

# Effets pervers associés aux modalités d'allocation des ressources aux organisations prenant en charge les personnes dépendantes

Apports d'un financement fondé sur la mesure des ressources requises individuellement. \*

Charles Tilquin, Ing. Ph.D. \*\*

Les modalités d'allocation des ressources aux organisations offrant des soins et de l'aide de longue durée aux personnes dépendantes, se sont diversifiées dans les dernières vingt années sous la pression des restrictions budgétaires. Même si les changements ne se sont pas opérés de la même façon et au même rythme dans les différents pays, on peut dégager des diverses expériences nationales, un modèle qui serait le suivant: au départ, les organisations ont été financées en fonction de leurs coûts; cette première phase, a été souvent suivie de celle du budget global; ensuite, on est passé au financement basé sur le produit, celui-ci étant défini par une classification des clients ; enfin, certains pays ont opté pour un financement basé sur les ressources requises par chaque client individuellement.

L'évolution des modalités d'allocation des ressources témoigne de la recherche, par les acteurs, principalement les payeurs, de la méthode qui présente le moins d'effets pervers. Nous utilisons un modèle identifiant sept risques d'effets pervers: le risque de tromper la tutelle, le risque de sélection des clients rentables, le risque de mauvaise qualité des soins, le risque de favoriser la dépendance, le risque de surproduction des soins, le risque de sous-offre de soins et le risque de favoriser l'institutionnalisation.

Après avoir décrit brièvement les quatre modalités de financement et les sept risques, nous évaluons les risques que présente chacune des modalités, en mettant l'emphase sur les deux modalités actuellement les plus prisées: classification des clients et mesure des ressources requises. Nous montrons que c'est cette dernière modalité qui présente les moindres risques, et donc qui garantit la plus grande performance de la part des organisations en terme de satisfaction des besoins, de qualité des soins, de résultats des soins (indépendance) et d'utilisation appropriée des ressources.

**Mots clés:** Dépendance, Effets pervers de l'allocation des ressources, Financement des coûts, Budget global, Classification des clients, Mesure des ressources requises, Hôpitaux de long et moyen séjour, Établissements médico-sociaux, Services à domicile.

Nous décrivons dans un premier temps les modalités d'allocation des ressources les plus fréquemment utilisées. Nous décrivons ensuite divers comportements pervers qu'elles sont susceptibles d'induire chez les agents (organisations dispensatrices de services) et accessoirement de la part de la tutelle (payeurs). Finalement nous évaluons les risques d'effets pervers associés à chaque modalité d'allocation.

Le mode de financement des organisations offrant des services (aide et soins) de longue durée, en établissement ou à domicile, aux personnes en perte d'indépendance, a évolué avec le temps. Cette évolution a varié d'un pays à l'autre. De l'examen des expériences des différents pays développés, on peut dégager un schéma général qui serait le suivant:

**1<sup>ère</sup> phase:** financement basé sur les ressources utilisées ou consommées: paiement des factures ; système du prix de journée propre à chaque organisation et fonction de ses coûts.

**2<sup>e</sup> phase:** budget global: en général, le budget global de l'an zéro est le budget de la dernière année de financement basé sur les coûts, éventuellement indexé. Le budget global est ensuite indexé à un taux national uniforme qui occulte l'évolution différentielle des clientèles et des coûts des organisations. Le principal attrait de cette méthode est de permettre de contenir les dépenses.

Pour éviter les dérapages, on devrait au moins s'assurer que le budget global permette de satisfaire des standards minimums de dotation formulés par des experts (Harrington et al., 2000).

**3<sup>e</sup> phase:** classification des clients: on élabore des règles qui permettent de répartir les clients en un certain nombre de catégories (en Belgique, le système de Katz modifié (Bande, 1994); en France, AGGIR (Vetel, 1994) et Kuntzmann (Kuntzmann et al, 1982) ; les ressources utilization groups (RUGs) aux Etats-Unis (Fries & Cooney, 1985); BESA en Suisse (Heimverband Schweiz, 1996)), chacune de ces catégories étant considérée comme homogène du point de vue des ressources requises par ses membres. À chaque catégorie est dès lors associé un forfait et le budget de

\* Article publié dans la revue RUPTURES, revue transdisciplinaire en santé, Vol. 6, n° 1, 1999, 47-66.

\*\* Professeur honoraire, Département d'administration de la santé, Faculté de médecine, Université de Montréal, Montréal  
Tél.: 1-514-490-0909 poste 245, Fax: 1-514-490-0936,  
Email: charles.tilquin@umontreal.ca

l'organisation est calculé sur la base de ces prix fixes et du nombre de ses clients dans chacune des classes du système. On parle dans un tel cas de financement sur la base du produit. C'est l'équivalent, pour les organisations d'aide et de soins de longue durée, du financement basé sur les GHM (groupes homogènes de malades) pour l'hôpital.

**4<sup>e</sup> phase:** financement basé sur les ressources requises individuellement par chacun des clients. Dans cette façon de faire, on identifie les besoins de chaque client, on en infère les services qu'il requiert, on détermine la quantité de ressources requises pour donner ces services et on finance les organisations en fonction des coûts des ressources requises par leurs clients (Tilquin & Fournier, 1985; Tilquin et al., 1985; Tilquin et al., 1995; Tilquin & Coupal, 1987; Tilquin, Roussel et al., 1993; Rhys-Hearn, 1986). Cette méthode est actuellement utilisée au Québec, au Luxembourg et en Suisse romande, et est testée en Allemagne ainsi qu'en Italie.

Il n'est sans doute pas inutile de préciser ici qu'il peut exister une différence considérable entre ressources utilisées ou consommées (phase 1) et ressources requises (phase 4). De nombreuses raisons font que les ressources consommées ne correspondent pas aux besoins des clients, comme par exemple :

- l'absence de plans de soins individuels et les routines qui entraînent les désindividualisations des soins; pour se simplifier la vie, on offre systématiquement les mêmes services à la même fréquence à tout le monde, sans égard à ce qui est requis.
- l'insuffisance des ressources disponibles qui fait qu'on ne peut offrir tous les services requis; ce facteur peut être particulièrement important dans un contexte de restrictions budgétaires.
- les surplus de ressources disponibles qui ont l'effet inverse. Cette situation est plus rare; cependant, même en cas d'insuffisance globale (au niveau d'un réseau) des ressources, on rencontre généralement des organisations surdotées qui offrent des services non requis.

Les variations dans les philosophies et techniques de soins induisent par ailleurs des variations significatives dans l'utilisation des ressources. L'élimination de ces variations est inhérente à la méthode de mesure des ressources requises (voir plus loin).

Bien entendu, tous les pays ne sont pas passés et ne sont pas appelés à passer successivement par ces 4 phases. Un inventaire des modes de financement des organisations offrant de l'aide et des soins de longue durée dans tous les pays, permettrait sans doute de trouver des utilisateurs actuels de chacun des 4 modes de

financement, des exemples de saut d'une phase (par exemple, passage direct de la phase 1 à la phase 3), et même des exemples de "régression" (passage de la phase 3 à la phase 2). À noter aussi qu'un grand nombre de variantes sont possibles à l'intérieur de chaque mode d'allocation et qu'on peut combiner ces quatre modes de base en une grande variété de modes mixtes. Ce sont à ces derniers qu'on a en général recours. Il n'existe probablement pas d'exemple d'utilisation "pure" d'un des quatre modes de base.

## Risques d'effets pervers

L'évolution des modalités de régulation des dépenses des organisations témoigne de la recherche par les acteurs, essentiellement les payeurs, d'une méthode qui permettrait sinon d'éviter, du moins de minimiser les risques d'effets pervers induits par les stratégies des organisations dispensatrices de services. Nous avons repris et adapté ici le modèle de risques proposé pour les hôpitaux par Mathy, Quantin & Gadreau (1997), modèle auquel nous avons ajouté un risque qui est particulier au secteur de la prise en charge de la dépendance, celui précisément de favoriser celle-là, et dont nous avons remplacé le risque de multiplications des venues, qui est spécifique aux hôpitaux, par le risque d'institutionnalisation des personnes dépendantes qui est propre au secteur considéré ici (Tirrito, 1994).

Les risques sont envisagés ici essentiellement du point de vue du payeur considéré comme le garant des intérêts de la société et des clients, et qui veut contrer les stratégies « égoïstes » des organisations (le point de vue inverse est cependant brièvement adopté dans le cas du risque de sous-offre de soins). La question de fond est celle de savoir quelles sont les forces et les faiblesses de chaque modalité d'allocation des ressources au chapitre de la performance organisationnelle mesurée en termes de satisfaction des besoins des clients, de qualité des soins, de résultats des soins (maintien ou augmentation de l'indépendance) et d'utilisation appropriée des ressources (placement approprié du client, éviter les services non nécessaires).

