

**LE CONTROLE DE L'UTILISATION DES RESSOURCES:
DE LA THEORIE A LA PRATIQUE DANS LE SECTEUR
DES SOINS ET SERVICES PROLONGES**

Charles Tilquin, Ingénieur, Ph.D.*
Philippe Michelon, Ph.D.*
Viviane Gascon, Ph.D.*
Godelieve Vanderstraeten, Ph.D.**

EROS - Équipe de Recherche Opérationnelle en Santé
C.P. 6128, Succ. A, Montréal, Québec H3C 3J7
Téléphone: (514) 343-5973 Télécopieur: (514) 343-2207

*Département d'administration de la santé, Faculté de médecine, Université de Montréal
**Département de mathématiques appliquées, École Polytechnique de Montréal

Montréal, avril 1991

1. INTRODUCTION

Le problème considéré ici est celui de la dispensation **efficente** de services socio-sanitaires **prolongés** (nous ne considérerons pas les services de courte durée) **de qualité** aux personnes en perte d'autonomie, essentiellement donc aux personnes âgées. C'est un problème important dans tous les pays développés parce que les personnes âgées sont de plus en plus nombreuses en terme absolu et surtout en terme relatif. Cela coûte donc chaque jour plus cher à l'État et aux autres institutions publiques (régions, provinces, communes, etc) car beaucoup de personnes âgées sont démunies. Qu'on le veuille ou non, arrive un moment où la société doit les "prendre en charge" pour de longues périodes. Par ailleurs, beaucoup de pays, le Canada en particulier, ont une dette publique énorme. Dans un tel contexte, les gouvernements rechignent à mettre plus de ressources humaines et matérielles à la disposition des personnes âgées. Ils voudraient arriver à faire plus avec les ressources existantes, donc à produire les services prolongés de façon plus efficace. En même temps, les clients, leur parenté et les professionnels de la santé et des services sociaux veillent au grain pour essayer de sauvegarder la qualité des services (6) essentiellement assurer que ceux et celles qui pourraient bénéficier de réadaptation en bénéficient effectivement, veiller à ce qu'on tente au minimum de maintenir le niveau d'autonomie des autres plutôt que de les laisser se détériorer tranquillement, et dans tous les cas assurer la meilleure qualité de vie possible compte tenu des circonstances pénibles de la perte d'autonomie (3).

Pour devenir plus efficace tout en sauvegardant la qualité des services, on peut agir à bien des niveaux, de celui de la dispensation d'une action de soins à un client donné jusqu'à l'allocation des budgets aux différentes organisations d'un réseau de services, ou encore jusqu'à la programmation/planification de ce réseau. Nous ne couvrirons pas toutes ces actions ici. Nous nous concentrerons plutôt sur une seule action, celle par laquelle **on s'assure à l'admission et en cours de service** (en cours de séjour pour les clients institutionnalisés) **que le client requiert bien les services qu'on se propose de lui donner** (admission) **ou qu'on lui donne couramment** (séjour). Dans le jargon scientifique, ce type d'action relève de ce qu'on nomme le contrôle de l'utilisation des ressources "socio-sanitaires" et est parfois appelé "certification des admissions" et "certification des services ou séjours" (11).

La certification des admissions et des séjours est très importante, autant du point de vue de la maîtrise des coûts que de celui de l'assurance de la qualité. En effet, si le client est, par exemple, admis dans un programme institutionnel alors qu'il pourrait fort bien rester à domicile, d'une part, cela coûtera en général plus cher et d'autre part, cela contribuera souvent à diminuer l'autonomie, donc la qualité de vie du client. Inversement, si on maintient à domicile quelqu'un qui

normalement devrait être admis en institution, même si à court terme cela peut coûter moins cher, à long terme cela peut s'avérer beaucoup plus onéreux car l'autonomie du client inadéquatement pris en charge à domicile va se détériorer sans espoir de récupération et quand le client sera éventuellement admis en institution, il sera devenu un très gros consommateur de ressources et sa qualité de vie sera très pauvre. La certification des admissions est d'autant plus importante en services prolongés que par définition on y est en général admis pour longtemps et que si on est mal orienté à l'admission, on court le risque de ne pas recevoir avant longtemps des services adéquats. La mise en place de mécanismes formels de recertification en cours de séjour est elle aussi indispensable, car en l'absence de tels mécanismes, on ne questionnera pas systématiquement le caractère approprié du placement, et l'inertie du système de services prolongés aidant, on verra des clients mal "placés" pendant longtemps.

Nous allons donc essayer de voir comment mettre en place des mécanismes de certification des admissions et séjours qui soient efficaces et peu coûteux. Nous aborderons ce problème difficile à la façon d'un ingénieur de système (11). On a certes peu l'habitude de faire appel à des gens ayant cette formation pour résoudre des problèmes dans le secteur de ce qu'on appelle en anglais les "human services" (les services humains): services éducatifs, sociaux, sanitaires, correctionnels, etc. On les imagine mieux dans le secteur manufacturier et, s'il s'agit du secteur des services, dans le transport ou les communications. Et pourtant. Le problème qui est posé est un problème classique de production. Conceptuellement, il n'est guère différent du problème auquel fait face l'ingénieur dans une manufacture quand il doit distribuer des "travaux" entre une série de machines, chacune de celle-ci étant plus ou moins adéquate pour réaliser chacun des travaux. Ainsi, dans notre cas, les machines sont les places dans des programmes de services socio-sanitaires et les "travaux" sont les clients qui sont en compétition pour l'obtention de ces places ou pour les conserver. Dans les deux cas, il s'agit donc du même type de problème, appelé dans le jargon des ingénieurs, un **problème d'affectation** (11).

Pour résoudre un problème d'affectation, la première condition à rencontrer c'est de définir clairement et précisément le problème: qui, quoi affecte-on ? à qui, à quoi affecte-on ? comment mesurera-t-on le caractère plus ou moins adéquat de l'affectation ? C'est à ces questions que nous allons répondre dans la section qui suit.

