près destinés à le rendre plus "léger".

7. PROGRAMMATION ET PLANIFICATION

7.1 Introduction

La programmation vise à établir, dans chaque entité géographique (dans notre cas la sous-région), à un moment donné, la meilleure adéquation possible compte tenu des ressources globalement disponibles dans les organisations, entre d'une part, les places requises dans chacun des programmes pour répondre aux besoins de la population de cette entité et d'autre part, les places offertes dans chacun des programmes.

L'adéquation parfaite n'est jamais atteinte car elle supposerait une planification parfaite. La planification vise quant à elle, à ce que soient développées, en temps et lieu, les ressources humaines et matérielles qui rendront possible une programmation adéquate.

Le planificateur tente donc d'une part de prédire l'évolution des besoins d'une population sur un horizon plus ou moins long (cinq à dix ans par exemple) et d'autre part de mettre en oeuvre les moyens pour que tout au long de cette période, il y ait congruence entre offre et demande, en d'autres termes pour que les besoins soient satisfaits.

La tâche du planificateur est d'autant plus ardue que la situation initiale à partir de laquelle il planifie en est une de déséquilibre entre offre et demande. C'est le cas dans le secteur qui nous concerne: situation de surabondance de ressources institutionnelles et de pénurie de ressources intermédiaires et à domicile. Nous allons maintenant voir ce qui a pu être fait et comment, et ce qu'il reste à faire.

Nous avons parlé en section 5 de l'évaluation des besoins d'un échantillon aléatoire stratifié de 1,500 clients hébergés ou hospitalisés dans 17 CAH et 21 CHSLD choisis par le Ministère, comme représentatifs du réseau. Pour effectuer ce choix le Ministère a retenu des critères comme le nombre de lits, le milieu (rural ou urbain) et le caractère public ou privé. Cette évaluation a contribué à identifier la gamme des programmes nécessaires (voir 5). Elle a aussi fourni un ensemble d'informations qui, extrapolées au niveau du Québec, ont été utiles pour la planification/programmation.

7.2 Ressources disponibles versus ressources requises. Implications au niveau de la planification de la main-d'oeuvre et de l'allocation des ressources

L'analyse de l'échantillon a permis de tracer le portrait du client moyen des CAH et des CHSLD en terme des quantités de ressources requises (tableau II). On voit que le client moyen de CHSLD requiert plus de surveillance que celui de CAH; que les deux clientèles sont relativement semblables en terme des services d'organisation matérielle dont elles auraient besoin si elles résidaient à domicile. La clientèle CHSLD est exactement deux fois plus lourde en soins infirmiers que celle des CAH. Il en va de même pour l'ergothérapie. En ce qui concerne la physiothérapie, la différence est moins importante alors que les besoins des deux clientèles sont les mêmes en service social. La différence enfin est peu importante en ce qui concerne les soins médicaux. Le tableau II montre également que 99% des clients de CAH et CHSLD requièrent des services médicaux et d'organisation matérielle, 95% requièrent certains soins infirmiers, 72% un certain niveau de surveillance, 34% de la physiothérapie, 32% de l'ergothérapie et 26% des services sociaux.

La même étude montre également (tableau III) que le ratio professionnel/non professionnel devrait être plus élevé en CAH ($25/75 = 1/3$) qu'en CHSLD ($20/80 = 1/4$). C'est qu'en fait, le client du CHSLD, s'il est deux fois plus lourd que celui de CAH, demande proportionnellement plus de soins de base et moins de soins techniques. En effet, en CHSLD, 86% du temps est pris pour les soins de base alors qu'en CAH, ce pourcentage tombe à 78% et le temps dédié à la communication et aux soins techniques est plus élevé.

Ce constat est contraire à toutes les idées couramment véhiculées dans le milieu, ainsi qu'à la situation actuelle du Québec où les CHSLD disposent d'une quantité importante de ressources en soins infirmiers professionnels alors que les CAH en sont presque totalement dépourvus. Pourtant, ces résultats ont été confirmés par des études subséquentes sur d'autres échantillons de clientèle, avec les mêmes outils d'évaluation mais avec d'autres équipes multidisciplinaires.

TABLEAU II: CLIENT MOYEN CAH ET CHSLD EN TERME DE
QUANTITES NETTES DE RESSOURCES REQUISES

Ressource	Niveau moyen		% des clients requérant la ressource
	CAH	CHSLD	
1) Surveillance (non professionnelle) (a)	12.7	20	72%
2) Organisation matérielle (b)	976	1105	99%
3) Soins infirmiers totaux (c)	1.33	2.68	95%
4) Physiothérapie (d)	0.7	1.0	34%
5) Ergothérapie (d)	0.5	0.9	32%
6) Service social (f)	0.9	0.9	26%
7) Services médicaux (g)	9.3	11.4	99%
8) (3) + (4) + (5) + (6) (c)	1.53	2.98	-

(a) heures de surveillance/24 heures

(b) contacts/an y compris la préparation des repas qui au maximum vaut $3 \times 365 = 1095$ contacts/an

(c) heures soins/24 heures

(d) heures soins/semaine

(f) heures de service/mois

(g) visites/an

Les heures apparaissant dans ce tableau sont les heures nettes de soins et services. Ne sont pas pris en compte les temps des tâches administratives, d'entretien et les déplacements, ni les temps non productifs, ni les avantages sociaux.

TABLEAU III: Distributions des soins infirmiers requis par client/jour en CAH et CHSLD, (1) par catégorie de personnel, (2) par type d'activités.

	CAH		CHSLD	
	Heures	%	Heures	%
Soins infirmiers professionnels	0.33	25%	0.52	20%
Soins infirmiers non professionnels	1.00	75%	2.16	80%
Soins infirmiers de base (hygiène, confort, alimentation, élimination)	1.03	78%	2.30	86%
Soins infirmiers de communication	0.15	11%	0.21	8%
Soins infirmiers techniques (médicaments, traitements, respiration, diagnostic)	0.15	11%	0.17	6%

Au moment de la collecte des données (1980), les ressources paramédicales étaient 2.4 fois plus nombreuses en CHSLD qu'en CAH: 3.99 contre 1.66 heures rémunérées par client/jour (tableau IV) (13) alors que l'étude montre que les ressources requises devraient être seulement 1.7 fois plus élevées en CHSLD qu'en CAH: 4.497 contre 2.666 heures rémunérées par client/jour. En d'autres termes, Les ressources humaines ne sont pas réparties équitablement entre CHSLD et CAH.

