

L'ADÉQUATION ENTRE BESOINS ET OFFRE DE SOINS POUR PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE

Charles TILQUIN*, Godelieve VANDERSTRAETEN**

Au Québec, comme dans bien des pays développés, on éprouve quelques difficultés à faire face aux besoins dans le secteur des soins et services prolongés pour les personnes en perte d'autonomie. Des personnes âgées attendent beaucoup trop longtemps à domicile soit un « placement » en institution, soit des soins et services qui leur permettraient de rester chez elles dans des conditions acceptables pour elles-mêmes et leur entourage. D'autres personnes âgées croupissent dans les salles d'urgence des hôpitaux ou bloquent les lits destinés aux soins de courte durée pendant de longues périodes. En même temps, certaines personnes qui pourraient fort bien rester chez elles ou bénéficier de programmes plus légers, sont admises en institutions d'hébergement ou de soins prolongés. Bref, **on répond plus ou moins bien aux besoins des individus et on a tendance à mettre cela sur le compte du manque de ressources.** Il est probable que ce facteur joue un rôle (dont l'importance est cependant difficile à définir *a priori*) mais il paraît rationnel, avant d'ajouter des ressources, de s'assurer d'abord qu'elles seront utilisées pour offrir des soins et services qui correspondent aux soins et services requis - en terme de leur nature, de celui qui les donne, du moment, de la fréquence, de l'intensité auxquels ils sont dispensés - par les clients.

Dans ce texte, nous vous proposons de montrer qu'**une condition nécessaire à la réalisation de l'adéquation des services offerts aux services requis est l'implantation de mécanismes d'évaluation des besoins individuels et collectifs.** Ces mécanismes inter-reliés supportent les processus de dispensation des soins individuels, d'orientation vers le programme adéquat, de budgétisation, programmation et planification du réseau de programmes en fonction des besoins de la population.

Le contenu de ce texte est théorique. Il convient, cependant, de noter que les idées véhiculées ici, ont été mises en pratique au Québec, avec succès, sur une très grande échelle.

* Ingénieurs, Ph.D., Département d'administration de la Santé, Université de Montréal.

** Ph.D., Département de Mathématiques appliquées, École polytechnique de Montréal.

- EROS, Équipe de Recherche opérationnelle en Santé, CP. 6128, succursale « A » Montréal, Québec, Canada H3C 3J7.

DISTRIBUTION DES SOINS ET SERVICES A L'INDIVIDU

Une première condition nécessaire à l'atteinte de l'adéquation entre offre et besoins de soins et services est l'existence de mécanismes fiables et valides d'évaluation des besoins individuels. Nous y référerons en parlant de **premier niveau d'évaluation des besoins**. De tels mécanismes sont le fondement même du processus de production de soins. Comment, en effet, pourrait-on prétendre dispenser ce qui est requis, si on ignore ce qui est requis. Tout ceci peut paraître évident : pourtant si on y regarde bien, on verra qu'il arrive souvent, dans le secteur de la santé et des services sociaux, qu'on offre des soins et services de manière plus ou moins routinière, automatique, sans réflexion et conception suffisantes. C'est, qu'en fait, l'implantation de procédures systématiques, fiables et valides d'évaluation des besoins individuels pose de nombreux problèmes théoriques et opérationnels ^{1, 2, 3, 4}.

- **le concept de « requis » est difficile à cerner** ; il a un caractère relatif plutôt qu'absolu ; c'est une notion socio-culturelle essentiellement subjective. Dans le cas d'un individu donné, on peut, en simplifiant, dire que la définition des soins et services qu'il requiert jaillit de la rencontre de sa propre perception de ses besoins (et de celle de son entourage), et de la perception qu'en ont les professionnels de la santé et des services sociaux auxquels il fait appel. Cette dernière est l'interprétation personnelle que ces mêmes professionnels font des normes ou standards professionnels prévalant dans le milieu dans lequel ils exercent. Ces normes sont plus ou moins explicites. Elles ne sont pas définitivement fixées. Elles évoluent dans le temps.