2. DÉFINITION DU PROBLÈME D'AFFECTION

Nous nous situons à l'intérieur d'un système ou réseau qui offre des services prolongés sur une base **institutionnelle** (centres hospitaliers de soins prolongés et de réadaptation/convalescence, centres d'hébergement, hospices, etc), sur une base **domiciliaire**,

sur une base **communautaire** (foyers de groupe, familles d'accueil, appartements surveillés, etc), sur une **base externe** (hôpital de jour, centre de jour) et sur base de la **combinaison** de la dernière avec l'une des deux précédentes. Et nous voulons nous assurer d'admettre ou maintenir dans un programme institutionnel seulement ceux qui "techniquement" ne pourraient être servis ailleurs ou que cela coûterait beaucoup plus cher de maintenir ailleurs. Tous les autres clients devraient être maintenus à domicile ou admis ou maintenus en "milieu communautaire" selon qu'ils disposent ou non d'un "environnement" physique et socio-familial "adéquat" et pourvu qu'ils bénéficient, selon leurs besoins, de soins et d'aide, de surveillance/gardiennage (seulement pour ceux qui sont à domicile puisque par définition le communautaire fournit spécifiquement ce service) et de services en externe (Figure 1).

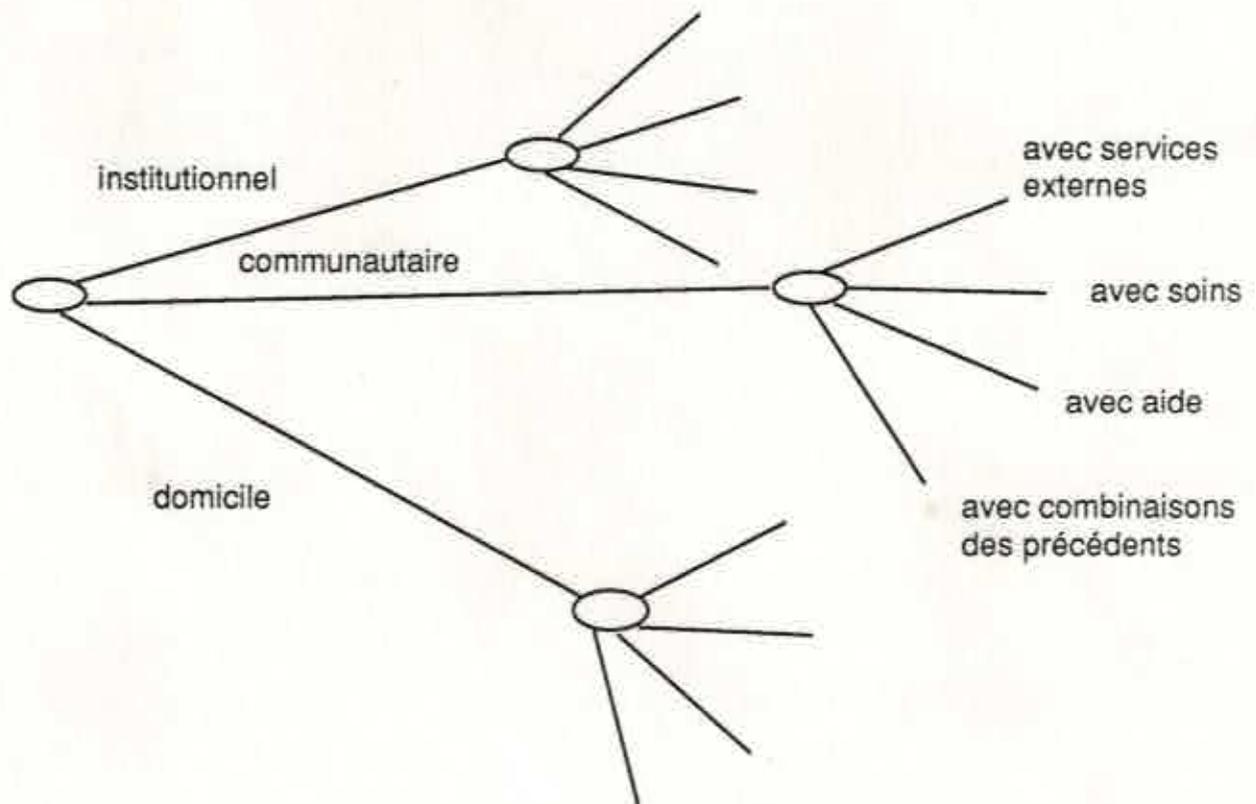


Figure 1: Ébauche d'une classification des programmes d'un réseau de services prolongés pour les personnes en perte d'autonomie

Comme le montre la Figure 1, la gamme de programmes de services prolongés potentiellement disponibles apparaît plus ou moins vaste selon qu'on définit les programmes de façon plus ou moins précise. À la limite, on peut ne distinguer que deux catégories de programmes: les programmes institutionnels et les programmes non institutionnels. Ce niveau de discrimination est cependant insuffisant pour qui veut contrôler l'utilisation des ressources socio-sanitaires de façon moins rigoureuse. En effet, au niveau institutionnel par exemple (le même raisonnement pourrait être fait au niveau du non institutionnel), peut exister, et dans les faits, existe une grande variété (en terme de consommation des ressources en **type** mais surtout en **quantité**) de programmes. Donc, on sera intéressé non seulement à s'assurer que ceux qui devraient être admis ou maintenus en institution le soient, mais aussi que ceux-ci soient dirigés vers celui des programmes institutionnels qui répond le mieux (efficacité et qualité) à leurs besoins. Se pose dès lors la question de savoir combien de programmes institutionnels et non institutionnels on doit distinguer pour assurer une utilisation efficace des ressources et donner des services de qualité: dix, vingt, trente, cent? À la limite autant de programmes qu'il y a de clients puisque tous peuvent être considérés comme ayant des besoins différents. On n'a en effet aucune chance de rencontrer deux personnes ayant exactement les mêmes difficultés, limitations pour marcher, monter les escaliers, manger, se laver, téléphoner, prendre leurs médicaments, saisir un petit objet, respirer, faire leurs besoins naturels, voir, entendre, s'orienter, parler, entrer en relation, etc. Cependant, si toutes les personnes sont différentes en ce qui concerne leur état de santé ou leur statut d'autonomie, le système auquel elles s'adressent afin d'obtenir de l'aide pour compenser leur perte d'autonomie dans la satisfaction de leurs besoins, ce système donc ne dispose pas d'une "technologie" infiniment variée, d'une variété infinie de moyens de production. Considérons seulement les moyens humains mis en oeuvre puisqu'ils représentent l'essentiel des coûts d'opération. On peut sans même trop simplifier, les classer sous seulement cinq étiquettes: les médecins, les infirmières (professionnelles) et les aides infirmiers, les intervenants psycho-sociaux (professionnels), les professionnels de la réadaptation (physiothérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, audiologiste, etc) et les intervenants non professionnels (autres que soignants).