Pour ce qui a trait aux soins infirmiers, l'écart entre les ressources disponibles et requises était de 25.3% en CAH et 2% en CHSLD. Pour chaque client/jour, il y a un besoin additionnel de 0.562 heures rémunérées en CAH alors que celui-ci n'est que de 0.08 en CHSLD. Cette différence compte pour une bonne part dans la répartition inéquitable mentionnée plus haut.

En physiothérapie et ergothérapie, les ressources requises sont du même ordre de grandeur dans les deux types d'institution, par contre, dans la réalité, ces ressources sont totalement inexistantes en CAH (écart de 100%) et beaucoup trop rares en CHSLD (écarts de 71.7 et 87.6%). Il y a également un manque important de ressources en service social, 96.6% en CHSLD et 71.1% en CAH.

En CAH, la manque de ressources infirmières représente 56% (0.562/1.005) du manque total de ressource alors que ce pourcentage n'est que de 16% en CHSLD.

Les données des CAH et CHSLD ont été combinées en tenant compte du nombre relatif de clients dans les deux types d'institution en 1980: 62% en CAH pour 38% en CHSLD. Les résultats, donnés en dernière section du tableau IV, montrent que pour combler un écart relativement petit (13%) en soins infirmiers, il faudrait payer autant (0.38 heure par client/jour) que pour combler l'ensemble des écarts (environ 90%) en physio, ergo et service social (0.44 heure par client/jour).

Ces conclusions appelaient donc un développement des ressources humaines avec comme priorités, d'une part les CAH et d'autre part, les ressources en physio, ergo et service social. Le Ministère de la Santé et des Services Sociaux réussit à débloquer en 1984-85, les fonds nécessaires pour combler 60% des écarts de 0.817 heure par client/jour détectés en 1980-81. Les CAH ont reçu la presque totalité de ces fonds, par contre, à cause du manque de main-d'oeuvre en service social et en réadaptation, ces fonds ont été utilisés essentiellement pour réduire l'écart le moins grand, celui en soins infirmiers.

7.3 Placement inadéquat et chevauchement des clientèles. Implications pour la planification stratégique.

L'étude a également permis de vérifier si les programmes requis et le nombre de places requis dans ces programmes étaient disponibles et si les ressources étaient bien utilisées.

TABLEAU IV: Ecart entre ressources requises et disponibles.

	Moyenne des heures rémunérées (*) par client/jour		Ecart	
	requises	disponibles	%	heures/client/jour
1) CAH				
Soins infirmiers	2.222	1.66	25.3	0.562
Physiothérapie	0.207	-	100.0	0.207
Ergothérapie	0.199	-	100.0	0.199
Service social	0.038	0.0013	96.6	0.037
				<u>0.443</u>
Total	2.666	1.6613	37.7	1.005
2) CHSLD				
Soins infirmiers	3.957	3.88	2.0	0.080
Physiothérapie	0.251	0.071	71.7	0.180
Ergothérapie	0.251	0.031	87.6	0.220
Service social	0.038	0.011	71.1	0.027
				<u>0.427</u>
Total	4.497	3.993	11.2	0.504
3) CAH + CHSLD				
Soins infirmiers	2.88	2.50	13.2	0.380
Physiothérapie	0.224	0.027	87.9	0.197
Ergothérapie	0.219	0.012	94.5	0.207
Service social	0.038	0.005	86.8	0.033
				<u>0.437</u>
Total	3.361	2.544	24.3	0.817

(*) L'évaluation des besoins permet de mesurer le nombre d'heures nettes de soins. Pour calculer le nombre d'heures à rémunérer pour dispenser ces soins, il faut tenir compte également des temps requis par les tâches administratives, d'entretien et les déplacements, des pauses-café et des avantages sociaux. Ainsi, pour les soins infirmiers, la formule utilisée pour calculer les heures rémunérées (y) à partir du nombre d'heures de soins nettes (z) est:

$$y = (z + 0.4) \times 1.075 \times 1.195$$

où 0.4 est la norme fixée par un comité d'experts pour les tâches administratives, d'entretien et les déplacements; 1.075 est le facteur multiplicatif correspondant aux pauses-café; 1.195 est le facteur multiplicatif utilisé par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux en 1979-80 pour les avantages sociaux.

Des formules du même type sont utilisées pour la physiothérapie, l'ergothérapie et les services sociaux (13).

De l'avis des experts, les personnes requérant les niveau 0 ou 1 en soins infirmiers, quelque soit leur niveau en réadaptation, en surveillance et en organisation matérielle ne requerraient pas un programme institutionnel, ni les personnes requérant le niveau 2 en soins infirmiers si elles ne requièrent pas de surveillance. Etant donné que ces deux catégories de personnes correspondent à 62% des lits de CAH et 38% des lits de CHSLD, ceci revient à dire que 34% des personnes en institution au Québec ne requerraient pas ce type de programme.

Pour vérifier la validité prédictive de ces critères, on a demandé aux équipes multidisciplinaires qui déterminaient les services requis par les clients des CHSLD et des CAH d'identifier (pour un sous-échantillon de 473 clients) ceux qui auraient pu être pris en charge par des programmes intermédiaires ou à domicile. Les équipes multidisciplinaires sont arrivées à la conclusion que 14.66% des clients des CHSLD et 34.7% des CAH n'avaient pas leur place en institution, confirmant ainsi les critères dans 83% des cas. En d'autres termes, le pourcentage de faux positifs et faux négatifs n'était que de 17% ce qui permet de conclure que les critères proposés pourraient être utilisés comme instrument de filtrage. Enfin une autre étude conduite indépendamment par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux est arrivée elle aussi aux mêmes conclusions quant aux pourcentages d'institutionnalisation inappropriée.

