

**DESCRIPTION ET ANALYSE DES
OUTILS RAI, RUGs ET PLAISIR DANS
LA PERSPECTIVE DE LEUR UTILISATION
DANS UN SYSTÈME D'INFORMATION
POUR LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL**

**Charles Tilquin
EROS – Équipe de Recherche Opérationnelle en Santé Inc.**

Montréal, 12 février 1994

INTRODUCTION

Ce document est destiné à un pays ou une région qui désirerait doter son secteur médico-social d'un système d'information intégré et centralisé qui lui permettrait de documenter et monitorer l'alourdissement des résidents de ses établissements dans une perspective de planification, programmation, budgétisation (PPB) et de contrôle de l'utilisation des ressources. Ce système devrait aussi permettre de surveiller la qualité des soins dans les établissements.

Dans ce document technique, on décrit des outils les plus "populaires" dans les pays de l'ouest et on discute des différentes options d'intégration de ceux-ci dans un système d'information.

Les références relatives aux outils ont été regroupées à la fin du texte et on n'y renvoie pas à l'intérieur de celui-ci. Les seuls numéros de référence apparaissant dans le corps du texte sont ceux des publications autres que celles concernant les outils analysés ici.

Note de février 2010

Ce document non publié a été initialement préparé par EROS à l'intention des autorités du Canton de Vaud, à l'occasion du tout premier test à large échelle (800 résidents) de PLAISIR en Suisse dans le cadre du projet de recherche CAREMS. Cette étude visait à choisir un système pour le Canton de Vaud. À la suite de l'opération CAREMS, le système PLAISIR fut implanté par ce Canton.

Subséquentement, une étude plus large (CHORUS) fut conduite, et à la suite de celle-ci, l'utilisation de PLAISIR fut étendue aux Cantons de Genève, Neuchâtel et Jura.

Ce texte a donc plus de 20 ans. Depuis, beaucoup d'eau a coulé sous les ponts, mais le système PLAISIR est toujours utilisé dans tous les établissements des Cantons Romands précités et pour l'essentiel, ce que nous écrivions en 1994, est toujours valable aujourd'hui.

I. DESCRIPTION DES OUTILS

1.1 RUGs

Le système RUGs ou Resources Utilization Groups est un système de classification américain. Chacune de ses classes regroupe en principe des résidents requérant les mêmes quantités de soins.

Les poids des classes des RUGs rendent compte de l'intensité des soins infirmiers **et** de réadaptation. À une classe des RUGs, on associe donc 4 chiffres mesurant respectivement les heures de soins infirmiers, de physiothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie. On peut éventuellement combiner ces 4 chiffres en leur attribuant un poids relatif calculé, par exemple, en fonction du salaire du personnel de ces quatre (4) catégories.

Les RUGs comptent 44 classes dans leur version III qui sera la seule discutée ici (on nous a dit (à vérifier) que QSYS utilise la version II, ancienne, des RUGs dans son application du RAI en Suisse) Le grand nombre de classes s'explique principalement par le fait que les RUGs veulent, en plus de discriminer entre les résidents en fonction du niveau de leurs soins, différencier aussi les résidents sur une base clinique. C'est ainsi qu'il y a deux niveaux de classification dans les RUGs III. Un premier niveau, clinique, où on distingue entre sept (7) classes de résidents : les résidents qui ont besoin de réadaptation, ceux qui ont besoin de soins extensifs, ceux qui ont besoin de soins spéciaux, les cas cliniquement complexes, ceux qui ont des déficiences cognitives, ceux qui ont des problèmes de comportement, enfin ceux qui ont essentiellement besoins de soins physiques de base. Ces sept (7) classes cliniques sont, dans un second temps, divisées en fonction du critère d'intensité des soins pour donner les 44 classes finales.

Étant donné leur complexité, les RUGs utilisent un grand nombre de variables pour définir leurs classes. Les RUGs sont basés sur 80 variables, dont 60 à deux niveaux (variables (0,1)) et 20 variables ayant de 3 à 9 niveaux.