Ainsi, si fondamentalement les individus sont tous différents, dès qu'on accepte de les représenter pragmatiquement en terme des ressources (humaines) dont ils ont besoin, on arrive assez facilement à les regrouper en classe (5). Par exemple, si on se contente d'une représentation de l'individu spécifiant s'il a besoin "(1)" ou non "(0)" de chacune des 5 ressources précitées, on ne peut énumérer que 32 profils différents; donc, nos clients, bien qu'infiniment différents, lorsque représentés en terme du profil simplifié (mais pertinent du point de vue de l'allocation de ressources) proposé ci-dessus peuvent être regroupés en 32 classes (Tableau 1). Il est probable que certaines de ces classes ne sont que théoriques ou du moins ne rassembleront qu'un nombre infime de clients. Il est par exemple peu probable de rencontrer des clients exhibant le profil 31 du

tableau 1, c'est-à-dire des clients qui n'exigeraient pas de soins infirmiers mais auraient besoin des 4 autres types de ressources. En fait donc, dans cette représentation (0, 1) on est confronté à moins de 32 programmes différents si on ne retient que les programmes ou catégories "statistiquement" importantes, c'est-à-dire qui regroupent un nombre "suffisant" de clients, par exemple au moins 1%. (Les catégories qui ne regrouperaient pas ce 1% disparaîtraient par fusion avec la catégorie qui leur "ressemble" le plus selon le jugement d'un panel d'experts, par exemple).

La représentation (0, 1) aboutit donc à un nombre très "raisonnable" de programmes du point de vue des gestionnaires. En effet, avec un tel nombre de programmes, a priori, le système apparaît administrable ("manageable") et ce critère de faisabilité est loin d'être négligeable. Cependant, le modèle (0, 1) repose uniquement pour classer les clients, sur le **type** (ici de 1 à 5) de ressources qu'ils requièrent ne laissant aucune place à la **quantité** de ressources requises. Ainsi, si deux clients exhibant le même profil (00110) par exemple - tel que défini dans le tableau 1 - requièrent des ressources identiques pour ce qui est de leur type (ici médicale et de réadaptation), il est cependant possible qu'ils demandent des quantités très différentes de ces mêmes ressources, différences suffisamment importantes pour qu'il soit indispensable d'en tenir compte du point de vue du contrôle de l'utilisation.

Cependant, si on introduit dans les profils précédents la notion de quantité de ressources, on se retrouve de nouveau, du moins à première vue, devant une infinité de profils possibles du type $(x_1, x_2, x_3, x_4, x_5)$ où x_i mesure la quantité (exprimée par exemple en heures-soins/jour, ou en visites/mois) de la ressource i requise par le client. En y regardant mieux cependant, on admettra que du point de vue du contrôle de l'utilisation, si on doit distinguer entre un client qui requiert 3 heures de soins infirmiers et d'assistance/jour et un client qui n'en requiert que 20 minutes, il est beaucoup moins pertinent de distinguer entre un client requérant 3.3 heures-soins et un autre en requérant 3.5.

Ceci étant dit, où tracer la limite entre ce qui se ressemble et ce qui ne ressemble pas, entre les clients qui appartiennent à une catégorie et ceux qui appartiennent à une autre catégorie ? (5). Pour "bien" décider, il faut d'abord garder à l'esprit que la classification recherchée est destinée à être utilisée dans la vie de tous les jours, qu'elle doit être pratique, pas trop coûteuse d'utilisation. Ce type de critères limite fortement le nombre de classes avec lequel on est disposé à travailler pour contrôler l'utilisation des ressources. A ces critères de faisabilité s'ajoute le critère de pertinence déjà mentionné qui invite à fusionner une catégorie qui ne réunit pas un pourcentage suffisant de clients. À cet égard, admettons que le nombre de 1% fasse consensus comme étant le stricte minimum acceptable pour conserver à une catégorie une existence distincte. Ce disant, on vient de limiter le nombre de classes acceptables à 100 et même à significativement moins. En effet, il est

Tableau 1: Profils de besoins de ressources (0, 1)

# Profil	Besoins de ?				
	Soins infirmiers et d'assistance	Services sociaux	Services de réadaptation	Services médicaux	Services de soutien non professionnels
1	non (0)	non (0)	non (0)	non (0)	non (0)
2	oui (1)	non (0)	non (0)	non (0)	non (0)
3	non (0)	oui (1)	non (0)	non (0)	non (0)
4	non (0)	non (0)	oui (1)	non (0)	non (0)
5	non (0)	non (0)	non (0)	oui (1)	non (0)
6	non (0)	non (0)	non (0)	non (0)	oui (1)
7	oui (1)	oui (1)	non (0)	non (0)	non (0)
8	oui (1)	non (0)	oui (1)	non (0)	non (0)
.
.
.
.
30	oui (1)	non (0)	oui (1)	oui (1)	oui (1)
31	non (0)	oui (1)	oui (1)	oui (1)	oui (1)
32	oui (1)	oui (1)	oui (1)	oui (1)	oui (1)

irréaliste de penser qu'on pourrait arriver à construire un système de classification tel que la clientèle se répartirait uniformément entre ses classes. Il y aura toujours des classes plus fréquentées que d'autres. Et si, disons les dix classes les plus peuplées rassemblent 50% de la population, automatiquement le critère du 1% implique qu'au maximum le système de classification ne comprendra plus que 60 classes.

Les réflexions précédentes nous amènent donc à la conclusion que les critères de pertinence et de faisabilité ne nous permettent pas d'envisager plus de 100 classes, en fait même suggèrent plutôt un **maximum** de l'ordre de 50 classes. Reste à définir ces "± cinquante" classes en tenant compte non plus seulement des types mais aussi des quantités de ressources requises. Le problème n'est pas trivial. Il suffit pour s'en convaincre de faire l'hypothèse qu'on considère pour classer les clients 4 niveaux de demande pour chacune des ressources - par exemple pour les soins infirmiers et d'assistance: de 0 à 1 heure-soins/jour; de 1 à 2 heures-soins/jour; de 2 à 4 heures-soins/jour; et + de 4 heures-soins/jour. Immédiatement, nous nous retrouvons avec une possibilité de $4 \times 4 \times 4 \times 4 = 1\ 028$ profils ou classes de clients. Même avec 3 niveaux par ressource, on en est encore à 243 profils théoriquement possibles. À deux niveaux, on est revenu au modèle (0, 1) dont nous avons déjà discuté de l'insuffisance. L'impasse ? Non, car il y a d'autres modèles

possibles que ceux impliquant 4 ou 3 niveaux distincts pour chacune des ressources. Pourquoi le (0, 1) - le modèle à 2 niveaux - ne serait-il pas acceptable pour l'une ou l'autre des ressources ? On peut même questionner la présence de certaines ressources dans le modèle. On doit aussi se rappeler que certains profils théoriquement possibles, en réalité ne se matérialiseront jamais.