En grande majorité, ces personnes sont pourtant dans les institutions pour y rester. Cependant le contrôle de l'utilisation des ressources (cfr. section 6) garantit en principe, qu'à l'avenir, des clients ayant le même profil ne seront plus admis en CAH ou CHSLD. Or ces clients occupent actuellement 13,000 places en CAH ou CHSLD (13). Il s'agissait dès lors de vérifier si des personnes actuellement à domicile avaient besoin de ces lits. Une seconde enquête conduite à domicile auprès d'un échantillon aléatoire stratifié de 600 personnes âgées a permis de conclure que 3.1% de celles-ci requéraient des soins qui justifiaient leur admission en CAH ou CHSLD mais que seulement 0.4% d'entre elles nécessitaient une telle admission, la famille pouvant prendre soins des 2.7% restant. Au niveau du Québec ce 0.4% représente une demande d'environ 2,200 lits, bien loin des 13,000 lits mal utilisés. Une troisième enquête (14) conduite auprès d'un échantillon de 100 personnes âgées ayant formulé une demande d'hébergement en CAH a abouti à la conclusion que seulement 7% de ces personnes requéraient une telle mesure. Ce chiffre doit être interprété avec précaution car l'échantillon était petit mais il est bien en deçà du chiffre précédant de 2,200, puisque compte tenu de l'ampleur des listes d'attente, il correspond à une demande d'environ 600 lits pour l'ensemble du Québec de la part de bénéficiaires actuellement en liste d'attente et éligibles.

Ces études ont donc démontré qu'on avait actuellement trop de lits de CAH et CHSLD et que, même en tenant compte du vieillissement de la population, les lits actuels seraient en nombre suffisant au moins pour les quinze années à venir pour autant que des mesures soient prises pour améliorer la fonctionnalité des lieux et des équipements dans certains établissements vétustes ou mal conçus qui peuvent difficilement, à l'heure actuelle, admettre des clientèles éligibles au sens des nouveaux critères d'admission.

Par ailleurs, étant donné la quasi inexistence des ressources intermédiaires et le sous-développement des soins et services à domicile, il apparaissait impossible, du moins à court terme de désinstitutionnaliser un pourcentage significatif des 13,000 clients non éligibles des CAH et CHSLD.

Ceux-ci avaient malgré tout des besoins importants et ne pouvaient être jetés à la rue sans support. Cinq ans plus tard, la mise en place d'un tel support se fait toujours attendre; à cause du déficit de la province de Québec, le développement a été freiné dans tous les secteurs, y compris celui qui nous occupe. Le principal impact de cette étude fut donc de donner au Ministère de la Santé et des Services Sociaux une justification rationnelle pour arrêter toute création de lits. Cette politique fut appliquée avec beaucoup de rigueur comme en témoignage l'annulation de projets, préalablement approuvés, d'implantation de nouveaux lits. Malheureusement l'argent ainsi économisé n'a pas servi au développement des ressources intermédiaires et des soins et services à domicile.

Enfin, une autre question importante à laquelle l'opération d'évaluation des 1,500 clients des CAH et CHSLD voulait répondre était celle de la spécificité des clientèles respectives de ces deux types d'établissements. L'enquête a certes permis de montrer que le client moyen du CHSLD est plus lourd que celui du CAH (tableau II) mais elle a aussi mis en évidence l'extrême variété des clientèles des deux types d'établissements et leur importante intersection. Le tableau V illustre cette non spécificité sur la base de deux des variables qui ont servi à définir les programmes: SIT (soins infirmiers totaux) et READ (réadaptation). Pour chaque cellule, le tableau fournit le % des clients des CAH et le % des clients de CHSLD appartenant à cette cellule, ainsi qu'un indicateur d'intersection des clientèles. Cet indicateur est noté et calculé comme suit:

si % CAH > % CHSLD alors indicateur $x = \% \text{ CAH} / \% \text{ CHSLD}$

si % CHSLD > % CAH alors indicateur $x = \% \text{ CHSLD} / \% \text{ CAH}$

Plus x ou x est voisin de 1 dans une cellule, plus la population de cette cellule est divisée entre les CAH et les CHSLD. Comme on peut le voir dans le tableau V, l'intersection est particulièrement importante pour les niveaux de soins infirmiers 2, 3 et 4. On pourrait supposer que ces clientèles, bien que semblables en terme de quantité de soins, différent quant au type de soins infirmiers requis. Après vérification, cette hypothèse s'avéra non fondée.

L'intégration des réseaux CAH et CHSLD en un réseau unique fut recommandée au Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Celui-ci se rallia à l'argument de la similitude des clientèles d'autant plus aisément que le nouveau système d'admission, assurant que seuls les patients lourds seraient admis en CAH, laissait supposer pour l'avenir, une augmentation de cette similitude. Des groupes de pression réussirent à arrêter la fusion des réseaux des CAH et CHSLD. Cette réussite, toutefois, ne fut que partielle, dans la mesure où, comme nous le verrons plus loin, ces deux réseaux partagent maintenant la même enveloppe budgétaire.

Toutes ces données ont permis de repenser la planification et la programmation du réseau institutionnel de soins et services prolongés pour les personnes âgées. La tâche est cependant loin d'être terminée et son succès dépendra d'une part de l'existence d'un certain courage politique (pour résister aux pressions tendant au développement des ressources institutionnelles au dépend des ressources intermédiaires et à domicile) et de la capacité du réseau d'utiliser les masses considérables de données produites par le système de contrôle de l'utilisation des ressources (certification et recertification) qui a été mis en place. Actuellement, malheureusement, aucun système d'information cohérent n'a été conçu et implanté pour tirer parti de ces données pour la planification et la programmation.