## Risque de tromper la tutelle

Les organisations prenant en charge les personnes dépendantes fabriquent des produits finaux difficiles à cerner et à mesurer: santé, qualité de vie, indépendance, autonomie. Au départ, il n'y a pas consensus sur la définition de ces concepts. Ensuite, tous les clients sont dissemblables et ce que chaque organisation peut leur apporter en terme de meilleure santé, plus grande qualité de vie, etc. diffère. Le produit final des organisations du secteur est donc mal défini et infiniment variable. Les produits intermédiaires, les aides et les soins, semblent à priori plus faciles à

circonscrire; encore faudrait-il s'entendre sur une nomenclature standardisée de ceux-ci et pouvoir justifier l'utilisation de cette définition de substitution. Ainsi, selon la définition du produit utilisée (ou l'absence de définition), il y aura une plus ou moins grande asymétrie d'information entre la tutelle et les organisations qu'elle finance. Plus la définition du produit sera imprécise, incomplète ou invalide, plus les organisations pourront manipuler l'information pour aller chercher le maximum de fonds et plus la tutelle paiera sans savoir réellement ce pourquoi elle paye.

### **Risque de sélection des cas rentables**

Un cas rentable en est un pour lequel l'organisation reçoit plus d'argent qu'elle n'en dépense. La modalité de financement idéale est celle dans laquelle tous les cas sont également rentables, quelles que soient leur complexité, leur sévérité, leur lourdeur. Cette modalité n'existe évidemment pas, les différentes modalités disponibles comportent des risques plus ou moins grands de sélection des cas qui rapportent plus qu'ils ne coûtent.

### **Risque de mauvaise qualité des soins**

Dans le cas des personnes en perte d'indépendance, la qualité des soins est difficile à mesurer, pour ce qui est des résultats. La plupart du temps, le financeur ne dispose même pas de mesures de la qualité en ce qui concerne la structure et le processus. Dans un tel cas, à financement égal, deux organisations pourront donc dispenser des soins de qualité très différente, sans risquer aucune pénalité financière.

### **Risque de favoriser la dépendance**

Il existe une relation entre dépendance et ressources requises par les clients: les ressources requises augmentent avec la dépendance. Cette tendance est indéniable même si elle est diffuse, en ce sens que pour un niveau de dépendance donné, on observe une grande variabilité du niveau de ressources requises (Rigaux & Gommers, 1985). La même corrélation peut être observée, mais dans une moindre mesure, entre dépendance et ressources données. Compte tenu de l'existence de ces liens, selon les modalités de financement, une organisation pourra trouver plus ou moins avantageux d'adopter une stratégie favorisant le "faire pour le client" plutôt que le "faire faire par le client"; donc favorisant la dépendance plutôt que promouvant l'indépendance.

### **Risque de surproduction de soins**

L'organisation qui se voit rembourser ses dépenses aura naturellement tendance à dépenser plus pour recevoir plus.

### **Risque de sous-offre de soins**

Ce risque est l'inverse du précédent. L'organisation qui est payée à forfait aura tendance à minimiser ses dépenses d'aides et de soins pour maximiser ses gains ou encore pour dégager des montants d'argent qu'elle affectera à d'autres postes.

### **Risque de favoriser l'institutionnalisation**

C'est le risque de maintenir en milieu institutionnel une personne dépendante qui pourrait retourner vivre à domicile pourvu qu'elle bénéficie de services à domicile, et inversement c'est le risque de voir une organisation de services à domicile vouloir se débarrasser d'un client qui pourrait rester à domicile, en s'arrangeant pour le faire admettre en institution. L'institutionnalisation est généralement synonyme de moins bonne qualité de vie et le plus souvent coûte plus cher que le maintien à domicile (sauf pour des personnes très dépendantes).

Le croisement des quatre modes de financement avec les sept risques évoqués ci-dessus montre que l'ampleur de ceux-ci varie significativement avec ceux-là.

### **Risques d'effets pervers versus modes d'allocation**

#### **Financement des coûts**

Le risque de flouage de la tutelle inhérent à la non-définition du produit est ici très élevé. Cette méthode de financement n'exige aucune donnée sur les outputs finaux de l'organisation; pour être payée, celle-ci n'a en effet pas l'obligation de relier à ses outputs finaux, les données qu'elle doit fournir sur ses outputs intermédiaires. Elle n'a qu'à présenter la facture. Les payeurs sont laissés dans l'obscurité quant à la vraie nature du produit (Mathy, Quantin & Gadreau, 1997).

Il n'y a, par contre, en principe, pas de risque de sélection des cas dans cette approche. Tous les cas sont à priori rentables puisque l'organisation est payée pour les soins qu'elle donne, sans égard au besoin. Cependant l'organisation qui veut augmenter son chiffre d'affaires sans pouvoir ou vouloir accroître son nombre de clients (l'augmentation du ratio des coûts variables sur les coûts fixes peut augmenter la rentabilité) pourra être tentée de sélectionner les cas lourds qui justifient une facturation en conséquence.

Le risque de mauvaise qualité des soins est présent puisque l'organisation est payée en fonction du coût de son volume de soins et non en fonction du coût de la qualité de ceux-ci. À tout le moins, cette méthode de financement ne fournit aucune incitation à l'offre de soins de qualité.

Le financement des coûts poussant à la production de services sans égard aux besoins et aux résultats est une méthode étrangère à promotion de l'indépendance. Au contraire, elle récompense l'organisation qui, pour maintenir ou augmenter son volume de soins, crée de la dépendance (voir ci-dessus, le point sur la sélection des cas).

Le risque de surproduction des soins est maximal: plus on produit, plus cela coûte, et plus cela coûte, plus on reçoit d'argent. Inversement, le risque de sous-offre de soins est minimal.

L'institution n'a pas de raison d'éviter le retour à domicile. Elle aura même tendance à le favoriser dans la mesure où les personnes qui retournent à domicile sont en général des personnes requérant moins de soins et d'aide. L'organisation de service à domicile n'a pas de raison de favoriser l'admission de son client, même lourd, en institution puisqu'elle est payée pour tout ce qu'il lui coûte.

### **Budget global**

La méthode du budget global indexant uniformément les budgets de toutes les organisations, est réputée créer simultanément des organisations sous-dotées et des organisations surdotées, puisque le budget attribué à une organisation n'est pas lié à l'évolution de sa clientèle et de ses coûts. Selon qu'elles se perçoivent (à tort ou à raison) sous-dotées ou surdotées, les organisations adopteront des stratégies inverses dans le cas de certains risques.

Le risque de flouage de la tutelle est maximal dans le cas des organisations qui se pensent bien dotées ou surdotées puisque le budget global ne requiert que des indicateurs peu explicatifs de la production de l'organisation: nombre de clients ou de lits, nombre d'admissions, volumes du personnel, etc. Ces organisations peuvent donc profiter du flou dans lequel le financeur se trouve pour faire valoir seulement les données qui vont dans le sens de leurs demandes de rallonge. Cependant, l'organisation qui se croit sous-dotée trouvera avantage à faire preuve de la plus grande transparence. Étant donné son statut, il arrivera qu'elle n'aura pas les moyens de rassembler les données qui lui permettrait de le démontrer (Mathy, Quantin & Gadreau, 1997).

Le risque de sélection des cas les plus légers est présent dans le cas des organisations qui se croient (à tort ou à raison) sous-dotées. Les organisations qui se pensent bien dotées ou surdotées n'auront pas ce comportement mais il est, par contre, possible qu'elles veuillent témoigner de leur performance en sélectionnant

des cas lourds qu'elles utiliseront éventuellement par la suite pour réclamer plus d'argent.

La situation est sensiblement la même du côté du risque de mauvaise qualité des soins. L'organisation qui se croit sous-dotée rognera sur les coûts de la qualité puisque celle-ci n'a aucune incidence sur les ressources qui lui sont allouées. Au contraire, l'organisation qui se perçoit comme bien dotée ou surdotée sera plutôt portée à investir dans la qualité pour utiliser ensuite sa performance au niveau de la qualité des soins pour justifier son niveau de financement.

L'organisation qui se pense sous-dotée devrait favoriser au maximum l'indépendance de sa clientèle pour déserrer le carcan que lui font porter ses ressources insuffisantes. Il est peu probable que les organisations qui se perçoivent comme bien dotées ou surdotées consentent autant d'efforts que leurs consœurs moins bien nanties, au maintien de l'indépendance ou au retour à moins de dépendance. Mais il n'y a non plus rien dans le budget global qui les pousse à créer de la dépendance. Il est même possible que certaines organisations "riches" utilisent l'indépendance de leur clientèle comme critère de mesure de leur performance.

Le risque de surproduction des soins se rencontrera dans les organisations s'estimant bien ou surdotées. Le mot d'ordre sera de tout dépenser pour s'assurer un financement au moins équivalent l'année suivante. À l'inverse, les organisations se croyant sous-dotées tenteront de minimiser leurs activités pour arriver à opérer dans le cadre de leur budget étriqué.