Il a été établi, avec la version II des RUGs, que le système explique 55 % de la variance des soins donnés.

Le système RUGs est probablement utile pour des fins autres que celles de la mesure du niveau des soins puisqu'il fournit aussi une classification "*clinique*" à 7 niveaux. Cependant l'utilisation du système à des fins cliniques est encore peu documentée dans la littérature. Cela s'explique peut-être par le fait que le sens "*clinique*" de certaines des 7 classes n'est pas très clair (soins extensifs, soins spéciaux, cas complexes) et que cette classification est fondée sur une logique hiérarchique dont la validité clinique ne fait pas consensus. On peut raisonnablement se poser la question de savoir si la combinaison dans les RUGs de deux critères de classification : clinique et administratif (niveau de soins) ne s'explique pas davantage par une recherche de crédibilité – en imitant le système des DRGs (4) (5) largement connu – que par une tentative de répondre à des besoins d'information clairement identifiés.

La fiabilité du système RUGs dépend de la fiabilité de ses 80 échelles (variables). En particulier, les RUGs utilisent quatre (4) échelles de mesure de l'indépendance pour les AVQ (Activités de la Vie Quotidienne) qui jouent un rôle très important dans la classification. Il serait intéressant de documenter la fiabilité de ces échelles.

Le système RUGs peut être utilisé indépendamment de tout autre système. Il suffit de demander aux évaluatrices de classer les résidents sur les 80 échelles qui constituent la base du système. On remarquera cependant, que ces 80 variables sont incluses dans le MDS (voir ci-dessous) et donc que les RUGs sont un sous-produit du MDS. À noter encore que les mêmes 80 variables sont présentes dans PLAISIR et donc que les RUGs sont aussi un sous-produit de PLAISIR.

Les RUGs doivent être calibrés. Une étude préalable doit être conduite pour déterminer le poids de chaque classe. Comme les RUGs, du moins dans leur version originale, sont orientés vers la mesure des soins donnés (et non requis), les poids des classes sont normalement obtenus par chronométrage ou évaluation subjective des temps de soins donnés en physiothérapie, ergothérapie, orthophonie et soins infirmiers. On pourrait aussi pondérer les RUGs en termes de soins infirmiers requis en utilisant un système comme PLAISIR.

Enfin, les règles de classification dans le système RUGs sont trop complexes pour qu'il soit possible de déterminer, de façon fiable, la classe d'un résident sans support informatique. L'algorithme de classification doit donc être programmé. Il faut, pour chaque résident, fournir à l'ordinateur la valeur pertinente de chacune des quatre-vingt (80) variables de base du système pour obtenir sa classe.

1.2 MDS

Le MDS (Minimum Data Set) est un outil de collecte de données américain sur l'état "*du résident*". Il correspond à la première partie de ce qu'on appelle communément : la démarche (scientifique) de soins. C'est donc un outil de nature différente des RUGs. Le MDS n'est pas un système de classification et son but n'est pas de mesurer le niveau des soins requis ou donnés au résident. **C'est une anamnèse.**

Le MDS est un outil clinique qui doit permettre aux intervenants de bien cerner l'état du résident (en terme de maladies, déficiences, incapacités, handicaps) dans le but de définir quels sont les soins les mieux adaptés à cet état. Le MDS d'un résident doit être mis à jour régulièrement. ce qui permet de suivre l'évolution de son état, de documenter l'efficacité des soins et de planifier les soins futurs.

Le MDS est un outil très riche. Nous avons opéré le décompte des variables du MDS+, la plus récente version du MDS. Ce décompte s'établit comme suit :

- 264 variables à deux niveaux (variables (0,1));
- 13 variables à trois niveaux;
- 14 variables à quatre niveaux;
- 10 variables à cinq niveaux;
- 40 variables impliquant la mesure/le comptage d'un paramètre

pour un grand total de 341 variables. Nous avons exclu de ce décompte le formulaire rempli à l'admission et permettant d'identifier le résident et d'établir quelle est sa routine quotidienne. Nous avons aussi exclu de ce décompte la section "*identification et background information*" du MDS lui-même.