TABLEAU V: NON SPECIFICITE DES CLIENTELES CAH ET CHSLD

% CAH % CHSLD Indicateur d'intersection	READ= 0	1	2	3	TOTAL
SIT=0,1	23.9 3.9 <u>6.1</u>	4.0 1.0 <u>4.0</u>	5.9 1.0 <u>5.9</u>	1.9 0.4 <u>4.75</u>	35.6 6.4 <u>5.6</u>
2	14.2 4.0 <u>3.5</u>	5.2 2.3 <u>2.3</u>	5.1 3.9 <u>1.3</u>	2.7 3.4 <u>1.3</u>	27.1 13.6 <u>2.0</u>
3	5.5 4.3 <u>1.3</u>	3.1 2.5 <u>1.2</u>	1.9 3.4 <u>1.8</u>	2.5 4.2 <u>1.7</u>	13.0 14.3 <u>1.1</u>
4	2.7 4.2 <u>1.6</u>	1.2 1.8 <u>1.5</u>	0.9 1.7 <u>1.9</u>	2.4 7.0 <u>2.9</u>	7.2 14.7 <u>2.0</u>
5	3.5 6.8 <u>1.9</u>	0.9 2.6 <u>2.9</u>	0.8 2.9 <u>3.6</u>	1.1 5.2 <u>4.7</u>	6.3 17.4 <u>2.8</u>
6	3.6 11.0 <u>3.0</u>	0.7 2.3 <u>3.3</u>	0.7 2.2 <u>3.1</u>	1.2 3.0 <u>2.5</u>	6.1 18.6 <u>3.0</u>
7	2.8 9.1 <u>3.2</u>	0.1 0.8 <u>8.0</u>	1.3 3.4 <u>2.6</u>	0.4 1.8 <u>4.5</u>	4.7 15.1 <u>3.2</u>
TOTAL	56.1 43.2 <u>1.3</u>	15.2 13.4 <u>1.1</u>	16.6 18.4 <u>1.1</u>	12.1 24.9 <u>2.1</u>	100.00 100.00

8. BUDGETISATION

Comme on vient de le voir, les résultats des enquêtes ont montré une mauvaise utilisation des ressources existantes et la non existence de ressources nécessaires. Dans un tel contexte, la budgétisation des organisations en fonction des clientèles qu'elles devraient recevoir en vertu des nouveaux critères d'admission s'apparenterait à un exercice théorique et potentiellement aussi néfaste (tant du point de vue de la qualité des services que de celui de l'économie des ressources) que la pratique "historique" qui consistait à budgéter les organisations à partir d'un prix de journée fixe ou presque pour chaque type de programme (par exemple \$40./jr. en CAH et \$120./jr. en CHSLD).

Dans le contexte actuel, la seule solution possible apparaît être de budgeter les organisations en fonction de la lourdeur réelle de leur clientèle. On a donc entrepris de mesurer, à l'aide d'une procédure d'évaluation allégée (mais congruante avec celle présentée en section 4), le niveau des soins infirmiers professionnels et non professionnels requis par l'ensemble de plus de 40,000 clients des CAH et des CHSLD du Québec pour l'année fiscale 1985-86. La procédure d'évaluation sera étendue plus tard, d'une part aux ressources intermédiaires et à domicile et d'autre part, au service social, à la physio et à l'ergo. Dans un premier temps, on s'est contenté de mesurer les niveaux de soins infirmiers car comme on l'a vu précédemment ceux-ci rendent compte de 87% (1.33/1.53 heures - voir tableau II) des heures de soins requises en CAH et de 90% (2.68/2.98) en CHSLD.

Le tableau VI donne un aperçu synthétique des résultats par région socio-sanitaire et type d'établissement pour les 20,280 clients des premiers 286 établissements qui ont été évalués. Ceux-ci y sont classés selon la lourdeur en soins infirmiers (heures soins/jour) de leur client moyen. Ainsi par exemple, dans la région 4, on trouve 9 CAH comptant au total 563 clients dont le client moyen requiert entre 1.5 et 2.0 heures soins/jour. La dernière colonne de chiffre du tableau donne aussi la lourdeur moyenne du client des CAH et des CHSLD de chaque région ainsi que le nombre de clients sur lequel a été calculé cette moyenne.

Le tableau met en évidence les grandes variations de lourdeur inter-établissements aussi bien CAH que CHSLD et l'intersection déjà mentionnée des clientèles des deux types d'établissements. Nous ne possédons pas de données nous permettant de construire un tableau similaire regardant les budgets disponibles dans ces mêmes établissements. Les données parcellaires dont nous disposons indiquent cependant qu'il n'y a que peu de relation entre heures soins budgetées et requises.

Le processus de réaménagement des budgets en fonction de la lourdeur réelle des clients est actuellement en cours depuis un an. La réévaluation des clientèles pour l'année fiscale 1986-87 est en cours. Le processus de réévaluation périodique est destiné à être repris dans le futur au moins une fois par an et les budgets seront alloués aux établissements en conséquence.

9. RÉSISTANCE AU CHANGEMENT

9.1 Contrôle de l'utilisation des ressources

L'implantation du nouveau processus et de la nouvelle structure de contrôle de l'utilisation des ressources a été longue et difficile. Commencée en 1980, elle se terminera seulement en 1986. Les premières implantations dans trois régions l'ont été à l'initiative de celles-ci et non du Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Ce n'est qu'à la suite de ces implantations et compte tenu des évaluations (informelles) positives qui en furent faites que le Ministère exigea en 1984 qu'un système unique de contrôle de l'utilisation soit implanté dans chacune des 32 sous-régions du Québec. Le Ministère recommanda en outre que le système utilisé soit celui présenté dans ce papier. Cette recommandation

TABLEAU VI: NOMBRE D'ETABLISSEMENTS ET NOMBRE TOTAL DE CLIENTS
DANS LES DIFFÉRENTS INTERVALLES D'HEURES-SOINS/JOUR
PAR REGION ET TYPE

Région	Type	1 » 0.5	0.5 » 1.0	1.0 » 1.5	1.5 » 2.0	2.0 » 2.5	2.5 » 3.0	3.0 » 3.5	3.5 » 4.0	4.0 » +	hr.soins /jour (nb. clients)
1	CAH	6	4	3							1.2 (954)
	CHSLD	1		1	3	6	3	1			2.6 (649)
2	CAH	3	13	3							0.8 (909)
	CHSLD				3	1	4				2.2 (609)
3	CAH	1	13	11	4	1					1.7 (2036)
	CHSLD				1	4	9				2.8 (1048)
4	CAH	2	4	9	4						1.6 (1149)
	CHSLD					3	6	1			3.3 (595)
5	CAH	4	20	18	6	2					1.6 (4077)
	CHSLD				1	8	4	2	1		3.1 (1406)
6	CAH	2	8	17	14	2	1				1.9 (3648)
	CHSLD			1	1	8	5	6			3.0 (1463)
7	CAH		6	5	1						1.6 (982)
	CHSLD			1		3	4				2.9 (514)
8	CAH	5	2								0.8 (251)
TOTAL	CAH	3	33	60	63	29	5	1			(14006)
	CHSLD	1		6	7	36	31	10	1		(6274)
	TOUS	3	34	60	69	36	41	32	10	1	(20280)

équivalait à exiger le choix du système ici décrit puisque d'une part le Ministère ne s'engageait à défrayer les coûts d'utilisation que de ce seul système, et que d'autre part, les règlements dont la nouvelle loi était assortie prévoyaient une structure et un processus de contrôle de l'utilisation qui étaient exactement ceux du système proposé. Par ailleurs, aucun autre système alors disponible ne rencontrait ces exigences. Aussi, les unes après les autres, les régions ont-elles retenu le système, la dernière à se prononcer l'ayant fait en 1986 après une longue bataille.