- **le requis n'est pas statique** ; les besoins de l'individu changent avec son état bio-psycho-social ; le rythme de cette évolution n'est pas nécessairement régulier et son sens (vers le mieux ou vers le pire) peut s'inverser plus ou moins fréquemment. De ce fait, **les besoins ne sont pas toujours aisément prévisibles**.

- **Le requis est souvent multidimensionnel**, au point qu'il n'existe pas une catégorie de professionnels disposant de tout le savoir et de tous les outils pour y répondre. L'intervention de professionnels de formation différente est souvent indispensable. Dans un tel cas, la définition cohérente du requis exige le consensus de ces individus issus d'horizons différents et dont les intérêts ne sont pas toujours convergents.

Pour poursuivre notre réflexion, nous allons imaginer que ces problèmes sont résolus à travers **l'explication de standards de besoins**, la conception et le développement de protocoles supportant **la démarche scientifique de soins** (collecte de données bio-psycho-sociales, identification de problèmes, définition des besoins, établissement d'objectifs et priorités de soins et services, conception des actions de soins et services, exécutions de ces actions, évaluation des résultats de celles-ci, rétroaction et reprise du cycle qui vient d'être décrit), **la constitution d'équipes multidisciplinaires et la formation des membres de ces équipes à la démarche scientifique de soins et au travail en équipe**.

ORIENTATION DE L'INDIVIDU VERS LE PROGRAMME APPROPRIÉ

L'existence d'un processus de premier niveau d'évaluation des besoins tels que nous venons de le décrire n'est cependant pas suffisante pour assurer que le client reçoive les bons services de la bonne personne au bon moment. Il faut considérer aussi la question de la disponibilité des ressources et de l'optimisation du processus de production, essentiellement de l'utilisation optimale des ressources disponibles.

Imaginons, dans un premier temps, disposer de ressources humaines et matérielles en quantités suffisantes pour rencontrer sans délais tous les besoins de tous les individus. Cela n'est cependant pas suffisant pour garantir que les besoins de tous et de chacun seront comblés. Les besoins des individus sont, en effet, extrêmement variés. Les ressources humaines et matérielles dont peut disposer un système de soins et services socio-sanitaires sont, par ailleurs, très diversifiées et leur efficacité dépend en grande partie de la façon dont elles sont organisées. La rencontre de l'individu avec les hommes ressources, au bon moment, ne s'opère pas de façon automatique. Plus les modalités disponibles de réponse aux besoins seront nombreuses moins, d'ailleurs, cette rencontre aura des chances d'être couronnée de succès.

La première condition à remplir pour assurer l'harmonisation de l'offre et des besoins est la structuration de l'offre. Par delà la nécessité technologique de la chose, il est en effet indispensable d'organiser l'offre en programmes, c'est-à-dire de définir et constituer des assemblages-types de ressources humaines et matérielles, chacun de ceux-ci étant destiné à répondre aux besoins d'une clientèle-cible. Cette dernière précision est fondamentale. Il existe en effet de multiples façons possibles d'assembler, en quantité et en type, les ressources dont dispose un système de soins et services socio-sanitaires. La seule qui ait un sens est celle qui est guidée par les besoins des clients de ce système. On l'appellera l'organisation optimale du système en programmes. Il paraît raisonnable de postuler qu'un tel optimum existe mais tout aussi vraisemblable de penser qu'on ne l'atteint jamais (et ce, indépendamment des contraintes de ressources) parce que les besoins des clientèles sont difficiles à cerner, et parce que l'inertie d'un gros système ne lui permet pas de s'adapter parfaitement aux fluctuations de ces besoins pas plus que de suivre sans délai leur évolution.