Pour répondre à toutes ces questions et prendre des décisions, il est évidemment très utile de disposer d'une banque de données fournissant le niveau de consommation de chacune des ressources par un échantillon représentatif de clients. En faisant cet exercice au Québec, nous sommes arrivés à la conclusion qu'il était peu pertinent de conserver dans le modèle la ressource **service social** car les clients (du moins chez nous) en consomment très peu par rapport à ce qu'ils consomment des autres ressources, et aussi la ressource **médicale** parce que les clients du réseau de soins prolongés ont tendance à consommer uniformément de cette ressource: ± 1 visite par mois pour presque tout le monde. Donc cette dernière ressource a été écartée du modèle parce que peu discriminante et la première parce que de poids relativement faible. Restaient 3 ressources. En ce qui concerne les soins infirmiers et d'assistance, en utilisant des méthodes mathématiques (12), nous avons pu identifier 8 classes ou niveaux de clients. Pour la réadaptation, nous en avons trouvé 4. Restaient à considérer les ressources non professionnelles offrant des services de soutien. Nous les avons d'abord divisées en deux: celles qui sont consacrées à la surveillance des clients et celles qui sont consacrées au soutien matériel des clients (préparer les repas, faire les courses, faire le ménage et la lessive). Nous avons retenu 3 niveaux pour la surveillance et 3 niveaux pour le soutien matériel (10) (12). Ces niveaux se définissent comme suit:

Surveillance non professionnelle (SURV)

Il s'agit donc de la surveillance d'un tiers (non professionnel) dont fait l'objet la personne 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 admet trois (3) niveaux:

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

Soutien matériel non professionnel (MAT)

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

Cette ressource admet trois (3) niveaux d'utilisation:

Niveaux	Interprétation
0	Soutien matériel non requis
1	Soutien matériel requis 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 et d'assistance totaux: professionnels et non professionnels (SIT)

Cette ressource couvre les 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.

Elle est mesurée en heures-soins/24 heures.

Niveaux	Interprétation
0	$x = 0$ heure-soins/24 heures
1	$0 < x \leq 0.625$ heures-soins/24 heures
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 seulement compte des services de physiothérapie et d'ergothérapie requis par le client. Les autres ressources de réadaptation n'ont pas été considérées parce que requises en quantités significativement moins importantes que les deux premières.

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

Ainsi donc en regroupant les clients en fonction de leur niveau de consommation de 4 ressources pertinentes du point de vue du contrôle de l'utilisation (pertinentes essentiellement parce qu'elles sont consommées en grosses quantités ou parce qu'elles jouent un rôle déterminant dans l'orientation institutionnelle versus non institutionnelle du client (dans le cas de la surveillance)), on obtient $3 \times 3 \times 8 \times 4 = 288$ profils de clients. C'est beaucoup mais heureusement ce nombre de 288 est celui des profils théoriquement possibles. Certains dans la réalité ne se rencontreront jamais (par exemple, tous les profils combinant $MAT = 0$ et $SIT = 7$) et d'autres se rencontrent tellement rarement qu'il convenait de les regrouper. Des experts ont été appelés à faire ces regroupements et on est resté avec seulement 37 profils (Figure 2).

Au terme de cette première partie de notre démarche, nous arrivons donc à une classification en 37 classes, des clients en perte d'autonomie d'un réseau de services prolongés, chacune de ces classes regroupant des clients très semblables quant à leurs besoins de ressources humaines en surveillance, soutien matériel, soins infirmiers et d'assistance, et réadaptation. Cette classification nous fournit tout ce dont nous avons besoin pour définir clairement notre problème d'affectation, tel qu'évoqué plus haut. Voyons cela. Première question: qu'affecte-on ? On affecte des clients et ces clients sont définis très précisément par leur appartenance à une des 37 classes d'un système de classification par type et quantités de ressources humaines requises. À qui, à quoi affecte-on ? À des organisations offrant des services prolongés. Comment définir précisément ces organisations et d'une façon qui soit utile pour résoudre notre problème d'affectation ? Eh bien, simplement dans les mêmes termes que nous avons utilisés pour définir les clients. Ainsi, on dira que le réseau de services prolongés devrait pouvoir accueillir les 37 clientèles qui viennent d'être définies, en d'autres termes devrait offrir 37 programmes pour accommoder chacune de ces clientèles, chacun de ces programmes étant défini en terme du profil (SUR, MAT, SIT, READ) décrit précédemment, donc en fait de la consommation de surveillance, de soutien matériel, de soins infirmiers et d'assistance, et de réadaptation de son client type. Ces définitions des reçus (les clients) et des receveurs (les programmes) en terme de ressources requises et offertes ne sont évidemment pas l'effet du hasard dans une problématique de contrôle de l'utilisation des ressources. Pour mesurer le caractère plus ou moins approprié de l'utilisation (de l'affectation), nous utiliserons la différence entre la classe du client (le programme qu'il requiert) et le programme que lui offre l'organisation qui l'admet ou l'accueille présentement.

3. RÉALISATION DE L'AFFECTATION

Comment s'assurer qu'en tout temps, le client reçoit les services du programme qu'il requiert, ou du moins du programme le plus "proche" de ce dernier si le réseau de services prolongés n'offre pas certains programmes en quantité suffisante pour faire face à la demande. Deux conditions de base devront d'abord être réunies:

1. -Conception et implantation de mécanismes de spécification des programmes (parmi les 37) offerts par chacune des organisations d'un réseau de services prolongés. Il s'agit non seulement de spécifier quels programmes sont offerts mais aussi en quelle quantité (places, lits); par exemple:

- Organisation I offre:

le programme 12: 37 places sur une base communautaire (les soins et la réadaptation lorsque requis étant offerts par l'organisation II)

les programmes 13 à 16: 42 places sur une base communautaire (les soins et la réadaptation lorsque requis étant offerts par l'organisation II)

- Organisation II offre tous les programmes de 1 à 9 à domicile dans les quantités suivantes et avec le concours de l'organisation III pour la préparation des repas.