Les institutions qui se perçoivent comme sous-dotées auront tendance à retenir chez elles les candidats potentiels au retour à domicile. À l'inverse, les institutions qui se considèrent comme surdotées tenteront de s'alourdir par l'admission de cas lourds, et par conséquent, essaieront, pour faire de la place, de retourner à domicile les cas plus légers. Les organisations de services à domicile qui se perçoivent comme sous-dotées tenteront de faire admettre en institution la tranche la plus lourde de la clientèle qui leur est propre. Les organisations qui se croient surdotées n'auront pas ce comportement; elles tenteront plutôt d'élargir leur bassin de clientèle en conservant des clients lourds dont l'institutionnalisation pourrait se justifier sur une base économique.

### **Classification des clients**

L'instauration d'un système de classification des clients réduit théoriquement le risque inhérent à la non-définition du produit. En effet, le système de classification se veut, d'abord et avant tout, une méthode de définition du produit. Dans cette approche, les

organisations et les financeurs sont, en principe, sur le même pied au niveau informationnel et le financement peut théoriquement s'opérer en toute équité en fonction du produit de chaque organisation. Cela n'est cependant vrai que si la classification est valide et si les organisations ne peuvent pas la manipuler.

Une classification valide est une classification dont chaque classe regroupe des clients similaires quant à la quantité de ressources qu'ils requièrent pour les soins et l'assistance. Or, on sait que la clientèle des personnes en perte d'indépendance est très variée. Grosso modo et en faisant abstraction des soins de réadaptation, on sait que cette clientèle requiert de 1 à 400 minutes de soins et d'assistance par jour. On sait aussi qu'on fait face à un continuum d'intensité des soins: on n'observe pas de regroupements naturels des clients autour de certaines valeurs pivots d'intensité des soins. Dès lors, si comme c'est pratiquement toujours le cas, on regroupe dans un nombre très limité de classes (en général 3, 4, 5 ou 6 classes), les clients en perte d'indépendance, il est inéluctable que ces classes soient hétérogènes: on retrouvera, par exemple, dans la même classe, des clients demandant respectivement 80 et 150 minutes de soins par jour. En outre, étant donné leur méthode de construction, les classes se chevauchent: les clients les "plus lourds" de la classe 1 requérant plus de soins que les clients les moins lourds de la classe 2, voire de la classe 3 et même de la classe 4 (Mc Hugh & Dwyer, 1992).

Par ailleurs, les systèmes de classification disponibles sont de peu à très peu fiables. Les critères de classification sont souvent flous, sujets à de multiples interprétations et les manuels qui en donneraient une bonne interprétation font souvent défaut. Dès lors, si ce sont les établissements qui classent eux-mêmes leurs clients, toutes les manipulations de la classification sont possibles et la plupart des clients se retrouvent dans les classes les plus élevées qui sont aussi les plus payantes. Si le financeur met en place une structure qui opère, pour son compte, la classification de la clientèle, il se bute quand même aux variations interévaluateurs, aux pressions des organisations sur ceux-ci pour obtenir la classification la plus avantageuse, aux difficultés de mise à jour régulière et aux nombreuses contestations des organisations.

Ainsi, si la classification des clients présente un progrès dans la recherche d'un financement des organisations basé sur une définition de leur produit, il reste que la nature même du processus de classification et des clientèles auxquelles on l'applique, conduit à une définition peu valide du produit des organisations. En plus, la façon dont les classifications sont appliquées sur le terrain laisse le plus souvent planer des doutes importants sur leur fiabilité. Il s'ensuit donc que, dans la

plupart des cas, la réduction du risque inhérent à la non-définition du produit induite par la mise en place d'un système de classification des personnes en perte d'indépendance, est plus théorique que réel.

La définition du produit à l'aide d'une classification a donc un caractère insidieux en ce qu'elle donne l'illusion de régler un problème qui dans les faits reste entier. Cette illusion est souvent renforcée par les artifices pseudo-scientifiques dont les concepteurs de systèmes de classification habillent leur démarche. On calcule des coefficients de corrélation ou des pourcentages d'explication de la variance des soins donnés ou requis pour donner de la crédibilité aux systèmes proposés parce que ces critères statistiques sont largement reconnus dans la littérature scientifique. On oublie par contre systématiquement de faire appel à des critères spécifiques qui renseigneraient autrement mieux sur la validité des systèmes proposés, comme la mesure du chevauchement des classes ou encore la distribution des erreurs de mesure des soins donnés ou requis induites par un système de classification au niveau de la charge en soins des clients individuels, des unités de soins ou des établissements.

Cette remarque s'applique aussi à la multitude des échelles de dépendance disponibles. Quelle que soit l'échelle de dépendance considérée, on observe toujours une forte corrélation entre niveau de dépendance et ressources utilisées ou requises. Mais simultanément, on observe aussi toujours des variations considérables dans les quantités de ressources utilisées ou requises pour un niveau de dépendance donné du client. Ces variations sont telles que les scores de dépendance ne sont en pratique d'aucune utilité pour mesurer les ressources utilisées ou requises par un client individuel ou, globalement, par les clients d'une unité de soins ou d'une organisation. Ils ne sont éventuellement valides que pour mesurer les ressources utilisées ou requises (dans une perspective de planification des ressources) par de grands groupes de clients (une région, tous les clients d'une catégorie d'organisations, etc...).

Quant au risque de sélection des clients rentables, les systèmes de classification qui comptent un petit nombre de classes, le maximise. En effet, dans ces systèmes, les classes sont non homogènes et regroupent des clients dont l'intensité des soins peut aller du simple au quadruple. Les organisations ont tôt fait d'identifier dans chacune des classes, les sous-groupes rentables, c'est-à-dire les clientèles qui, tout en donnant droit au forfait associé à la classe, requièrent des soins dont le coût est inférieur, ou nettement inférieur au forfait, et à l'inverse, les sous-groupes non rentables. Dès lors, il va de soi que si l'organisation a les moyens de choisir, elle ne retiendra que les cas rentables, écartant les autres. Comme les institutions, pour toute une série de raisons (situation

géographique, concurrence, réputation, taille, etc.), jouissent de marges de manœuvre très différentes au niveau de la sélection de leurs clients, il en résulte d'importantes distorsions entre celles qui peuvent sélectionner et celles qui sont condamnées à prendre les cas moins rentables rejetés par les autres (Bande, 1994).

La classification des clients ne contribue par ailleurs, d'aucune façon, à réduire les risques de mauvaise qualité des soins. Le financement à forfait ne dépend pas de la qualité des soins donnés. L'organisation reçoit la même chose, qu'elle dispense des soins de bonne qualité ou non. On peut donc penser qu'en général, une organisation financée sur la base d'une classification de sa clientèle aura plutôt tendance à diminuer la qualité pour maximiser ses gains ou dégager une marge de manœuvre.

La plupart des classifications utilisent des critères de dépendance pour les activités de la vie quotidienne, pour déterminer à quelle classe appartient le client. Souvent la plus grande dépendance du client pour une ou deux activités de la vie quotidienne le fera changer de classe et donc justifiera le forfait plus élevé associé à cette classe. Le risque est donc très grand que le financement fondé sur une classification des clients favorise le maintien, voire la création de la dépendance, chez ces clients que leur niveau de dépendance positionne à la frontière de deux classes: s'ils sont les plus légers de leur classe, on évitera de les rendre moins dépendants pour ne pas qu'ils descendent de classe; s'ils sont les plus lourds de leur classe, on sera incité à les rendre plus dépendants pour qu'ils grimpent d'une classe. Au mieux, la classification est neutre, relativement à la dépendance, dans le cas des clients trop dépendants pour qu'il soit possible d'espérer pour eux une classe de moins grande dépendance, mais trop peu dépendants pour qu'il soit possible d'envisager pour eux une classe plus lourde.

La classification minimise par ailleurs les risques de surproduction des soins; l'organisation devant jongler avec les forfaits pour prendre en charge sa clientèle, même si elle peut sélectionner en grande partie ses clients, elle ne peut contrôler l'évolution de leur dépendance. Et si elle ne peut s'en débarrasser quand ils ne conviennent plus parce que devenus non rentables, elle fera normalement preuve de modération dans la production des soins. Le risque de sous-offre de soins est beaucoup plus grand, en particulier, dans le cas des organisations qui ne peuvent sélectionner les "beaux" cas. Étant donné que le coût des soins qui dépasse les forfaits est à la charge des organisations, il est clair que celles qui accueilleront une quantité disproportionnée de cas coûtant plus cher que les forfaits, devront s'arranger, afin d'éviter de faire faillite, pour donner à ces cas lourds des soins correspondant aux forfaits, et donc offriront moins que ce que ces clients requièrent.