On pourrait, malgré tout, penser que tout système de santé adopte à tout moment une configuration assez proche de l'optimum, ce qui est certainement faisable, compte tenu des technologies de recueil et d'analyse des données actuellement disponibles. A bien y regarder, on est cependant contraint de constater qu'une telle vision est trop optimiste et que souvent, si structuration il y a, certains programmes offrent plus de « places » que requises par leurs clientèles-cibles potentielles, alors que d'autres sont en pénurie de ressources, voire même n'existent pas alors que la clientèle est là en attente de services.

Imaginons, cependant, que tout est pour le mieux et que la structure du système cotoie l'optimum. Cette condition n'est toujours pas suffisante pour

assurer l'adéquation de l'offre aux besoins. En effet, il faut encore que le client soit orienté vers le bon programme au bon moment. D'où la nécessité de mécanismes dits de certification des admissions et de certification du séjour dans les programmes. Par ces mécanismes, on s'assure que, quand le client entre dans le système, il y entre par la bonne porte, et, ensuite, que tant qu'il est dans le système, il est servi par le bon programme de celui-ci.

Le bon fonctionnement de ces mécanismes implique qu'on s'assure des besoins du client à son admission et qu'on continue à s'en assurer en cours de séjour ; donc, qu'on mette en place une procédure formelle d'évaluation des besoins sur laquelle se fonde le processus de certification de l'admission et du séjour. On considère cette procédure comme le **second niveau d'évaluation des besoins**.

Ainsi, alors que le premier niveau d'évaluation des besoins soutend le processus de détermination des soins et services spécifiques requis par l'individu, le **second niveau supporte quant à lui le processus d'identification du programme le mieux à même de fournir les soins et services requis par l'individu**. L'évaluation de second niveau peut donc être plus grossière ; sa perspective temporelle peut aussi être différente : on change moins facilement de programme que d'éléments de soins. On devrait donc évaluer les besoins moyens du client sur une certaine période (plutôt que de se limiter à ses besoins du moment).

Il est difficile de mesurer l'importance de l'évaluation de second niveau par rapport à celle de premier niveau. On se contentera ici de noter que les chances que les clients reçoivent les bons services au bon moment diminuent certainement de façon significative quand ils ne sont pas orientés vers le bon programme. Il est certes toujours possible que la « mauvaise » orientation conduise un client vers un programme « plus riche » (en types et quantités de ressources) que le programme dans lequel il aurait dû normalement être admis, et donc qu'il puisse recevoir dans ce programme tous les soins et services qu'il requiert. Il y a là, cependant, gaspillage (mauvaise utilisation) des ressources et si globalement les ressources du système sont insuffisantes ou justes suffisantes, il y a nécessairement un autre client qui lui sera orienté vers un programme « plus pauvre » que celui qu'il requiert, programme qui ne pourra donc lui offrir tous les soins et services qu'il requiert.

Si on examine ce qui se passe dans bien des systèmes, on constate que les procédures de certification des admissions et séjours sont absentes ou déficientes et qu'on oriente au hasard. C'est dû en partie aux problèmes, déjà évoqués plus haut, inhérents à l'évaluation des besoins. A ces problèmes, s'ajoute à ce niveau, le fait que le consensus sur la notion de besoins et la façon de les évaluer (protocole) doit être beaucoup plus large, en fait doit être celui des intervenants et gestionnaires de tous les programmes d'une entité géographique, plus ou moins grande selon les clientèles visées et la structuration du système de santé et des services sociaux.

PLANIFICATION - PROGRAMMATION - BUDGÉTISATION

Nous avons postulé plus haut l'absence de contraintes sur les ressources et une structuration optimale de l'offre, c'est-à-dire, que dans une entité géo-

graphique donnée, à un moment donné, les ressources humaines et matérielles nécessaires pour répondre aux besoins sont disponibles et qu'elles sont organisées en programmes qui correspondent, en variété et en capacité, aux clientèles-cibles.