Programme	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Places	2	50	15	15	5	40	40	5	5

- Organisation III offre la préparation des repas à domicile dans les programmes 5 à 11.
- Organisation IV offre à domicile les programmes 10 et 11 sauf la préparation des repas offerte par l'organisation III.
- Organisation Z offre....etc.

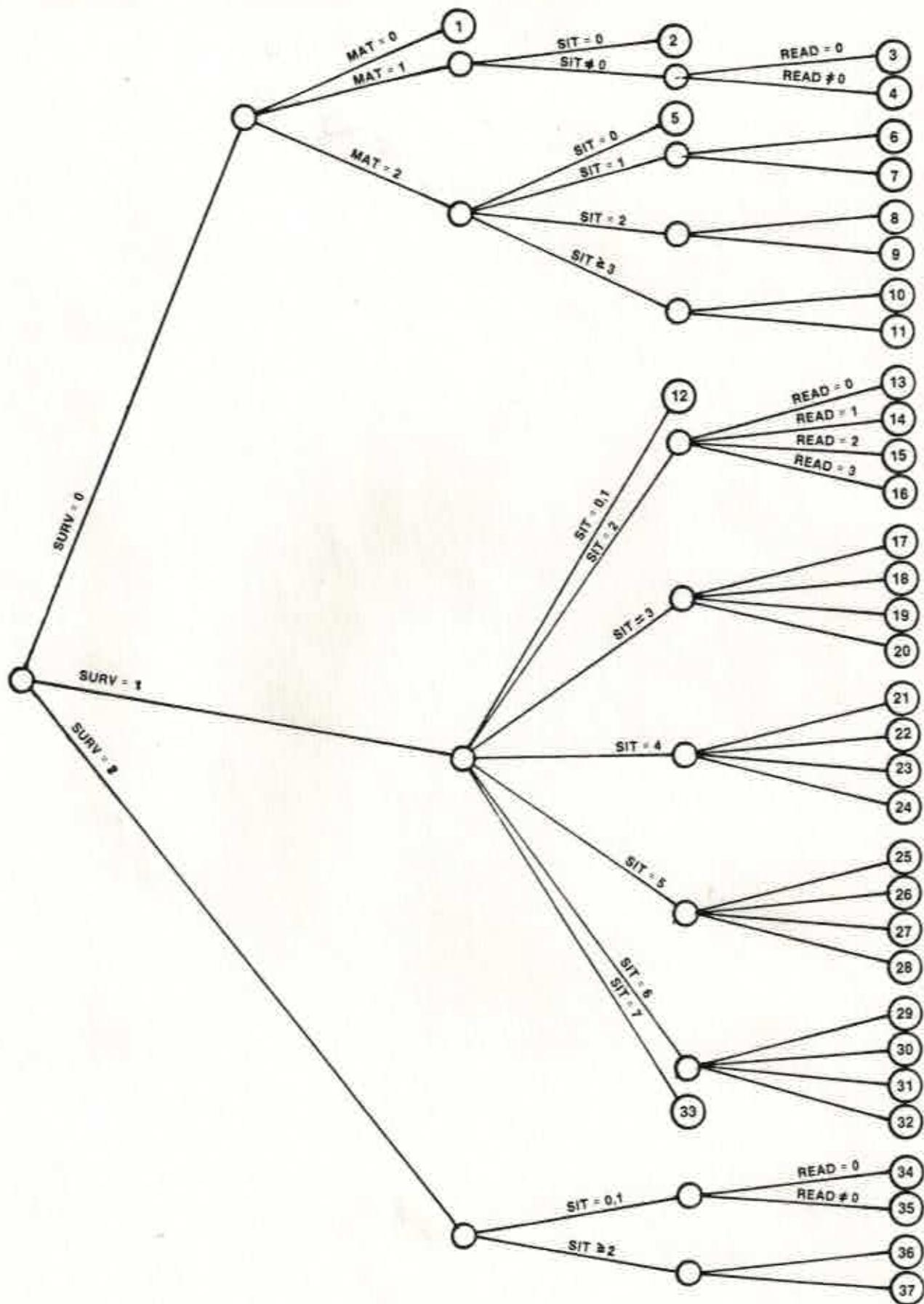


Figure 2: Schéma de classification des programmes

2. -Conception et implantation de mécanisme d'évaluation de l'autonomie et des problèmes des clients, de leurs besoins de services et des quantités de ressources requises pour donner ces services. Ces dernières données sur les quantités de ressources doivent permettre de classer le client dans l'une des 37 catégories (programmes) de la figure 2;

par exemple: le profil du client est le suivant: SURV = 20/24 heures, MAT = préparation des repas requise tous les jours, SIT = 2 heures/jour, ergo et physio sont requis.

Cette information permet d'attribuer au client la classe 20 dans le schéma de la figure 2. En d'autres termes, ce client requiert le programme 20.

Reste alors en utilisant les résultats de l'étape de spécification des programmes offerts par les organisations, à identifier les organisations qui offrent le programme requis par le client et à orienter celui-ci vers l'une de celles-ci, si possible celle que le client préfère pourvu qu'il y reste de la place. Dans le cas d'une recertification du séjour, il se peut évidemment que le client reste dans la même organisation et change ou non de programme à l'intérieur de celle-ci.

Les conditions précédentes apparaissent de toute évidence nécessaires pour assurer le placement approprié du client. Elles ne sont cependant pas suffisantes. En effet, si les organisations peuvent décider unilatéralement et sans se préoccuper de ce que font les autres, des programmes qu'elles offrent, il est inévitable que dans chaque zone, district ou région, il y aura des trous dans la couverture, des programmes que personne ne voudra offrir et donc des clients (ceux qui requièrent ces programmes) que personne ne voudra admettre ou conserver. Si inversement, le Ministère de la santé et des services sociaux procède par règlement pour définir quels sont les programmes que doit offrir chaque type d'organisation (centre hospitalier de long séjour, maison de soins, hospice, centre de première ligne, ...) dans tout le pays, on fera également face au même type de problème car dans bien des pays, sinon tous, le développement des organisations de services institutionnels, communautaires et à domicile, s'est fait de façon plus ou moins anarchique sans grand rapport avec les besoins des gens. Il ne reste dès lors qu'une issue, celle de réunir autour d'une table toutes les organisations d'un district et de leur demander de se mettre d'accord sur les programmes que chacune offrira et en quelle quantité. Ce processus de spécification n'est pas simple mais rien n'impose qu'il soit fait en une fois (de toute façon la spécification devra changer de temps en temps pour suivre l'évolution des besoins de la population); on peut procéder par essai et erreur, donc définir une première distribution des programmes entre les partenaires sur la base de la classification de leur clientèle actuelle. (Pour

réaliser cette classification, il faut nécessairement évaluer les ressources requises par tous les clients actuels, ce qui n'est pas une mince affaire); et ensuite progressivement modifier cette distribution pour équilibrer les charges entre les différentes organisations en fonction de leurs ressources respectives.