Les principales sections du MDS sont les suivantes :

A : Identification et information de base	I : Continence
B : Sphère cognitive	J : Peau et poids
C : Sphère communication/ouïe	K : Diagnostics et problèmes de santé
D : Vision	L : Nutrition
E : Humeur et comportement	M : Dentition
F : Bien-être psycho-social	N : Traitements/Contraintes/Tests
G : Occupations/Activités	O : Médicaments
H : AVQ	

Le MDS est donc un questionnaire de collecte de données sur les personnes dépendantes en institution comme il en existe plusieurs. Il se caractérise entre autres, par son caractère totalement fermé. Il n'y a aucune question ouverte dans le MDS. Cela a été voulu pour faciliter le transfert sur informatique de ses données. Le MDS est conçu de façon à ne pas requérir le codage des données subséquemment à leur collecte. C'est l'évaluateur qui code lui-même les données au fur et à mesure de leur collecte. Le questionnaire peut ainsi aller directement de l'évaluateur à l'entrée de données sur ordinateur.

Enfin, le MDS contient toutes les données nécessaires pour classer le résident dans le système RUGs.

1.3 RAPs

Les Resident Assesment Protocols (RAPs) sont une série de 18 protocoles d'évaluation qui se veulent un complément au MDS. En effet, l'évaluation de l'état du résident à l'aide du MDS est considérée comme une évaluation **préliminaire** et si, à l'occasion de cette évaluation, certains problèmes/conditions/particularités du résident sont mis en évidence, on se doit alors

d'approfondir l'évaluation à l'aide du ou des RAPs pertinents. Les thèmes des 18 RAPs sont les suivants :

- | | |
|--|---------------------------------|
| 1. Délire | 10. Activités |
| 2. Perte cognitive/démence | 11. Chutes |
| 3. Vision | 12. État nutritionnel |
| 4. Communication | 13. Tubes de gavage |
| 5. AVQ/Potentiel de réadaptation fonctionnelle | 14. Déshydratation |
| 6. Incontinence/sonde urinaire | 15. Soins dentaires |
| 7. Bien-être psychico-social | 16. Ulcères de pression |
| 8. Humeur | 17. Utilisation de psychotropes |
| 9. Problèmes de comportement | 18. Utilisation de contraintes |

Comme on peut le constater, ces protocoles correspondent grosso-modo aux grandes sections du MDS énumérées plus haut et permettent donc d'aller plus loin dans l'évaluation pour chacune de ces sections.

Les RAPs ne se présentent pas, contrairement au MDS, sous la forme d'un questionnaire fermé. Ce sont des lignes directrices pour évaluer les problèmes du résident de façon **systematique**.

1.4 RAI

On appelle RAI (Resident Assesment Instrument), l'ensemble constitué par le MDS et les RAPs.

1.5 PLAISIR

PLAISIR est un outil intégré constitué de trois (3) parties, que nous appellerons ici A, B et C.

Partie A

La partie A de PLAISIR est une collecte de données comme le MDS. Elle présente la même caractéristique fondamentale que celui-ci, à savoir son caractère totalement fermé. Ici aussi, l'absence de question ouverte s'explique par l'informatisation des données. Ici aussi, l'évaluateur est le codeur.