Pour parvenir à cette harmonisation globale de l'offre et des besoins, il faut d'abord **maîtriser le processus de planification** par lequel on fait en sorte que les ressources humaines et matérielles requises soient disponibles là où on en aura besoin, quand on en aura besoin (dans deux, trois, cinq ans). Il faut ensuite **maîtriser le processus de programmation** par lequel les ressources planifiées sont réparties et organisées dans une variété appropriée de programmes de taille adéquate. Ces programmes sont, en général, gérés par des établissements ou organismes qui doivent être **budgetés** en conséquence. Tout comme les processus de détermination des soins et services requis et de détermination du programme requis, le processus de planification-programmation-budgetisation - PPB - repose sur une évaluation correcte des besoins. On notera, cependant, que si, dans les deux premiers cas, il s'agissait d'évaluation des **besoins individuels**, dans le cas du PPB, on fait plutôt référence à l'évaluation des **besoins collectifs**. C'est le **troisième niveau d'évaluation des besoins**.

Dans le cas le plus simple, où le processus de PPB vise à apporter une réponse adéquate aux besoins connus et reconnus, l'évaluation des besoins collectifs peut se faire à partir des données sur les besoins individuels issus du processus de certification des admissions et séjours (second niveau d'évaluation des besoins). En effet, si la certification est appliquée de façon systématique et rigoureuse, elle engendre, comme sous-produit, une base de données sur les besoins de tous les clients du système. Cette base de données est continuellement mise à jour en raison des exigences mêmes du processus de certification. Elle peut être utilisée pour faire des études sur les tendances des besoins et les écarts entre ressources offertes et requises dans chaque programme. Ces études sont des préalables indispensables à une planification orientée vers la satisfaction des besoins.

A moyen terme, la base de données peut être utilisée pour guider la programmation, c'est-à-dire pour décider, dans une entité géographique donnée, quels programmes seront offerts et avec quelle capacité. Si l'évaluation des besoins comporte un volet de mesure des ressources humaines (et éventuellement matérielles) requises par les clients, elle permettra, de plus, de savoir quelles quantités de ressources humaines et matérielles allouer à chaque programme, donc finalement de budgeter les établissements offrant ces programmes en fonction des ressources requises par les clients de ceux-ci.

Dans le cas plus complexe où on pense pouvoir servir, dans le futur, des clients ayant de réels besoins mais qui, aujourd'hui, ne les expriment pas et ne sont pas connus du système, on voudra planifier le système en fonction de cette extension de la couverture socio-sanitaire. Dans un tel cas, il faudra aussi procéder à l'**évaluation des besoins collectifs non exprimés par enquête ce qui constitue le quatrième niveau d'évaluation des besoins**.

Enfin, nous avons toujours postulé jusqu'ici que les ressources requises étaient disponibles. Si tel n'est pas le cas, la programmation et la budgetisation s'en trouvent compliquées parce qu'il faut établir des priorités dans la

satisfaction des multiples besoins. Les procédures d'évaluation des besoins, de troisième et de quatrième niveaux, sont encore plus précieuses, dans ce cas là, que dans celui où toutes les ressources requises sont disponibles. La base de données qu'elles engendrent permet, en effet, de donner la priorité à un terrain objectif plutôt que de la laisser à l'arbitraire des administrateurs et des intervenants.

CONCLUSION

Nous avons montré l'importance de l'évaluation des besoins pour l'attribution de soins et services adéquats aux clients. Pour ce faire, nous avons démonté la chaîne des processus administratifs et cliniques qui assurent que le client reçoit les « bons » soins et services, au bon moment. Cet enchaînement comprend les processus de planification, programmation, budgétisation, contrôle de l'utilisation et finalement de distribution des soins, la qualité de chacun de ces processus étant une condition nécessaire pour la qualité de chacun de ses successeurs dans la séquence. Nous avons vu que chacun de ces processus dépend à son tour, de façon critique, de procédures d'évaluation des besoins elles-mêmes inter-reliées. On peut considérer que la procédure-charnière d'évaluation des besoins est celle qui est associée au processus de contrôle de l'utilisation. La procédure de premier niveau en est un raffinement à caractère éphémère (ce qui ne lui en confère pas moins d'importance) et la procédure de troisième niveau revient essentiellement à agréger les évaluations de second niveau (tableau 1).