S'il faut des mécanismes pour encadrer la spécification des programmes offerts par les organisations, il en faut aussi pour encadrer l'évaluation de l'autonomie, des services et des ressources requises par le client en vue de sa classification. Si l'on confie toute l'évaluation à un professionnel qui joue le rôle d'intermédiaire et d'avocat du client auprès du réseau d'organisation offrant des services, on court au moins deux risques importants:

-le premier est que le professionnel en question voit le client à travers la lorgnette de sa discipline et sous-estime ou surestime certains aspects de sa perte d'autonomie ou certains de ses problèmes pour en arriver finalement à produire une évaluation peu valide et aboutir éventuellement à une classification erronée du client.

-le second est que le professionnel soit influencé dans l'évaluation et la classification de son client, par la disponibilité des programmes, donc qu'il s'arrange pour que son évaluation montre que son client requiert un programme dont il sait qu'il compte des places disponibles dans telle ou telle organisation. À long terme, cette pratique est dangereuse puisqu'elle aboutit à camoufler les écarts entre ce qui est requis et ce qui est disponible et donc entrave ou empêche l'adaptation du réseau de services prolongés à l'évolution des besoins de la population. À court terme, elle implique de plus que le client ne reçoit pas les services qu'il requiert.

Pour éviter ces deux écueils, on doit prendre différentes mesures (4):

-utiliser un protocole d'évaluation qui garantit la plus grande objectivité à celle-ci

-donner à l'évaluation un caractère multidisciplinaire pour s'assurer que toutes les facettes des besoins de services du client soient bien examinées

-confier à des personnes différentes les processus d'évaluation et d'orientation

-coordonner le processus d'évaluation et le processus d'orientation de façon à assurer leur efficacité et garantir leur validité

Différents modèles d'implantation de ces mesures sont possibles. Celui qui est utilisé au Québec est le suivant (7):

Le pays (6.6 millions d'habitants) est divisé en 10 régions, 32 sous-régions ou districts, et 156 zones de services gravitant autour d'un centre local de service communautaire (CLSC).

-au niveau de chaque sous-région, on a mis en place une table de concertation qui réunit des représentants de chacune des organisations offrant des services prolongés. Cette table doit s'assurer de la bonne marche de tout le processus de contrôle de l'utilisation.

-on a développé un protocole d'évaluation de l'autonomie du client (questionnaire administré en entrevue avec le client, sa famille, le soignant éventuellement) et on a formé des évaluateurs (infirmières, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, etc) à l'utilisation de celui-ci dans les centres de services de première ligne (CLSC), les centres hospitaliers de courte durée et les diverses organisations offrant des services de longue durée (8), et cela dans tout le Québec.

-on a développé un protocole d'évaluation des services requis par le client et on a formé des équipes multidisciplinaires à l'utilisation de celui-ci (9). L'équipe multidisciplinaire détermine les services requis par le client sur la base de son évaluation de l'autonomie (questionnaire) sans le rencontrer ni rencontrer l'évaluateur, et sans préjuger non plus de l'organisation, ni même du type d'organisation qui accueillera le client. À partir de la détermination des services requis, on peut par calcul mesurer les quantités de ressources requises par le client et de là, déterminer la classe du client.

-on a installé au niveau de chaque sous-région (district), un bureau de coordination du processus d'évaluation - orientation - admission. Ce bureau, essentiellement une coordonnatrice et une secrétaire, coordonne les actions de tous les intervenants dans le processus: évaluateurs, médecins, équipes multidisciplinaires, comité d'orientation - admission, table de concertation, et bureau de coordination des districts voisins (de la même région). Le bureau de coordination qui relève de la table de concertation doit assurer au processus à la fois efficacité et qualité (validité).

-on a installé dans chaque sous-région, un comité d'orientation - admission, émanation de la table de concertation et qui prend les décisions d'orientation des clients vers les

différents programmes communautaires et institutionnels. (Pour le maintien à domicile, la décision peut être prise directement au niveau de la première ligne). C'est aussi ce comité qui est chargé de spécifier les programmes offerts par chacune des organisations de son réseau. Il utilise cette information et les données sur l'état du réseau (capacité disponible dans chaque programme y compris les éventuelles files d'attente) d'une part et le dossier d'évaluation du client d'autre part, pour fonder sa décision. On notera que le comité d'orientation - admission est une instance différente de l'équipe multidisciplinaire. Celle-ci est une équipe de professionnels dont la seule mission est de déterminer les services requis selon les standards professionnels en vigueur et sans tenir compte de la disponibilité des ressources. On lui demande un portrait non biaisé des besoins de services du client. Le comité d'orientation - admission est un comité administratif qui ne peut remettre en question l'évaluation professionnelle de l'équipe multi mais doit évidemment composer avec les réalités de l'offre de ressources lorsqu'il prend sa décision d'orientation.

-enfin, on a mis en place un système d'information qui renseigne à tout moment la coordonnatrice sous-régionale et le comité d'orientation - admission sur l'état du réseau sous-régional, essentiellement sur les places libres et sur les files d'attente dans les différents programmes des différentes organisations. Ce système d'information permet aussi de produire des statistiques utiles pour évaluer la performance du système de contrôle de l'utilisation et pour la planification / programmation / budgétisation du réseau.