Par ailleurs, les institutions auront tendance à garder dans leurs murs les cas frontières rentables, c'est-à-dire les personnes qui pourraient réintégrer leur domicile mais qui requièrent des services dont le coût est inférieur au forfait associé à leur classe. Inversement, les organisations de services à domicile tenteront de se débarrasser de cas qui pourraient rester chez eux mais dont le coût des services est supérieur au forfait associé à leur classe.

### **Financement basé sur les ressources requises**

Cette méthode de financement est fondée sur le postulat qu'en donnant aux gens l'aide et les soins qu'ils requièrent, on atteindra des résultats finaux (en terme de santé, indépendance, autonomie et qualité de vie) meilleurs, à coût égal, que ceux de toute autre méthode de financement. Elle propose de déterminer le produit d'une organisation à partir des besoins spécifiques de chacun de ses clients et de mesurer explicitement sur cette base les ressources requises par chaque client (Tilquin & D'Hoore, 1998). Elle est plus complexe que les méthodes de classification. Dans un premier temps, nous allons exposer ses fondements et ses modalités de mise en œuvre pour ensuite évaluer l'ampleur des distorsions qu'elle est susceptible d'induire dans l'allocation des ressources.

### **Mesure des ressources requises par le client**

#### **La notion de service requis**

La notion de ressources requises procède de celle de services requis. Les ressources requises sont les ressources consommées par les services requis. La notion de service requis procède, quant à elle, de celle de besoin spécifique. Tout individu a des besoins spécifiques ; mais, s'il est en bonne santé et si ses capacités fonctionnelles sont intactes, il peut les satisfaire lui-même. La personne malade ou en perte d'indépendance peut éventuellement répondre à certains de ses besoins. Cependant, pour la satisfaction d'un nombre plus ou moins grand de ceux-ci, elle dépend d'autrui, professionnel ou non professionnel (membre de son réseau naturel ou d'un réseau substitut). On dit qu'elle requiert des services (Milunpalo, 1993). Dans le cas des besoins de la vie quotidienne, la dépendance varie. La littérature identifie généralement trois niveaux de dépendance, trois modes de compensation des incapacités: guider et diriger, aide partielle, aide complète. Dans le cas des services professionnels techniques, le mode de compensation est habituellement l'aide complète (Orem, 1980) (**Figure 1**).

Mis à part son mode de compensation, trois autres paramètres fondamentaux entrent dans la définition d'un service.

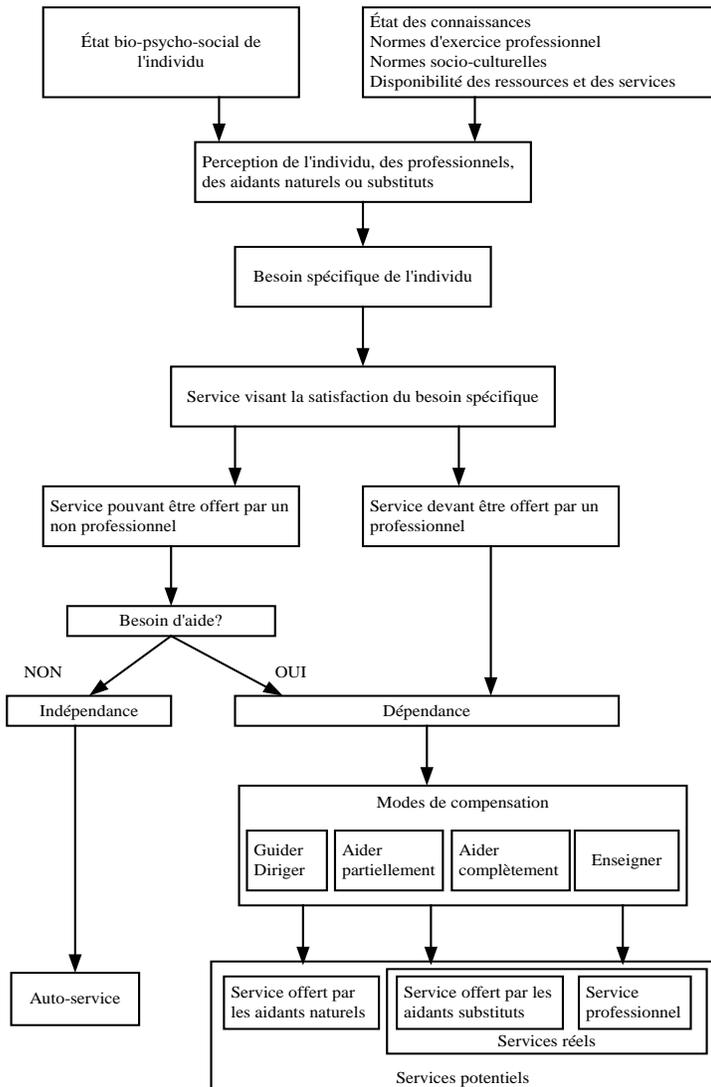


Figure 1 : Le concept de service requis

Ces trois paramètres sont sa durée, son temps unitaire et sa fréquence (Tilquin, Roussel, Laisney & Ferus, 1992). Par durée, nous entendons la période de temps pendant laquelle le service sera offert. Pour les personnes dépendantes, la durée du service sera souvent très longue. On fait en particulier référence ici aux services répondant aux besoins de la vie quotidienne. Dans le cas de ceux-ci, le fait de donner le service n'éteint que provisoirement le besoin spécifique d'aide qui resurgit quelques heures plus tard. Par temps unitaire du service, on entend le nombre de minutes nécessaires pour donner une fois le service. Enfin, par fréquence du service, on entend le nombre de fois que le service est offert par unité de temps (**Figure 2**).

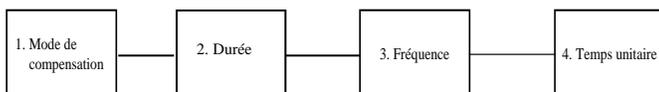


Figure 2. Paramètres fondamentaux caractérisant un service

## Critères de détermination des services requis

La question fondamentale dans cette approche est celle de déterminer sur quelles bases, on peut établir si un service est requis ou ne l'est pas. Une revue de la littérature nous a permis d'identifier au moins six critères permettant d'établir cette distinction: pertinence, efficacité, équité, efficience, préférence et saturation (Vuori, 1984), (Cochrane, 1972), (Smallwood, Murray et al., 1969) (Smallwood, Sondik & Offensend, 1971), (Conseil médical du Québec, 1995).

Le critère de pertinence fait référence à l'existence même d'un besoin d'aide de l'individu et donc à la nécessité d'un service, et une fois l'existence du besoin d'aide établie, à la nature du service et à son niveau de compensation. Ainsi, donner une aide complète quand il serait possible, compte tenu de l'état de l'individu de lui offrir seulement une aide partielle sera considéré comme non pertinent. Le postulat qui est sous-jacent à la définition de ce qui est pertinent et de ce qui ne l'est pas, est donc généralement celui de la maximisation de l'indépendance ou de la minimisation de la dépendance.

Le critère d'efficacité fait référence à la capacité du service de répondre au besoin; un service efficace est un service qui contribue, au moins provisoirement, à l'extinction du besoin qui l'a suscité. La question de l'efficacité se pose peu ou pas dans le cas des services répondant aux besoins d'aide pour les activités (de base et instrumentales) de la vie quotidienne. Elle prend toute sa signification dans le cas des traitements et des méthodes diagnostiques, donc essentiellement dans le cas des services techniques offerts par les professionnels (Cole, 1993). De plus, l'efficacité de bien des services dépend de deux facteurs clés: leur durée et leur fréquence. L'exposition doit être suffisamment longue et suffisamment intense pour que le service ait de l'effet (Levin & Roberts, 1976).

Le critère d'équité (Donabedian, 1973) (Bradshaw, 1972) fait référence au caractère plus ou moins critique du besoin d'aide de l'individu (du besoin vital au besoin de confort). Il implique que soient considérés comme requis tous les services critiques au même degré, chez tous les individus avant que ne soit considéré comme requis un service correspondant à un besoin moins critique chez un individu. Le critère d'efficacité a préséance sur le critère d'équité en ce sens qu'un service moins critique ne devrait être considéré comme requis que lorsque tous les services plus critiques auront été considérés comme requis au moins au seuil d'intensité (en terme de durée et de fréquence) qui garantit leur efficacité. Cela n'aurait pas de sens d'établir qu'un service est requis à une intensité (en terme de durée ou fréquence) inférieure à celle qui garantit son efficacité

sous prétexte qu'il faut conserver des ressources pour un autre service requis moins critique.

Le critère d'efficacité fait référence à la quantité de ressources mobilisées pour atteindre un résultat donné. On l'utilise donc pour choisir entre deux services substituables, c.à.d. pouvant contribuer avec la même efficacité à la satisfaction d'un même besoin. Le critère d'efficacité a donc préséance sur le critère d'efficience.