Les principales sections de la partie A de PLAISIR sont les suivantes (nous faisons ici référence à PLAISIR 93, la dernière version du système) :

A : Identification	J : Compensation
B : Traitements de réadaptation reçus	K : Indépendance pour les AVQ
C : Soins infirmiers de réadaptation reçus	L : Vécu occupationnel
D : Traitements particuliers	M : Protection
E : Visites médicales	N : Contacts avec l'extérieur
F : Diagnostics et problèmes de santé	O : Intégration sociale
G : Mobilité physique	P : Fonctions psychologiques
H : Facteurs déterminants de la diminution ou de perte de mobilité	Q : Problèmes psychologiques
I : Diminution ou perte de la capacité d'usage d'un (des) membre(s)	R : Orientation

Cette liste couvre approximativement les mêmes thèmes que le MDS mais les deux systèmes sont quand même assez différents; dans plusieurs secteurs, PLAISIR va moins dans le détail que le MDS. Un décompte des variables de PLAISIR-partie A permet d'illustrer l'ampleur de cette différence. Ce décompte s'établit comme suit :

- 160 variables à deux niveaux (variables (0,1));
- 17 variables à quatre niveaux;
- 5 variables à neuf niveaux;
- 13 variables impliquant la mesure/le comptage d'un paramètre

pour un total de 195 variables alors que, comme on l'a vu plus haut, le MDS compte 341 variables.

Les principales sphères que documente le MDS et que ne documente pas PLAISIR sont les suivantes :

- indicateurs de délire
- **stabilité** de l'état cognitif
- type de limitation visuelle
- **potentiel** de réadaptation fonctionnelle
- **stabilité** des AVQ
- **stabilité** de la continence
- **stabilité** des problèmes d'humeur
- **stabilité** des problèmes de comportement
- activités préférées
- problèmes buccaux
- poids et taille
- problèmes nutritionnels
- **histoire** des ulcères de pression

Partie B

La partie B de PLAISIR n'a d'équivalent dans aucun des outils précédemment mentionnés. Cette partie permet l'établissement du plan de soins détaillé du résident pour une période d'une semaine (la semaine précédant la journée d'évaluation). Ce plan de soins a donc la forme d'une liste structurée, par catégories et zones de besoins, des actions de soins requises par le résident.

Chaque action de soins est décrite par son horaire journalier (à quelles heures de la journée elle est requise) et son horaire hebdomadaire (quels jours de la semaine), par son mode de compensation (guider et diriger, aide partielle, aide totale) et par un certain nombre d'autres paramètres spécifiques (nombre d'intervenants, présence constante du personnel, lieu du bain, niveau d'agitation, etc.). La partie B de PLAISIR propose 170 interventions de soins. En modulant ces différentes interventions par leurs divers paramètres, on peut définir un nombre beaucoup plus grand d'actions de soins spécifiques. La partie B de PLAISIR permet ainsi de créer un plan de soins réellement individualisé, reflétant avec précision les besoins de soins du résident.

Les grandes catégories de besoin structurant la planification des soins requis dans la partie B de PLAISIR sont les suivantes :

Respiration	Communication
Alimentation	Médication
Élimination	Thérapie I.V.
Hygiène	Autres traitements
Mobilisation	Méthodes diagnostiques

La partie B a aussi le format d'un questionnaire fermé. Elle ne requiert donc pas de codage. À noter encore que les parties A et B du système PLAISIR contiennent toutes les données nécessaires pour établir la classe du résident dans le système RUGs.

Partie C

La partie C de PLAISIR est transparente pour l'utilisateur. Elle est constituée d'une série de règles et de temps permettant de mesurer le niveau de soins (la charge en soins) du résident directement à partir de son plan de soins requis tel que recueilli à l'aide de la partie B du système. La partie C de PLAISIR prend la forme d'un algorithme sur support informatique. Les règles du système PLAISIR sont trop nombreuses, et pour certaines trop complexes, pour être utilisées manuellement. La partie C doit être automatisée.

Les extraits de la partie C de PLAISIR sont des indicateurs de charge en soins. Ces indicateurs peuvent être très détaillés (ils concernent alors une action de soins ou une intervention de soins)

ou plus globaux jusqu'à l'indicateur qui mesure globalement le niveau des soins du résident, donc le temps requis pour exécuter l'**ensemble** des actions de soins qu'il requiert.

La partie C de PLAISIR a donc une fonction similaire à celle de systèmes comme les RUGs, puisqu'elle fournit comme eux un indicateur du niveau global des soins du résident. Cependant, dans PLAISIR, cet indicateur est un indicateur individualisé, et non pas un indicateur lié à une classe comme le cas des RUGs.