La figure 3 résume le modèle québécois de contrôle de l'utilisation qui vient d'être décrit (10). Ce modèle garantit-il que le client reçoit au moment où il les requièrent les services du "bon" programme. Pour cela, il faudrait que l'offre (nombre de places dans chaque programme) corresponde exactement à la demande dans chaque sous-région, donc en fait qu'on ait parfaitement planifié le développement des ressources et parfaitement programmé celles-ci. Il n'est pas totalement impossible d'y parvenir mais cela exige une rigueur et une discipline plus grandes que celles dont les gestionnaires sont coutumiers. De plus, même si demain on atteignait cette rigueur et cette discipline, il reste quand même qu'on ne pourrait effacer d'un trait des années de gestion approximative et en particulier son résultat: la mauvaise utilisation des ressources. En effet, à l'heure actuelle, des milliers de clients du réseau de services prolongés sont mal placés; en particulier de nombreux clients qui auraient pu être maintenus à domicile ou en milieu communautaire, occupent des places en milieu institutionnel. Et compte tenu de la nature de la clientèle visée, il est à peu près impossible de les déplacer.

Dans de telles conditions, le mieux qu'on puisse faire c'est d'assurer à chaque client, le meilleur placement possible - ce qui ne signifie pas nécessairement celui qui correspond exactement à ses besoins - dans les meilleurs délais possibles - ce qui compte tenu des files d'attente peut signifier une attente allant parfois jusqu'à plusieurs mois. Étant donné que sur une période de dix ans, la grande majorité des clients " mal placés " seront morts - l'âge et la maladie faisant inéluctablement leur oeuvre - si on poursuit pendant cette même période, une politique de meilleur placement possible compte tenu des " contraintes ", on aura sans doute diminué considérablement l'ampleur du mauvais placement, surtout si pendant la même période on a planifié et programmé de façon plus rigoureuse, c'est-à-dire essentiellement en fonction des besoins de l'ensemble de la clientèle.

Actuellement donc le modèle ne peut qu'assurer le client qu'il sera admis le plus rapidement possible compte tenu d'éventuelles files d'attente dans un programme qui corresponde parfois exactement, mais le plus souvent assez bien, à ses besoins. Avec le temps, les délais devraient diminuer et de plus en plus souvent, on devrait pouvoir offrir au client exactement ce qu'il requiert.

D'une étude (2) réalisée en 1987, donc quatre ans après l'implantation du modèle, dans la grande région de Montréal qui compte 8 des 32 sous-régions du Québec, il ressort qu'au moins les trois quarts des intervenants sont d'accord pour reconnaître que le nouveau système d'orientation - admission constitue un mieux par rapport aux procédures utilisées auparavant en particulier en ce qui concerne les admissions urgentes et la priorisation des personnes en lourde perte d'autonomie, l'utilisation des ressources de réadaptation, le respect des désirs du client, l'utilisation des ressources des programmes de maintien à domicile. Cependant, cette étude révèle aussi que la situation est encore très loin d'être parfaite et qu'il en sera encore ainsi pendant longtemps. Il apparaît en particulier important de mettre en place de façon transitoire des mécanismes visant à diminuer les problèmes résultant des délais d'admission. Il faudrait absolument pendant la période d'attente de l'admission ou du transfert, améliorer la qualité de vie du client en le rassurant et calmant son impatience, et en lui offrant le plus possible les services dont il a besoin qu'il soit en attente à domicile, dans un lit de centre hospitalier de courte durée ou ailleurs.

4. CONCLUSION

En parlant de ce type de modèle, certains ont dénoncé "l'aspect totalitaire inquiétant de ce rêve cybernétique" (1). On a aussi parlé de taylorisme, de déshumanisation des services, de lourdeur bureaucratique, de froideur technocratique. L'application des méthodes de l'ingénierie de système dans le secteur de l'assistance aux personnes âgées ne fait donc pas l'unanimité. Pourtant les clients dont on a vu que le modèle respectait davantage le choix que les procédures