TABLEAU 1

Niveaux d'évaluation des besoins

Niveaux d'évaluation des besoins	Objectifs de l'évaluation des besoins	Processus pour le support duquel l'évaluation des besoins est réalisée
1.	- détermination des soins et services requis individuellement	- donner des soins et services individualisés
2.	- identification du programme requis individuellement	- contrôle de l'utilisation des ressources (certification des admissions et séjours)
3.	- mesure des ressources requises par chaque "établissement" d'un système - détermination de la capacité requise dans chaque programme d'un système - détermination de l'écart actuel entre capacités requises et offertes dans chaque programme	- budgétisation des établissements d'un système - programmation d'un système
4.	- détermination des tendances des capacités requises de chaque programme: . en tenant compte seulement des besoins connus . en tenant compte des besoins non exprimés	- planification d'un système

Même si, comme nous l'avons vu, il est théoriquement aisé de démontrer l'importance de l'évaluation des besoins, il reste que, pour de multiples raisons dont certaines évoquées plus haut, on retrouve rarement dans nos systèmes de santé et de services sociaux, des exemples opératoires du modèle qui vient d'être évoqué. Au Québec, un certain nombre de systèmes plus ou moins complets et valides existent dans certains domaines : santé mentale, santé au travail, sécurité routière, soins de courte durée. Un des domaines où le Québec est le plus avancé est celui des soins et services prolongés, pour les personnes (le plus souvent âgées)-en perte d'autonomie. Dans ce secteur, **un plan d'intervention** (1^{er} niveau) a été implanté dans tous les établissements d'hébergement [les organisations intermédiaires (familles d'accueil... etc.) et de maintien à domicile n'ont pas encore été touchées par cette mesure]. **Un système d'orientation-contrôle de l'utilisation** (2^e niveau) a, lui aussi, été implanté partout et touche tous les programmes d'hébergement, intermédiaires et de maintien à domicile^{5, 6, 7}. **Un système de budgétisation** (3^e niveau) des établissements d'hébergement, fondé sur les besoins individuels de leurs clients est lui aussi en place⁸. Enfin, les données de deuxième et troisième niveaux commencent à être utilisées de façon systématique pour la programmation et la planification.

RÉFÉRENCES

1. Donabedian (A.). — *Aspects of medical care administration. Specifying requirements for health care*. Cambridge (Massachusetts) Harvard University Press, 1973.
2. Smallwood (R.D.), Murray (G.R.), Silva (D.D.), Sondik (E.J.), Klainer (M.L.). — *A medical service requirement model for health system design*. Proceedings of the IEEE, 57, 1969, pp. 1880.
3. Smallwood, (R.D.), Sondik (E.J.), Offensend (F.L.). — *Toward an integrated methodology for the analysis of health care systems*. *Operations research*, 19, 1971, p. 1300.
4. Tilquin (C.). — *Modeling health services system*. *Medical care*, 14, 1976, p. 223.
5. Tilquin (C.) et al. — *CTMSP 81 - L'orientation du bénéficiaire dans le réseau*. Montréal : EROS, Département d'administration de la santé, 1980.
6. Tilquin (C.), Fournier (J.). — *CTMSP 85 - L'évaluation de l'autonomie et l'évaluation médicale du bénéficiaire*. Montréal : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 1985.
7. Tilquin (C.), Coupal (M.). — *CTMSP 87 - La détermination des services requis et la mesure des ressources requises*. Montréal : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 1987.
8. Tilquin (C.) et al. — *PLAISIR - Planification informatisée des soins infirmiers requis*. Montréal : EROS, Département d'administration de la santé, 1984.