II. DISCUSSION

Pour choisir un ou des outils, il faut préciser quels objectifs on poursuit en les implantant. Nous ferons ici l'hypothèse que ces outils doivent répondre aux besoins de deux catégories d'utilisateurs :

- les utilisateurs du niveau central qui ont besoin de données pour budgétiser, planifier, programmer et contrôler l'utilisation des ressources;
- les utilisateurs au niveau des établissements qui ont besoin de données pour gérer leur personnel soignant et suivre l'évolution de l'état de leurs résidents de façon à leur assurer des soins répondant à leurs besoins.

Le fait que le système d'information recherché doive répondre aux besoins des utilisateurs du niveau central implique qu'il soit le même pour tous les établissements, qu'il puisse être appliqué de façon uniforme, qu'il soit fiable, et qu'il soit fermé (un système d'information avec des questions ouvertes serait trop onéreux à opérer et il serait difficile de garantir sa fiabilité). Les systèmes suivants, constitués en combinant les outils décrits dans la section précédente, satisfont ces conditions :

1. MDS / RUGs;
2. PLAISIR A/B/C (RUGs en sous-produits);
3. MDS / PLAISIR B/C (RUGs en sous-produits).

Les RAPs qui constituent un outil clinique pertinent seulement pour le niveau établissement (il n'y a pas de données relatives aux RAPs qui remontent au niveau central) peuvent être ajoutés à n'importe laquelle des combinaisons précédentes. Nous n'en discuterons pas davantage étant donné qu'ils ne sont pas au cœur de la problématique analysée ici. De plus, la littérature des diagnostics infirmiers foisonne d'outils similaires aux RAPs et il conviendrait pour faire un choix éclairé, d'examiner aussi ces outils.

Ceci étant dit, voyons maintenant comment choisir entre les trois (3) systèmes précédents. Ceux-ci ont été présentés ci-dessus en ordre de complexité croissante. Dès lors, si le seul ou du moins le critère principal guidant le choix était celui de la simplicité, et corollairement du moindre coût, on devrait choisir MDS / RUGs.

Il y a cependant des critères plus importants que ceux de simplicité et de moindre coût, des critères comme la validité des informations produites, leur richesse, leur exhaustivité, leur acceptabilité par leurs utilisateurs. Nous allons maintenant examiner les trois systèmes proposés à la lumière de ces critères.

Les trois systèmes peuvent être répartis en deux grands groupes, le premier appartenant au premier groupe, les deux derniers au second. Le premier groupe est celui des systèmes combinant un recueil de données avec un système de classification, c'est-à-dire un outil de mesure indirecte du niveau des soins. Les deux suivants combinent un recueil de données avec un outil analytique de mesure directe (par addition du temps des actions de soins requises) du niveau des soins. Ces deux groupes se distinguent donc au niveau de la mesure du niveau des soins.

La première décision à prendre est donc celle de choisir entre classification et approche analytique. Ce choix se fera principalement sur la base de deux critères : coût et validité. La classification coûte en général moins cher mais est moins valide, la méthode analytique coûte en général plus cher mais est plus valide.

"All the fairly precise techniques for measuring a unit's consumption of nursing time are extremely costly to financial and human energy resources. Therefore, the precise methods are inappropriate tools for the measurement of daily nursing workloads and cannot be used to fine tune nurse staffing on a shift-to-shift basis. Patient acuity classification systems were developed to support day-to-day staffing decisions. They are derived from the more complex work measurement studies." (6)

La citation précédente propose un choix dans le cas de la mesure du niveau des soins infirmiers en milieu hospitalier de soins de courte durée. Dans un tel milieu, si on mesure le niveau des soins de chaque client chaque jour, il est, selon les auteurs cités ci-dessus, inapproprié d'utiliser les méthodes analytiques plus précises mais trop coûteuses et donc, il faut se rabattre sur les méthodes de classification.