Les principales résistances à l'implantation du système sont venues en ce qui concerne les organisations professionnelles, des travailleurs sociaux et des médecins; en ce qui concerne les institutions, des centres de services sociaux. Au départ cependant, on peut affirmer que toutes les organisations manifestèrent plus ou moins de réticences à l'implantation du système parce qu'elles perdaient, au profit d'un comité sous-régional d'admission, leur privilège de décider quels clients elles admettaient et lesquels elles refusaient. En fait, les seules organisations qui ont supporté l'implantation du système dès le départ, sont les Conseils de la Santé et des Services Sociaux qui sont des structures régionales de planification, programmation/coordination et concertation. Sans leur appui continu et déterminé, le système n'aurait jamais été implanté.

Officiellement, les travailleurs sociaux s'opposent au système sous prétexte qu'il est bureaucratique et technocratique, qu'il déshumanise la relation entre l'intervenant social et son client, qu'il limite l'exercice du jugement professionnel, qu'il confine l'intervenant social à un rôle de remplisseur de formulaires, que son utilisation est coûteuse en temps, qu'il médicalise l'évaluation en n'accordant pas assez de place à l'évaluation des besoins psycho-sociaux des clients, etc. Nous pensons plutôt que l'opposition des travailleurs sociaux au système vient de ce qu'il limite leur pouvoir, encadre et éventuellement permet de contrôler leur pratique professionnelle. Pour bien comprendre cette dynamique, il faut se reporter à la situation prévalant avant l'instauration du système.

On se rappellera que la principale ressource à laquelle on faisait alors appel pour répondre aux besoins des personnes âgées était le centre d'accueil. Or, le contrôle de l'accès à cette ressource reposait entièrement entre les mains des travailleurs sociaux qui étaient les seuls responsables de l'évaluation des besoins et qui présentaient directement leur cas devant les comités d'admission des centres d'accueil. La procédure était donc simple et directe. En théorie, on aurait difficilement pu être plus efficace. En pratique cependant, elle entraînait de nombreux problèmes. Le travailleur social évaluait principalement les besoins psycho-sociaux des clients alors que c'était surtout leurs besoins physiques qui taxaient les ressources des centres d'accueil. Dès lors aucun centre d'accueil n'admettait quelqu'un sans qu'une de ses infirmières n'ait procédé à une évaluation de ses besoins physiques (soins d'hygiène, alimentation, élimination, mobilisation, etc.). L'admission du demandeur résultait de la négociation entre le comité d'admission du centre d'accueil et le travailleur social en charge du cas. Dès que le bénéficiaire manifestait des besoins physiques quelque peu importants les centres d'accueil se faisaient tirer l'oreille pour l'admettre. Pour multiplier leurs chances, les travailleurs sociaux demandaient l'admission de leur client dans plusieurs centres d'accueil à la fois. Et chacun de ces centres envoyait éventuellement une infirmière pour

évaluer les besoins du client. En fait l'évaluation n'était pas unique, mais souvent double, triple, quadruple ou quintuple. Et il arrivait fréquemment que les cas les plus lourds ne soient jamais admis.

Même si le système fonctionnait très mal, il présentait pour les travailleurs sociaux l'avantage qu'ils étaient les seuls intermédiaires entre les centres d'accueil et leurs clients. Le travailleur social qui prenait en charge un cas, en était le seul responsable jusqu'à son éventuelle admission. Il l'évaluait, décidait sur cette base de l'orienter ou non vers les centres d'accueil, et négociait son admission.

Le nouveau système ne réduit pas le rôle des travailleurs sociaux mais il divise le processus de contrôle de l'utilisation en différentes tâches spécialisées qui d'une part sont confiées à des travailleurs sociaux différents et qui d'autre part ne relèvent plus d'eux seuls puisqu'ils sont maintenant appelés à travailler avec les autres professionnels et les gestionnaires. Ainsi n'importe quel professionnel peut maintenant procéder à l'évaluation fonctionnelle d'un cas; c'est une équipe multidisciplinaire (comptant un travailleur social) qui décide des services requis et l'évaluateur de l'autonomie fonctionnelle ni ne siège dans cette équipe ni ne la rencontre pour "défendre" son cas; enfin un comité d'admission différent de l'équipe multidisciplinaire prend la décision finale quant à l'organisation ou aux organisations qui offrira(ront) ses (leurs) services à la personne en perte d'autonomie. Tout le processus d'évaluation, orientation et admission est par ailleurs coordonné par une seule personne au niveau de chaque sous-region; cette personne est un travailleur social et c'est elle qui soumet chaque cas successivement à l'équipe multidisciplinaire et au comité d'admission. Ainsi, même si les évaluations de l'autonomie continuent dans la majorité des cas d'être effectuées par les travailleurs sociaux, leur rôle s'arrête là. Ils doivent ensuite céder la main au coordonnateur et à l'équipe multi.

De plus, du fait qu'ils ne prennent plus charge du cas jusqu'à son admission et ne peuvent se faire entendre en personne devant l'équipe multidisciplinaire ni le comité d'admission, ils doivent maintenant se plier à une évaluation écrite formalisée exhaustive des besoins de leur client alors qu'auparavant l'évaluation était peu, pour ne pas dire pas du tout, formalisée, le travailleur social transmettant verbalement son évaluation. La formalisation et l'explicitation de l'évaluation permettent par ailleurs sa critique par l'équipe multidisciplinaire qui peut en effet aller jusqu'à demander la reprise d'une évaluation fonctionnelle qu'elle juge insatisfaisante et même confier cette reprise à quelqu'un d'autre. La compétence du travailleur social en tant qu'évaluateur est de ce fait susceptible d'être remise en question. Et ceci est d'autant plus menaçant que la formation des travailleurs sociaux en gérontologie est déficiente au Québec.