Le critère de préférence fait référence aux préférences de la personne dépendante. Les critères d'efficacité et d'efficience ont préséance sur le critère de préférence. Mais s'il existe deux services également efficaces et efficaces pour répondre au besoin spécifique de l'individu, il est impératif de choisir parmi les deux, celui que l'individu concerné préfère (Andersen & Newman, 1973).

Le critère de saturation fait référence à la capacité de l'individu "d'absorber" les services (Tilquin & Vanderstraeten, 1988) (Tilquin et al., 1991a, 1991b). Ce critère intervient à deux niveaux. Au niveau d'un service individuel, il implique qu'on ne considère pas un tel service requis à une intensité (donc pour une durée, et à une fréquence) plus grande que celle que l'individu est capable de supporter. Par exemple, s'il s'agit de répondre au besoin de mobilisation de l'individu, cela n'a pas de sens de le faire marcher trois fois par jour, même si idéalement c'est ce qui devrait être fait, s'il n'est physiquement capable de le faire qu'une fois par jour. Dans une telle situation, soit que le service n'est pas efficace à la fréquence d'une fois par jour et il ne devrait pas être considéré comme requis; soit que le service est quand même efficace à la fréquence d'une fois par jour - même si cette efficacité est moins grande que lorsqu'il est offert trois fois par jour - et il devrait être considéré comme requis une fois par jour. Au niveau de l'ensemble des services requis par l'individu, le critère de saturation implique qu'on ne donne pas simultanément à l'individu plus de services qu'il n'est capable d'en absorber. Ainsi, même si les services A, B et C peuvent être considérés comme requis individuellement au sens des critères précédents, il arrivera que lorsque considérés tous les trois ensemble, le service C apparaisse comme non requis parce que l'individu n'est pas physiquement ou psychologiquement capable de l'absorber en même temps que les services A et B (**Figure 3**).

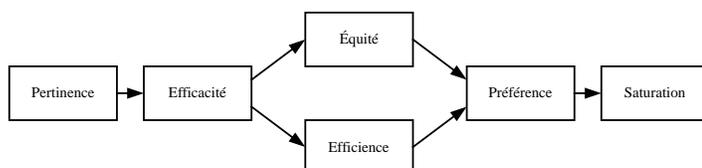


Figure 3. Relations de préséance entre les critères de détermination des services requis

## Infrastructure de détermination des services requis

Ces critères étant établis, la seconde question qui se pose et qui est de loin la plus importante du point de vue pratique, est celle de faisabilité de la conception et de l'application d'un protocole de détermination des services requis et de mesure des ressources requises par l'individu, protocole qui opérationnalise les six critères qui viennent d'être présentés. Nous allons montrer que c'est réalisable en proposant un tel protocole par ailleurs largement appliqué au Québec, en Suisse romande, au Luxembourg et en Allemagne.

En première étape, les protagonistes doivent se concerter pour établir la liste des besoins qui seront couverts compte tenu des ressources disponibles. Le critère d'équité évoqué plus haut intervient ici. La liste doit être telle que tous les besoins couverts de tous les individus puissent être satisfaits à même les ressources disponibles. Le principe d'équité est inapplicable si l'ensemble des services assurables requis par l'ensemble des bénéficiaires requiert plus de ressources qu'il n'y a de disponibles.

La liste des besoins couverts étant établie, on peut constituer la nomenclature des services assurables, c.à.d. la liste des services qui répondent aux besoins couverts. Cette nomenclature en principe, ne devrait contenir que des services efficaces. En pratique, elle contiendra aussi des services éventuellement inefficaces mais dont l'inefficacité n'a pas été définitivement démontrée. Cette nomenclature ne devrait contenir que les services les plus efficaces; ainsi, si les services A et B sont reconnus comme étant également efficaces, mais que A est plus efficace que B, c'est-à-dire consomme moins de ressources, seul A devrait apparaître dans la liste.

La nomenclature de services ainsi établie sur la base des critères d'équité, efficacité et efficacité, doit être agrémentée de standards de service dans le cas de tous les services pour lesquels de tels standards peuvent être formulés. Ces standards sont définis en terme de deux des paramètres principaux permettant de caractériser les services, à savoir durée et fréquence (Tilquin et al., 1992). Les questions soulevées au moment de l'établissement des standards de services sont donc les suivantes: pendant combien de temps le service doit-il être offert pour être efficace? à quelle fréquence le service doit-il être offert pendant cette période pour être efficace? Les standards de services ne sont pas prescriptifs. Ils fournissent seulement une indication sur les modalités normales de dispensation du service. Le critère d'équité intervient aussi dans la définition des standards. Ceux-ci en effet devraient fournir des normes "réalistes" de durée et de fréquence plutôt que des normes idéales ou maximales, de façon à ce que, dans un contexte de ressources limitées, des standards trop

généreux attribués à un service, n'entraînent le fait qu'un autre service ne pourra être offert du tout ou ne pourra être offert efficacement. La nomenclature des services assurables et les standards qui leurs sont associés constituent l'**infrastructure** sur la base de laquelle il devient possible de déterminer les services requis par un individu.

### **Processus de détermination des services requis**

Avant de procéder à la détermination des services requis par un individu, il faut recueillir les données qui permettront d'identifier ses besoins d'aide, donc d'établir la pertinence de lui offrir tel ou tel service de la nomenclature à tel ou tel niveau de compensation. La littérature est riche de modèles et de protocoles d'évaluation des besoins d'aide des personnes dépendantes. La validité et la fiabilité d'un certain nombre d'entre eux sont bien établies. On peut donc considérer que cette étape de la démarche ne pose pas problème (Dill, 1993) même si la lourdeur de certains de ces protocoles complique leur application. Bien entendu, ce recueil de données sur les besoins doit nécessairement être réalisé par un professionnel qui, de préférence, aura reçu une formation spécifique à l'utilisation du protocole.

Vient ensuite la détermination des services requis, elle aussi réalisée par un ou des professionnels. On identifie les services de la nomenclature qui sont requis pour répondre aux besoins d'aide identifiés à l'étape précédente et on détermine la durée et la fréquence de chacun de ces services. Cette détermination est réalisée en faisant référence aux standards de services évoqués ci-dessus. Comme il a été déjà mentionné, ces standards ne sont pas prescriptifs; ils sont appliqués par défaut si rien dans les besoins spécifiques d'aide du bénéficiaire ne permet de justifier une durée ou une fréquence du service différente de sa durée et fréquence standards. Par contre, si l'on peut montrer, que dans le cas particulier du bénéficiaire considéré, l'efficacité du service est conditionnelle au choix d'une durée ou d'une fréquence de l'intervention différente de celle proposée par le standard correspondant, il va de soi que c'est cette dernière durée ou cette dernière fréquence qui sera considérée comme requise. La question des préférences de l'individu doit elle aussi entrer en ligne de compte ici. Les standards de service peuvent par exemple prévoir qu'une personne dépendante mais non grabataire doit bénéficier de deux bains à la baignoire ou de deux douches par semaine. Cependant si un individu qui s'est lavé au lavabo toute sa vie ne désire pas de bain complet à la baignoire ou à la douche, on doit tenir compte de sa préférence et lui permettre de se laver ou d'être lavé au lavabo.

Les services requis ne peuvent pas être déterminés un par un, indépendamment les uns des autres; les besoins de l'individu doivent être pris en considération tous ensemble et des priorités doivent éventuellement être établies pour éviter la saturation du bénéficiaire. Cela implique donc que des services seront éventuellement différés ou ne seront pas considérés comme requis, ou encore que certains services seront considérés comme requis pour une durée ou à une fréquence inférieure à la durée ou à la fréquence standard. Le point de vue du bénéficiaire devrait aussi entrer en ligne de compte ici. Dans le cas des personnes en perte d'indépendance, plusieurs dispensateurs de services sont souvent appelés à conjuguer leurs efforts pour répondre à l'ensemble des besoins d'aide du bénéficiaire. L'évitement de la saturation implique alors que la détermination des services requis soit réalisée en équipe multidisciplinaire. De plus, étant donné l'intersection des domaines de services des différentes disciplines concernées, une approche interdisciplinaire devrait prévaloir dans le processus de détermination des services requis, un professionnel s'effaçant par exemple au profit d'un autre pour minimiser le nombre des personnes différentes qui prennent soin du bénéficiaire.

Tous les écarts du plan de services requis par rapport aux standards doivent être justifiés par écrit, sur la base des critères d'efficacité, de saturation et de préférence. Il faut aussi noter que les personnes qui seront appelées à déterminer les services requis doivent recevoir une formation spécifique à cette fin, formation au cours de laquelle la nomenclature des services, les standards ainsi que les critères de pertinence, efficacité, préférence et saturation leur seront expliqués. Un manuel de référence détaillé doit aussi être mis à la disposition des professionnels chargés de la détermination des services requis.