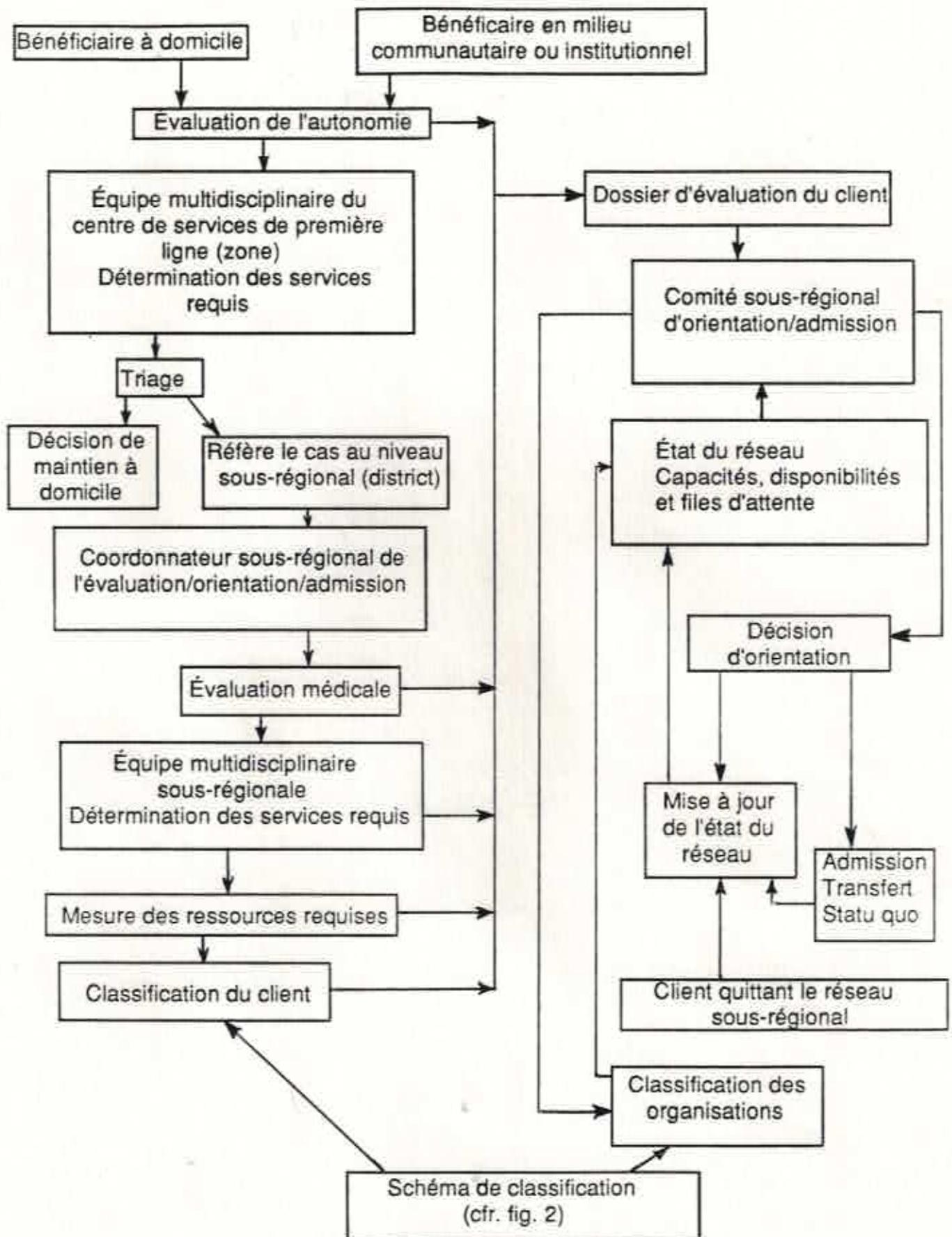


Figure 3: Processus de contrôle de l'utilisation au niveau sous-régional et de la première ligne

appliquées auparavant, s'en estiment satisfaits à plus de 70% (2), ce qui n'est pas si mal dans la situation actuelle du réseau aux prises avec les problèmes décrits plus haut. En fait, ce sont essentiellement deux groupes qui ont contesté le système: les travailleurs sociaux et les médecins. Dans le modèle précédant, les premiers contrôlaient l'accès aux programmes communautaires et aux programmes institutionnels d'hébergement, et les seconds, l'accès aux programmes d'hospitalisation de longue durée. Ils évaluaient et défendaient le cas de leur client auprès des différentes organisations susceptibles de l'admettre. Le nouveau modèle a évidemment considérablement modifié les règles du jeu et ce faisant, a affecté considérablement le **pouvoir** de ces deux groupes professionnels. Le modèle, en effet, prévoit explicitement des mécanismes transversaux (équipes multidisciplinaires) de partage du pouvoir avec les pairs (en particulier les professionnels de la réadaptation et des soins infirmiers) autrefois exclus. Mais surtout, le modèle prévoit un partage du pouvoir qu'on peut qualifier de longitudinal, en ce sens que dans le cours du processus d'évaluation - orientation - admission, ce pouvoir est remis successivement à trois groupes de professionnels indépendants les uns des autres. Cela est voulu pour assurer l'exhaustivité et la globalité de l'évaluation, assurer son objectivité en évitant les situations de conflit d'intérêts, enfin garantir la validité de l'évaluation et de l'orientation par un processus de contrôles successifs par les pairs. Les deux groupes précités ont prétendu voir dans tout cela un manque de confiance à leur égard, la négation de la pertinence et de l'apport d'un intermédiaire entre le client individuel et le réseau de services et une menace fondamentale à la qualité de la relation d'aide. Ces arguments et accusations sont peu sérieux. Si on devait être accusé de manque de confiance chaque fois qu'on met en place des mécanismes de contrôle, tout contrôle serait impossible. Le modèle par ailleurs continue à reconnaître l'importance, la pertinence d'un "case manager" qui assure le suivi du processus d'évaluation - orientation - admission, et il décharge ce "case manager" d'une série de tâches administratives, lui donnant ainsi plus de temps pour la relation d'aide dont la qualité n'est en rien menacée.

En résumé, le modèle proposé et implanté rationalise un processus autrefois anarchique, en tenant compte de tous les facteurs humains qu'on peut réalistement considérer. Il offre à tous les clients des garanties d'équité que le modèle précédant ne leur offrait d'aucune façon. Il améliore l'efficacité et l'efficacé de l'évaluation - orientation - admission. Au Québec, on le considère en général comme application réussie des méthodes de l'ingénierie de système dans le secteur socio-sanitaire.

5. RÉFÉRENCES

1. Godbout, J., T., Leduc, M., Collin, J.-P.: **La face cachée du système**, Rapport de recherche no 22 soumis par l'INRS à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Québec, 1987.
2. Grandmaison, A., Lavoie, J.-P. et Ostoj, M.: **Évaluation des structures sous-régionales d'accès à l'hébergement et aux soins de longue durée**, DSC de Verdun et CSSMM, Montréal, 1987, 121 p.
3. Merrill, J.C., Somers, S.A.: Long Term Care: The Great Debate on the Wrong Issue. **Inquiry**, Vol. 26, pp. 317-320, Fall 1989.
4. N.: **L'évaluation et le placement dans le cadre des soins prolongés: un modèle à accès unique. Guide**. Rapport du sous-comité sur les guides relatifs aux services institutionnels, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa, 1988, 49 p.
5. Sokal, R., R.: Classification: Purposes, Principles, Progress, Projects. **Science**, Vol. 185, no 4157, pp. 1115-1123, Septembre 1974.
6. Tilquin, C., Vanderstraeten, G.: **Valutare le esigenze delle persone anziane per un'offerta di servizi di migliore qualità**. Testo inviato all conferenza 'Problemi della terza eta nella societa moderna', Bologna, 29-30 octobre 1987.
7. Tilquin, C., Vanderstraeten, G.: Chapitre sur le Québec dans **I nuovi vecchi. Un confronto internazionale**, a cura di Carlo Hanau, Maggioli, Rimini, pp. 163-199, 1987.
8. Tilquin, C., Fournier, J., et al.: **CTMSP 85: L'évaluation de l'autonomie et l'évaluation médicale du bénéficiaire**, EROS, Université de Montréal, Montréal, 1985, 60 p.
9. Tilquin, C., Coupal, M., et al.: **CTMSP 87: La détermination des services requis et la mesure des ressources requises par le bénéficiaire**, EROS, Université de Montréal, Montréal, 1987, 200 p.
10. Tilquin, C., Sicotte, C., et al.: **CTMSP 81: L'orientation du bénéficiaire dans le réseau**, EROS, Université de Montréal, Montréal, 1983, 110 p.
11. Warner, M.D.: Holloway, D., C., Grazier, K.L.: **Decision Making and Control for Health Administration**, Chapitre 12: Cybernetic Control Applied to Patient Management, pp. 437-483, Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan, 1984.
12. Wishart, D.: **CLUSTAN User Manual**, third edition, Program Library Unit, Edimburgh University, St-Andrews, Scotland, 1978.