Pour justifier leur opposition les médecins quant à eux s'appuient sensiblement sur la même argumentation que les travailleurs sociaux, insistant peut être davantage qu'eux sur la paperasse à remplir et sur la perte par le client de sa liberté de choisir l'organisation qui lui offrirait des services. Dans les faits, cette opposition résulte plus du fait que, dans le nouveau système, les médecins perdent le contrôle des admissions en centres hospitaliers de soins prolongés, secteur dans lequel ils détiennent un pouvoir similaire à celui des travailleurs sociaux pour les centres d'accueil. De plus, il n'était pas prévu qu'ils soient payés pour remplir le formulaire d'évaluation médicale qui doit nécessairement accompagner le formulaire d'évaluation de l'autonomie dans le

cas d'une demande d'admission en ressources intermédiaires ou institutionnelles. Enfin, les médecins n'aiment guère la quantification des services médicaux requis réalisée par le médecin de l'équipe multidisciplinaire craignant qu'on ne se serve de cette information pour requestionner leur pratique, essentiellement le nombre de visites/contacts qu'ils ont avec les personnes en perte d'autonomie. Le Ministère a cédé sur ces deux derniers points: les médecins sont maintenant bien rémunérés pour remplir le formulaire d'évaluation médicale et la détermination des services médicaux ne va plus jusqu'à la spécification de la fréquence des visites médicales.

L'opposition des "Centres de Services Sociaux" (CSS) est liée à leur structure et à la place unique qu'ils occupent dans le système de services de santé et de services sociaux du Québec. Le Québec compte un Centre de Service Social par région et ce centre est l'employeur de tous les intervenants sociaux de la région. Un certain nombre de ces intervenants travaille directement pour le CSS. Les services des autres sont prêtés aux autres organisations du système de santé. Aussi les CSS du fait qu'ils emploient tous et seulement des intervenants sociaux peuvent difficilement adopter vis-à-vis du nouveau système une position différente de celle prise par leurs employés. De plus, ils voient d'un mauvais oeil le partage du contrôle qu'ils exerçaient sur l'admission dans le réseau des centres d'accueil. Enfin et surtout, le nouveau système propose la coordination de l'admission dans l'ensemble des ressources du réseau, en particulier dans les centres d'accueil qui du fait de leur vocation originale sont vus par les CSS comme devant d'abord et avant tout répondre à des besoins psycho-sociaux et dans les centres hospitaliers de soins prolongés appelés eux à répondre aux besoins physiques. Ainsi, les CSS, structures héritées de l'ancienne séparation entre services sociaux et services de santé n'ont aucune sympathie pour un système de coordination des admissions qui refuse cette séparation dont ils sont la dernière manifestation et dont ils souhaitent nostalgiquement le retour. N'ayant ni le pouvoir ni la crédibilité leur permettant d'arrêter l'implantation du système, les CSS ont finalement décidé de s'y impliquer en fournissant les coordonnateurs sous-régionaux des admissions qui sont les personnes-clés du système.

9.2 Planification-programmation

Le Ministère de la Santé et des Services Sociaux a attendu quatre ans avant d'utiliser le système pour la planification-programmation. Ses craintes avaient principalement trait aux démonstrations de manques de ressources que le système d'évaluation des besoins pouvait éventuellement faire. Plus fondamentalement, la question était de savoir s'il était pertinent d'investir dans la planification-programmation d'un secteur dont le développement était le reflet des rapports de force qui y avaient cours. Était-il dès lors réaliste de penser qu'on pourrait jamais substituer une planification rationnelle aux jeux de pouvoir. La réponse aurait sans doute été négative si ce n'avait été du déficit grandissant du Québec et de l'accroissement de la pression pour plus de ressources résultant du vieillissement de la population. Dans un tel contexte, les avocats de la planification finirent par l'emporter sur ceux de l'improvisation politique. Cependant, le manque de ressources et surtout la détérioration déjà considérable du système de services pour les personnes âgées au départ de l'exercice de planification ont considérablement limité ses impacts à court terme. On a pu limiter les dégâts en arrêtant la construction de nouveaux lits. On n'a pas pu jusqu'ici augmenter substantiellement les montants consacrés au développement et aux opérations des programmes intermédiaires et à domicile; on n'a pas fermé ou

amélioré les établissements architecturalement non fonctionnels dans lesquels on continue par la force des choses d'admettre des clients "légers" qu'on ne devrait pas institutionnaliser. On n'a guère renforcé les soins infirmiers professionnels dans les centres d'accueil pas plus que les services de réadaptation et les services sociaux. Beaucoup reste à faire mais on sait mieux maintenant ce qu'on devrait faire.

9.3 Budgétisation

Il a fallu huit ans pour faire accepter l'idée que le système pouvait supporter le processus de révision des bases budgétaires conjointement des centres d'accueil et des centres hospitaliers de soins de longue durée. D'une part, les centres hospitaliers beaucoup mieux nantis que les centres d'accueil n'avaient pas grand chose à gagner dans un tel exercice. D'autre part, il fallait convaincre le Ministère qu'un exercice de budgétisation fondé sur les données fournies par la composante "mesure des ressources requises" du système d'évaluation des besoins n'aboutirait pas à une impasse en démontrant des manques de ressources impossibles à combler dans le contexte économique actuel. Petit à petit cependant l'idée de considérer de façon relative plutôt qu'absolue les mesures de ressources requises fournies par le système a fait son chemin. Les interlocuteurs ont pu faire le consensus sur l'idée qu'avant de songer à obtenir plus de ressources, il était d'abord nécessaire de démontrer que les ressources disponibles étaient équitablement distribuées (entre les régions, les types d'établissements, les établissements eux-mêmes) et judicieusement utilisées. Ce consensus ainsi que la nécessité de trouver une façon de répartir les ressources additionnelles que le Ministère avait finalement réussi à arracher au Ministre des finances en 1984-85 ont permis le démarrage d'un processus de mesure des ressources requises par l'ensemble des clients des CAH et des CHSLD dans une optique de budgétisation de ces centres en fonction des besoins réels de leurs clients. Malgré les enjeux, cette opération s'est faite sans heurts notables. Il faut cependant noter que des précautions très importantes avaient été prises au niveau du contrôle de la qualité des données recueillies pour assurer la crédibilité de celles-ci. Les établissements ont non seulement accepté ces contrôles, ils y ont collaboré activement.