Un dernier mécanisme, indispensable, doit être mis en place pour garantir l'homogénéité et la validité des évaluations des services requis. Il s'agit d'une procédure de révision de tous les plans de services par des professionnels experts en détermination des services requis. Ces réviseurs doivent avoir à leur disposition la collecte de données sur les besoins des bénéficiaires et ils doivent pouvoir questionner la ou les personnes qui ont déterminé les services requis et le ou les soignants. Les réviseurs peuvent modifier le plan de services requis et c'est ce plan éventuellement modifié qui sert de base à la mesure des ressources requises, dernière étape du processus.

### **Mesure des ressources requises**

Pour éviter de nous perdre dans trop de détails, nous ne considérerons ici que la mesure des ressources humaines requises. Celle-ci implique qu'on ait au

préalable spécifié la période de temps de référence dans laquelle les ressources requises seront mesurées. Par exemple, dans le cas des personnes dépendantes vivant en institution ou à domicile, des unités de temps de référence réalistes sont les suivantes:

- heures/mois pour les services domestiques (entretien ménager, lessive, emplettes);
- heures/semaine pour la préparation des repas; fréquence/semaine pour les appels téléphoniques ou les visites à domicile amicales ou de surveillance;
- heures/jour pour la surveillance (gardiennage);
- heures/jour pour les soins infirmiers techniques, relationnels et éducatifs, et pour les soins de bases (soins personnels);
- heures/semaine pour les services de réadaptation (ergothérapie, physiothérapie, orthophonie);
- heures/mois pour les services sociaux;
- fréquence/mois pour les visites médicales.

Cette liste d'unités de mesure n'est ni exhaustive ni prescriptive. Elle est fournie ici seulement à titre d'exemple pour illustrer le fait que la période de temps de référence peut varier selon les services considérés (ici: jour, semaine et mois) et le fait qu'il y a au moins deux manières de mesurer les ressources requises: en terme de nombre d'unités de temps et en terme de fréquences des contacts. Bien entendu pour être exploitables au niveau de l'allocation des ressources, les mesures de fréquence devront être, dans un second temps, transformées en unités de temps/période de temps de référence.

Pour mesurer les ressources requises pour donner un service en unités de temps par période de référence, il faut connaître le temps unitaire du service (temps requis pour le donner une fois) et la fréquence du service dans la période de référence. Exemple:

- le temps unitaire du service A est de 30 minutes;
- la période de référence utilisée pour mesurer les ressources requises pour donner le service A est la semaine;
- le service A est requis 2 fois par jour, 3 fois par semaine, donc un total de six fois dans la période de référence.

Les ressources requises pour offrir le service A sont donc de:  $6 \times 30 = 180$  minutes/semaine = 3 heures/semaine.

Pour mesurer les ressources requises pour donner un ensemble de services, il suffit d'additionner les mesures de ressources requises pour offrir chacun d'entre eux.

À titre d'exemple, les ressources infirmières requises pour offrir trois services:

- service A: 3.0 heures/semaine

- service B: 0.5 heure/semaine
  - service C: 1.0 heure/semaine
- soit un total de 4.5 heures/semaine (services A, B et C)

On aura noté que nous avons introduit dans le calcul des ressources requises, le temps unitaire des services. Nous avons déjà fait référence à ce paramètre fondamental de la spécification d'un service (avec son niveau de compensation, sa durée et sa fréquence), mais nous l'avons ignoré au chapitre de la détermination des services requis pour laquelle nous n'avons utilisé que les trois autres paramètres. Il est en effet impensable de demander au professionnel ou à l'équipe de professionnels qui détermine les services requis de spécifier le temps unitaire requis pour donner chaque service requis par le bénéficiaire. L'estimation du temps requis, opérée de la sorte, service par service, bénéficiaire par bénéficiaire, serait peu fiable. Elle demanderait aussi beaucoup trop de temps. On doit donc évacuer de la détermination des services, la spécification des temps unitaires. Cependant, pour arriver à mesurer les ressources requises, il faut la réintroduire et on le fait de façon normative en attribuant à chacun des services (défini par sa nature et son niveau de compensation) un temps standard. Bien sûr, le temps unitaire d'un service varie en fonction de celui qui en bénéficie, de celui qui le donne et du contexte de sa dispensation, mais il est raisonnable d'attribuer à un service, un temps unitaire requis moyen pourvu que le service soit spécifique, c.à.d. que sa nature soit bien définie et que son mode de compensation soit précisé.

Il est important de remarquer que la standardisation des temps unitaires n'implique par celle de la mesure des ressources requises par les bénéficiaires. Certes, les temps unitaires standards interviennent dans cette mesure mais leur impact est mineur en comparaison de celui des deux autres variables qui entrent en jeu dans la mesure des ressources requises, à savoir quels services sont requis par le bénéficiaire et à quelles fréquences. Et ces deux variables, quant à elles, ne sont par normées: elles reflètent les besoins individuels du bénéficiaire (il existe bien sûr des fréquences standards de service mais elles ne sont pas prescriptives; elles servent seulement de point de référence). En d'autres termes, le recours à des temps unitaires standards n'entre pas en contradiction avec l'intention d'individualiser la mesure des ressources requises par le bénéficiaire. Cette assertion est d'autant plus vraie quand les temps standards sont des temps unitaires requis, déterminés par des comités d'experts pour offrir des services efficaces.

En terminant, on notera que la liste des temps unitaires standards constitue un élément d'infrastructure de la mesure des ressources requises, comme la nomenclature des services assurables et la liste des standards de services (durée, fréquence) constituent l'infrastructure de la détermination des services requis (**Figure 4**).

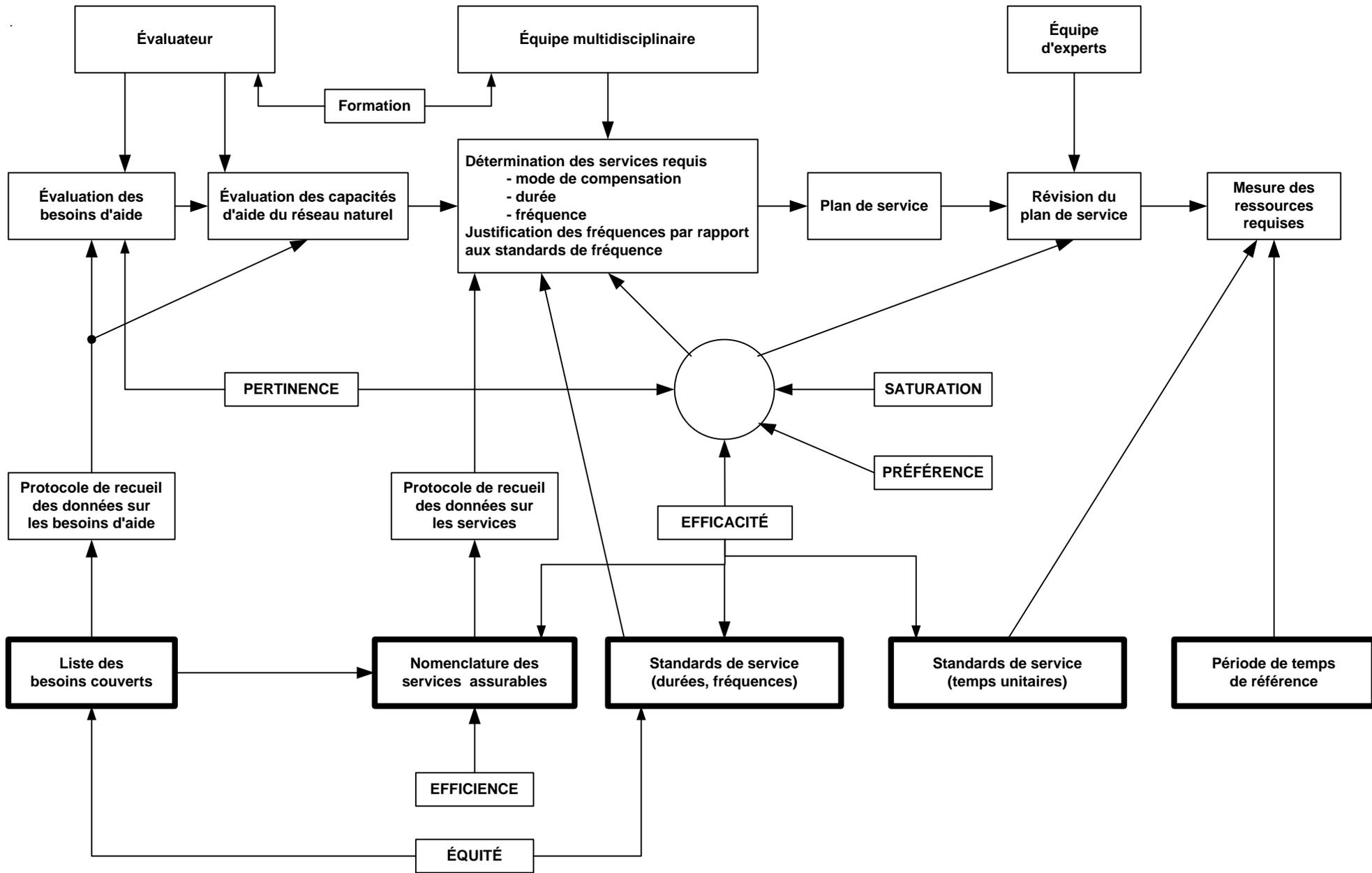


Figure 4. La détermination des services requis et la mesure des ressources requises