Les impacts de l'opération de révision des bases budgétaires ont eux aussi été limités. Les déplacements d'argent entre catégories d'établissements, entre régions et sous-régions et entre établissements ont été limités. Néanmoins, à la suite de l'opération, on peut affirmer que les riches sont un peu moins riches, et les pauvres un peu moins pauvres. Il faudra cependant des années avant d'en arriver à une répartition parfaitement équitable des ressources. On est néanmoins sur la bonne voie et le processus apparaît difficilement réversible.

10. EDUCATION ET FORMATION

Pendant les premières années d'existence du système (76-80), on a diffusé de façon systématique de l'information sur celui-ci à travers quelques monographies et un certain nombre de publications dans les revues spécialisées. Les formulaires d'évaluation de l'autonomie furent distribués en grandes quantités. Un nombre restreint de conférences furent aussi données. En 1980, le

système était connu dans le milieu mais de façon superficielle. Beaucoup d'idées erronées circulaient à son propos, provenant surtout des opposants à son éventuelle implantation.

La première implantation du système pour le contrôle de l'utilisation dans Québec Métro en 80-81 a été l'occasion de tester une stratégie de formation des évaluateurs de l'autonomie, des équipes multidisciplinaires et des comités d'admission. En 85, en préparation à l'implantation du système pour le contrôle de l'utilisation dans l'ensemble du Québec, le Ministère a formé un comité qui a reçu la mission de préparer un programme de formation. Ce programme inclut l'utilisation de moyens audio-visuels (vidéo) et recourt à la technique des jeux de rôle. La formation des évaluateurs de l'autonomie dure quatre jours, dont les trois premiers consécutifs, en groupe d'au plus quinze personnes. La formation des membres des équipes multidisciplinaires répond aux mêmes paramètres. La formation des membres des comités d'admission dure une journée. A l'expérience, il apparaît que cette journée est nettement insuffisante. A la fin de l'opération d'implantation du système en juin 1986, approximativement 3000 personnes (infirmières, intervenants sociaux, médecins, physiothérapeutes, ergothérapeutes, administrateurs) auront été formées. Des mécanismes sont à l'heure actuelle à l'étude pour assurer le suivi de cette formation et la formation des nouveaux intervenants.

Une procédure d'évaluation (questionnaire) de la formation par les personnes formées et par les personnes ressources était prévue à l'intérieur même du processus de formation. L'analyse des premiers résultats de cette évaluation permet d'être optimiste quant à l'avenir du système. Les apprentissages nécessaires ont pu être réalisés et l'attitude des intervenants vis-à-vis du système est très généralement positive.

Si les intervenants ont sans aucun doute acquis les connaissances et les habiletés requises pour exercer leurs fonctions dans le système de contrôle de l'utilisation, il est moins certain qu'ils possèdent bien les fondements d'un système qui est assez complexe et radicalement différent en terme de philosophie et de processus de ce qui se faisait auparavant. C'est que la formation était d'abord orientée vers l'opérationnel. Pour assurer la fonctionnalité et la validité du système à long terme, il est nécessaire que ses utilisateurs possèdent et adhèrent à sa philosophie et à ses objectifs. Sinon déviations et malfunctions ne tarderont pas à se manifester. Dans cette perspective, des efforts importants restent à faire. En particulier, il apparaît essentiel de mettre en place des mécanismes de rétroaction qui permettront aux utilisateurs de mieux comprendre les fins du contrôle de l'utilisation auquel ils oeuvrent, et les impacts de ce contrôle à court, moyen et long terme.

L'implantation de la méthode de mesure des ressources requises par les clientèles des CAH et des CHSLD en vue de leur budgétisation a elle aussi nécessité des investissements considérables pour la formation du personnel infirmier chargé du recueil des données. On a opté pour une stratégie de formation individualisée par la pratique. Chaque individu formé a été accompagné individuellement sur le terrain pendant trois jours où il procédait selon la méthode prévue à la cueillette des données nécessaires pour la mesure des ressources requises. Une journée de formation théorique en groupe précédait cette formation pratique. De plus, tous les relevés faits par les infirmières ont été systématiquement relus, les déficiences identifiées et signalées directement par téléphone. Peu d'efforts ont été consentis à l'information des utilisateurs du

30

système au niveau des Conseils régionaux. De ce fait les données n'ont pas toujours été interprétées et utilisées avec toutes les nuances souhaitables. Cela joint au fait que les principaux intéressés par le processus de budgétisation, à savoir les directions des CAH et des CHSLD, ont été tout aussi peu informés sur le système et ses extrants, a suscité certains malentendus sans grandes conséquences mais qui autrement auraient pu être évités.

Pour les professionnels et les administrateurs de tous les niveaux, les interrelations des différentes composantes et fonctions du système entre elles et avec les processus de PPB et contrôle de l'utilisation ne sont pas encore pleinement intégrées. Cette lacune pourra être comblée si le potentiel éducatif du système d'information dont le développement et l'implantation sont actuellement projetés est reconnu et exploité.

11. CONCLUSION ET PROLONGEMENTS

Nous avons rapporté ici les principaux résultats d'une recherche-action entamée depuis 1976, à savoir:

- la conception et le développement d'un système d'évaluation des besoins organisé autour des concepts d'autonomie - services - ressources - programmes et organisations;
- l'implantation de ce système dans une perspective de contrôle de l'utilisation des ressources (certification et recertification). Actuellement le système est appliqué dans 75% des cas de demandes d'hospitalisation prolongée et d'hébergement. Tous les cas devraient être couverts d'ici la fin 1986, le Ministère de la Santé et des Services Sociaux ayant choisi (mais non imposé) le système en 1984 et supportant ses coûts d'utilisation;
- l'utilisation du système aux fins d'enquêtes qui ont surtout servis la planification / programmation / budgétisation des ressources institutionnelles. Il en a principalement résulté: (1) un changement d'emphase dans le développement de ces ressources, l'accent étant maintenant mis sur leur développement intensif plutôt qu'extensif (i.e. accueillir des clients plus lourds plutôt qu'accueillir plus de clients); (2) une budgétisation flexible et dynamique des organisations en fonction des besoins réels de leurs clientèles.