## **Risques d'effets pervers associés au financement basé sur les ressources requises individuellement**

### **Risque de tromper la tutelle**

Le postulat de la méthode est que le produit des organisations dispensatrices de services prolongés est beaucoup trop complexe pour qu'il soit possible de le décrire valablement au moyen d'une typologie de la clientèle comptant seulement quelques classes. La méthode substitue donc, à la typologie de la clientèle, une nomenclature des services permettant de décrire chaque client individuellement en terme de ses besoins d'aide et des services qu'il requiert. Ce modèle est donc apparemment assez similaire au modèle de financement basé sur les services donnés. C'est un modèle à prix variable et non à prix fixe comme la classification. Cependant le passage de la notion de services donnés à celle de services requis et l'exigence d'explicitation des besoins spécifiques d'aide fait toute la différence.

L'organisation doit décrire son produit dans le plus grand détail en fournissant au financeur un portrait double du client dont les deux volets – problèmes bio-psycho-sociaux et services requis – doivent être cohérents. C'est là que réside la principale différence avec le modèle fondé sur les services donnés dans lequel l'organisation peut réclamer le paiement de n'importe quel service sans avoir à le justifier. Dans le modèle fondé sur les services requis, l'organisation doit être en mesure de justifier chacun des services requis. On n'exige pas des professionnels qui établissent le plan de service, qu'ils précisent explicitement les liens entre les problèmes bio-psycho-sociaux du client et chacun des services; cependant, la description des besoins du client doit être suffisamment précise et complète pour qu'un réviseur expert puisse valider sur cette base le plan de service, et donc, éventuellement le modifier après avoir validé ces modifications avec le (les) soignant(s) par téléphone ou sur place.

Le processus de révision des plans de soins des bénéficiaires par des experts neutres est indispensable pour éviter la sous-estimation ou la surestimation du requis. La révision des plans de soins par la tutelle n'est pas indiquée, celle-ci se plaçant alors en position de conflit d'intérêt.

### **Risque de sélection des cas rentables**

L'organisation étant payée pour chaque bénéficiaire en fonction de ce qu'il requiert, le risque de sélection est faible. Cependant, comme dans le cas du financement par les coûts, il est possible que l'organisation soit portée à sélectionner des cas lourds pour augmenter son volume

de soins. La sélection de cas lourds est néanmoins moins problématique que la sélection de cas légers.

### **Risque de mauvaise qualité des soins**

La méthode implique le recueil de données exhaustives documentant les problèmes bio-psycho-sociaux de chaque client, et la préparation d'un plan de services cohérent avec les besoins découverts. La mesure des ressources requises se fonde donc en fait sur la démarche de planification des soins que la littérature s'accorde à reconnaître comme un préalable, une condition nécessaire pour la dispensation de soins de bonne qualité. De plus, étant donné que la méthode s'inscrit naturellement dans le processus de dispensation des soins, elle se marie beaucoup mieux que les autres méthodes de financement, avec les systèmes d'assurance de la qualité qui sont, eux aussi, arrimés au processus de dispensation des soins et elle favorise donc l'utilisation de tels systèmes. Il est donc justifié de parler ici de symbiose et de synergie entre systèmes de mesure de la quantité et systèmes de mesure de la qualité.

### **Risque de favoriser la dépendance**

Ce risque est proportionnel à la motivation des gestionnaires d'augmenter leur volume de soins et aux éventuelles économies d'échelle associées à cet accroissement. Il est largement contrebalancé par le fait que la mesure des ressources requises s'inscrit dans la démarche de soins dont l'étape finale est celle de l'évaluation des résultats des soins. Or, dans un milieu où guérison ne veut plus dire grand chose, le niveau d'indépendance est un indicateur-clé de résultat. Le soignant jugera sa performance sur sa capacité d'améliorer, ou au moins, de maintenir l'indépendance du bénéficiaire (les grilles de dépendance ont d'ailleurs été créées à cette fin). Il paraît donc raisonnable de postuler que le risque de favoriser la dépendance est inexistant dans le chef des soignants dont les objectifs sont à l'opposé. Il est très improbable que les gestionnaires courent le risque de démotiver les professionnels en les incitant à agir à l'encontre de leur code de déontologie. Au pire, on peut dire que les gestionnaires ne pousseront pas leur personnel à créer plus d'indépendance.

### **Risque de surproduction des soins**

L'organisation est payée pour les soins requis, non pour les soins donnés. Ce risque apparaît inexistant.

### **Risque de sous-offre de soins**

C'est le risque que les soins donnés soient (en volume) inférieurs aux soins requis. Ce risque est minimisé, au

niveau des organisations, par le fait que la méthode de financement exige l'explicitation, individu par individu, des besoins d'aide et la formulation d'un plan de service détaillé, cohérent avec les besoins inventoriés. Dans un tel contexte, il est très difficile pour le gestionnaire de ne pas déployer les ressources allouées puisqu'elles sont au plus égales aux besoins des bénéficiaires. Le personnel ne comprendrait pas et serait démotivé. De plus, et c'est là que réside le risque de sous-offre de soins dans cette modalité de financement, c'est la tutelle dans cette approche qui a le beau rôle puisqu'elle sait "tout" de chaque bénéficiaire. Elle peut décider de n'allouer que 80% ou 90% des ressources requises si elle estime que les mesures de ressources requises qu'on lui fournit sont basées sur des standards "trop" généreux de temps et de fréquence des actions de soins. La probabilité de l'apparition d'un tel comportement est grande dans un contexte de restrictions budgétaires. C'est là cependant une arme à double tranchant car la tutelle a besoin de la collaboration des organisations pour obtenir les données détaillées sur leur produit, exigées par la méthode de financement basé sur les ressources requises. Si les organisations ne sont pas récompensées pour leur transparence, il y a risque qu'elles boycottent le système. Ce risque est minimisé par le fait que la méthode permet au moins l'équité dans la sous-dotation: si la tutelle attribue seulement 90% du requis, tous les établissements seront sur le même pied et recevront 90% du requis.

### **Risque de favoriser l'institutionnalisation**

Les institutions n'ont aucun intérêt à conserver les cas légers et les organisations de services à domicile n'ont pas d'intérêt à se débarrasser de la tranche la plus lourde de leur clientèle.

### **Conclusion**

De toutes les modalités d'allocation des ressources, celle qui risque le moins d'induire des effets pervers est la méthode d'allocation des ressources fondée sur la mesure des ressources requises. Cette méthode est donc celle qui « produit » les organisations les plus performantes. Cela n'est pas l'effet du hasard mais résulte essentiellement de son processus transparent de détermination des services requis individuellement, intégré dans la démarche de soins et fondé sur des critères de pertinence, d'efficacité, d'équité et d'efficience. On a cependant noté que la tutelle pourrait être tentée, dans un contexte de restrictions budgétaires, de profiter de sa situation d'information presque parfaite pour limiter globalement les ressources allouées sous prétexte de standards de temps et de fréquence trop généreux et ce d'autant plus qu'elle peut défendre le fait que la méthode permet que la pénurie soit équitablement partagée (et donc moins dommageable). À l'inverse, les

méthodes de classification en raison de leur faible validité (étendue et chevauchement des classes) et fiabilité (interprétation, manipulation) induisent la plupart des effets pervers recensés, à l'exception de "favoriser la dépendance". Le bilan de la méthode du budget global est mitigé: cette méthode permet en effet d'éviter un certain nombre de risques; c'est plus particulièrement vrai des organisations qui se perçoivent comme surdotées (où le seul risque significatif est celui de surproduction des soins), mais il est probable que ces organisations sont rares. La méthode de financement des coûts présente nettement plus de risques qu'elle ne permet d'en éviter. Son bilan est plutôt négatif (**Tableau 1**).