Dans les prochaines étapes de la recherche, l'attention se portera davantage vers les programmes intermédiaires et de soins et services à domicile et sur la mise en place d'un système d'information de gestion intégrant les données fournies par le processus de certification / recertification et celles décrivant les opérations courantes du système pour nourrir le processus de planification/programmation aux niveaux national, régional et sous-régional.

Les problèmes de P.P.B. et contrôle de l'utilisation diagnostiqués dans le système de soins et de services prolongés aux personnes âgées ne sont pas spécifiques à ce système. Les mêmes problèmes se rencontrent au Québec dans le domaine des services de santé mentale et des services aux enfants mésadaptés socio-affectifs (c'est-à-dire des enfants âgés de 6 à 18 ans nécessitant protection, présentant des problèmes de comportement, délinquants, etc...). Plusieurs études confirment cette situation.

Le Ministère de la Santé et des Services Sociaux nous a demandé d'examiner la faisabilité, pour le domaine de la santé mentale d'un système semblable à celui présenté dans cet article. Notre étude (15) conclut non seulement à la faisabilité mais à la nécessité d'un tel système. Le Ministère ne s'est pas encore engagé formellement dans cette direction.

La recherche est plus avancée dans le domaine des services aux jeunes mésadaptés socio-affectifs. Durant le trois dernières années, nous avons poursuivi le développement et la validation d'un instrument d'évaluation des besoins des jeunes et de leur famille et la mise sur pied de protocoles intégrant les concepts d'adaptation - services - ressources - programmes (16). Une expérience pilote d'implantation du système sera entreprise en 1987 dans l'une des dix régions de la province de Québec.

12. REMERCIEMENTS

La réalisation de ce projet a été possible grâce au soutien du Programme national de recherche et développement en matière de santé de Santé et Bien-Etre Social Canada, du Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec et de ses institutions: Conseils Régionaux, Centres de Services Sociaux, Départements de Santé Communautaire, Hôpitaux, Centres d'Accueil et Centres Locaux de Services Communautaires.

Nous voudrions en particulier remercier les très nombreuses personnes qui, dans ces organisations, nous ont démontré leur confiance en offrant leur support continu à cette recherche et à ses applications.

De nombreux membres de l'équipe de recherche EROS ont contribué à la réalisation de ce projet. Nous voudrions les remercier, en particulier Claude Sicotte qui a coordonné le projet de 1975 à 1980, et Johanne Fournier de 1983 à 1986.

Références

1. Deschamps, D., Lebeau, A., et al.: L'Aide à domicile dans le territoire de **Maisonneuve-Rosemont**: Un suivi de la demande. 4 cahiers D.S.C. de Maisonneuve-Rosemont, 1982-1984.
2. Tilquin, C., Sicotte, C., et al.: **CTSMP: L'évaluation de l'autonomie et L'évaluation médicale du bénéficiaire**, EROS, Université de Montréal, Montréal, 1982, 125 pages.
3. Tilquin, C., Sicotte, C., et al.: **CTMSP: La détermination des services requis et la mesure des ressources requises par le bénéficiaire**, EROS, Université de Montréal, Montréal, 1982, 220 pages.
4. Tilquin, C., Sicotte, C., et al.: **CTMSP: L'orientation du bénéficiaire dans le réseau**, EROS, Université de Montréal, Montréal, 1983, 110 pages.
5. Donabedian, A.: **Aspects of medical care administration. Specifying requirements for health care**, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, 1973.
6. Smallwood, R.D., Murray, G.R., Silva, D.D., Sondik, E.J. and Klainer, M.L.: A medical service requirement model for health system design. **Proceedings of the IEEE**, 57: 1880, 1969.
7. Smallwood, R.D., Sondik, E.J. and Offensend, F.L.: Toward an integrated methodology for the analysis of health care systems, **Operations research**, 19: 1300, 1971.
8. Tilquin, C.: Modeling health services system, **Medical Care**, 14: 223, 1976.
9. Wood, P., **International Classification of Diseases, Disabilities and Handicap**, OMS/WHO, Geneve, 1980, 200 pages.
10. Huber, G., and Delbecq, A.L.: Guidelines for combining the judgments of individual groups members in decision conferences, **Academy of management journal**, 15: 161, June 1972.
11. Delbecq, A., Van de Ven, A. and Gustafson, D.: **Group techniques for program planning: A guide to nominal groups and Delphi**. Chicago, Scott Foresman, 1975.
12. Wishart, D., **CLUSTAN User Manual**, third edition, Program Library Unit, Edinburgh University, St-Andrews, Scotland, 1978.
13. Boyle, P., Sicotte, C.: Application du système CTMSP à une clientèle institutionnalisée. **Proceedings of SYSTED 83, International Conference on Systems Science in Health and Social Services for the Elderly**, Montréal, 1983, Systems Science Press, Montreal, 1985, pp. 805-812.

14. Pelletier, J., Boudreau, R., Tilquin, C.: Evaluation des besoins de deux clientèles âgées sur le territoire du département de santé communautaire de Rivière-du-Loup. Proceedings of SYSTED 83, International Conference on Systems Science in Health and Social Services for the Elderly, Montreal, 1983. Systems Science Press, Montreal 1985, pp. 853-858.
15. Toupin, J., Tilquin, C.: Etude de faisabilité d'un système d'évaluation des besoins - services - ressources en psychiatrie. - Rapport de recherche - EROS, Université de Montréal, 1982, 225 pages.
16. Toupin, J., Mercier, H., Tilquin, C.: Développement et validation d'un instrument d'évaluation des besoins des jeunes et de leur famille en santé mentale. Proceedings of the 3rd Systems Science in Health Care Conference, Munich 1984, Van Eimeren, Engelbrecht and Flagle Editors, Springer Verlag, 1984, pp. 124-129.