Tableau 1. Effets pervers et modalités d'allocations des ressources

Effets pervers	Modalités d'allocation des ressources				
	Coûts	Budget global		Classification	Ressources requises
		Organisations surdotées	Organisations sous-dotées		
Tromper la tutelle	+++ Flou profitable aux organisations	+++++ Flou profitable aux organisations	-- Intérêt à la transparence Pas les moyens de recueillir les informations	++ Faibles validité et fiabilité	----- La plus grande transparence; trilogie; besoins-services-ressources
Sélection des cas rentables	+ Choisir des cas lourds pour augmenter le volume des soins	+ Utilisation des cas lourds pour justifier leur niveau de financement	+++++ Sélection de cas légers	+++++ Sous-groupes rentables dans chaque classe Marge de manoeuvre pour la sélection très variable	+ Choisir des cas lourds pour augmenter le volume de soins
Mauvaise qualité	+++++ Aucune incitation à la qualité Incitation à faire du volume	-- Investir dans la qualité et s'en servir pour justifier son niveau de financement	+++++ Rogner sur les coûts de la qualité	+++++ Aucune incitation à la qualité	----- Lien avec le processus de soin, et à travers lui, avec les systèmes d'assurance de la qualité (symbiose et synergie)
Favoriser la dépendance	++ Créer de la dépendance pour augmenter le volume de soins	+ Risque faible	----- Desserrer le carcan	+++++ Pour les clients situés aux frontières des classes	-- La création de dépendance va à l'encontre de la philosophie des soins
Surproduction des soins	+++++ Plus cela coûte cher, plus on est payé	+++++ Il faut tout dépenser	----- Budget étriqué	----- Incertitude quant à l'évolution de la dépendance	----- Organisation payée pour les soins requis, non pour les soins donnés
Sous-offre des soins	-----	-----	+++++ Inévitable	+++++ Surtout chez les organisations qui ne peuvent sélectionner	++ Déploiement des ressources allouées mais potentiel d'allocation insuffisante par la tutelle
Institutionnalisation: point de vue des institutions	----- Aucun intérêt à conserver des cas légers	----- Plutôt tendance à se départir des cas légers	+++++ Conserver les cas légers	+++++ Conserver les cas frontières rentables	----- Aucun intérêt à conserver les cas légers
Institutionnalisation: point de vue des organisations de service à domicile	----- Aucun intérêt à se débarrasser des cas lourds	----- Plutôt tendance à élargir leur bassin de clientèle du côté des cas plus lourds	+++++ Se débarrasser de la tranche la plus lourde de leur clientèle propre	+++++ Se débarrasser des cas frontières non rentables	----- Aucun intérêt à se débarrasser des cas lourds

## Références

- ANDERSEN, R., & NEWMAN, J.F. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. **Millbank Memorial Fund Q.**, Vol. 51, 95-124
- BANDE, C. (1994). **Les maisons de repos et de soins: Étude de la validité d'une échelle de dépendance comme mode de financement**. Mémoire de maîtrise. Faculté des Sciences économiques et sociales, Facultés Universitaires Notre-Dame de la Paix, Namur, Belgique, 132 pages.
- BRADSHAW, J. (1972). The Concept of Social Need. **New Society**, vol. 30, 640-3.
- COCHRANE, A.L. (1972). **Effectiveness and Efficiency - Random Reflection on Health Services**. London, The Nuffield Provincial Hospital Trust, 92 p.
- COLE, M. (1993). Assessing the Effectiveness of Geriatric Services: A Proposed Methodology. **Can. Med. Assoc. J.**, vol. 148, NE 6, 934-944.
- Conseil Médical du Québec (1995) **Avis sur la notion de requis au point de vue médical et sur les services médicaux assurés (AVIS 95-04)**, (décembre), 40 pages.
- DILL, A. (1993). Defining needs, defining systems: a critical analysis. **The Gerontologist**, Vol. 33, nE 4, 453-460.
- DONABEDIAN, A. (1973). **Aspects of Medical Care Administration. Specifying Requirements for Health Care**. Harvard University Press, Cambridge, Mass.
- FRIES, B.E., & COONEY, L.M. (1985). Resource Utilization Groups. A patient classification system for long-term care. **Medical Care**, Vol. 23, nE 2, 110-122.
- HARRINGTON, C. et al. (2000). Experts Recommend Minimum Nurse Staffing Standards for Nursing Facilities in the United States. **The Gerontologist**, Vol. 40, N° 1, 5-16.
- HEIMVERBAND SCHWEIZ (1996). **BESA Bewohnerinnen - Einstufungs - und Abrechnungssystem**. 2 Auflage, Heimverband Schweiz.
- KUNTZMANN, F. et al. (1982). Évaluation des besoins des pensionnaires des établissements gériatriques. **Revue de gériatrie**, Vol. 7, NE 6, 263-271.
- LEVIN, G., & ROBERTS, E.B. (1976). **The Dynamics of Human Service Delivery**, Ballinger, Cambridge, Mass., 257 p.
- MATHY, C., QUANTIN, C. & GADREAU, M. (1997). Gestion médicalisée et régulation hospitalière. Apport d'une modélisation par sous-groupes de coût intra-GHM. **Health and System Science**, Vol. 1, nE 2, 193-224.
- MC HUGH, M.L. & DWYER, V.L. (1992). Measurement issues in patient acuity classification for prediction of hours of nursing care. **Nursing Administration Quarterly**, vol. 16, nE 4, 20-31.
- MIILUNPALO, S. (1993). Measurement of Problem - Oriented Need. **Scand. J. Soc. Med.**, Vol. 21, NE2, 107-115.
- OREM, D.E. (1980). **Nursing Concept of Practice**, Mc Graw Hill.
- RHYS-HEARN C. (1986). **Quality, Staffing and Dependency: non-government nursing homes**. Government Publishing Service, Camberra, Australia, 176 pages.
- RIGAUX, N. & GOMMERS, A. (1985). **Charge de travail infirmier et dépendance des malades chroniques âgés**. École de Santé Publique, Université de Louvain, Belgique, 78 pages.
- SMALLWOOD, R., MURRAY, G.B. et al (1969). A Medical Service Requirements Model for Health System Design. **Proceedings of the IEEE**, vol. 57, nE 11, 1880-7.
- SMALLWOOD, R., SONDIK, E.J. & OFFENSEND, F.L. (1971). Toward and Integrated Methodology for the Analysis of Health Care Systems. **Operations Research**, vol. 19, nE 6, 1300-1311.
- TILQUIN C. & FOURNIER, J. (1985). **CTMSP 1985 - L'évaluation de l'autonomie et l'évaluation médicale du bénéficiaire**. Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 150 pages.
- TILQUIN, C. et al. (1985). L'intégration de la planification des soins et de la mesure de la charge de travail au service des démarches scientifiques du soignant et du gestionnaire: la méthode PRN. **L'Hôpital Belge**, vol. 22, nE 175, 17-23.
- TILQUIN, C. et al. (1991a). Clientèle en perte d'autonomie en institution: la méthode PLAISIR. **Gérontologie et Société**. Numéro monographique, 100-114.
- TILQUIN, C. et al. (1991b). L'adéquation entre besoins et offre de soins pour une clientèle âgée en perte d'autonomie - le système CTMSP. **Gérontologie et Société**, Numéro monographique, 93-99.
- TILQUIN, C. et al. (1995). Using the handicap code of the ICIDH for classifying patients by intensity of nursing care requirements. **Disability and Rehabilitation**, Vol. 17, nE 314, 176-183.
- TILQUIN, C. & COUPAL, M. (1987). **CTMSP 1987 - La détermination des services requis et la mesure des ressources requises**. Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 150 pages.

TILQUIN, C. & D'HOORE, W. (1998). Se fonder sur la mesure des ressources soit requises, soit données aux personnes en perte d'indépendance pour déterminer leur demande de ressources socio-sanitaires. **L'Année gérontologique**, 39-60.

TILQUIN, C., ROUSSEL, B. et al. (1993). **Manuel de référence du système PLAISIR 93**, EROS, Montréal, 200 pages.

TILQUIN, C., ROUSSEL, B., LAISNEY, G. & FERUS, L. (1992). Produire des indicateurs de charge temporelle de soins. **Objectif Soins**, Vol. 3 (mai), 22-29.

TILQUIN, C. & VANDERSTRAETEN, G. (1988). Health and social resources planning based on an activity analysis. In **Peter Zweifel (Ed.). Bedarf und Angebotsplanung im Gesundheitswesen**. Beiträge zur Gesundheitsökonomie, R. Bosch Stiftung, Vol. 17, Bleicher Verlag, Geiringen, 255-295.

TIRRITO, T (1994). Reimbursement Mechanisms and their Impact upon Nursing Home Patients. In **Long term care: Management, Scope and Practival Issues**, The Charles Press, Philadelphia, 42-53.

VETEL, J.M. (1994). AGGIR Où ? Quand ? Comment ? Pourquoi?. **La Revue de Gériatrie**, Tome 19, nE 9, 647-651.

VUORI, H.V. (1984). **L'Assurance de la qualité des prestations de santé**, OMS, Copenhague.