Notons tout d'abord que tout le monde ne partage manifestement pas le même point de vue puisque nombreux sont quand même les hôpitaux de soins aigus qui utilisent le PRN (7) et qui donc estiment que le coût supplémentaire associé avec cette méthode analytique est plus que compensé par les bénéfices qu'ils retirent de données plus valides.

Ensuite, cette citation fait référence à la mesure de la charge de soins journalière (**daily** nursing workload). Selon elle, les outils de classification furent développés pour supporter les décisions de dotation au jour le jour (day-to-day staffing decisions). Ici, nous nous trouvons dans un contexte différent : en soins prolongés pour les personnes dépendantes, il est clair qu'il est superflu de mesurer les charges de soins chaque jour; en effet, les deux principaux déterminants des charges de soins dans les unités de soins, à savoir le nombre de résidents d'une part, et le niveau des soins requis par chaque résident d'autre part, fluctuent beaucoup moins de jour en jour qu'en soins aigus.

L'expérience montre qu'il est suffisant, du point de vue des utilisateurs qui ont besoin de l'information la plus fine – c'est-à-dire les utilisateurs du niveau des établissements – de mettre à jour les mesures de niveau de soins des résidents tous les trois ou quatre mois, cette mise à jour ne s'appliquant par ailleurs qu'aux seuls résidents dont les besoins ont changé depuis la dernière mise à jour.

Ainsi donc, en milieu de soins prolongés, l'opportunité de se rabattre sur les systèmes de classification est beaucoup moins évidente qu'en soins aigus puisque disparaît l'argument principal du coût élevé lié à une **utilisation intensive** (quotidienne des outils). Quand on sait en plus, que même en soins aigus, la preuve a été faite avec le système PRN qu'il était possible d'utiliser quotidiennement une méthode analytique sophistiquée à des coûts raisonnables, on conviendra que la défense des systèmes de classification, n'est pas facile à assurer. Mais, nous allons quand même examiner le pour et le contre des deux approches.

Nous allons d'abord nous attacher à expliquer pourquoi les systèmes de classification sont moins précis que les systèmes de mesure analytique.

"Patient classification systems may be thought of as greatly reduced and simplified instruments for work measurement. They are useful tools for *estimating* nursing units' workloads. They are not precise measures, and the estimates will have rather large amounts of error because simplifying the measurement of workload sacrifices a great deal of precision. The loss of precision is a function of the essential task of patient classification, the effort to super-impose a multimodal distribution on what is essentially a normal distribution of patients' nursing needs." (6)

Le problème fondamental est le suivant. En soins prolongés, on peut dire que 99 % des résidents demandent entre 0 et 6 heures de soins par jour. Ce qu'on demande donc aux outils de mesure, c'est de prédire où le niveau de soins d'un résident se situe dans ce continuum de 0 à 6 heures-soins.

Les systèmes de classification prétendent regrouper dans une même classe des résidents qui requièrent "*sensiblement le même*" niveau de soins. Imaginons un système de classification qui aurait 12 classes (nous choisissons ce nombre pour faciliter notre exposé) et qui serait idéal, c'est-à-dire qui regrouperait, sans faire d'erreur, les résidents les plus proches en terme de niveau de soins. Ce système idéal découperait donc le continuum de 0 à 6 heures-soins en 12 intervalles de 0 à ½ h., de ½ h. à 1 h., de 1 h. à 1½ h., etc. Ceci pour la définition des classes. Maintenant, pour mesurer le niveau des soins, il faut associer avec chaque classe (donc ici chaque intervalle) une norme qu'on appelle le poids de la classe. Ici, on choisira naturellement le point milieu de chaque intervalle; ainsi le résident de classe 3, c'est-à-dire celui dont le niveau de soins tombe dans l'intervalle de 1 h. à 1½ h. de soins, se verra attribuer le niveau de soins 1¼ h. par le

système de classification. Or, il est possible que ce résident soit un résident dont le niveau de soins réel corresponde aux limites inférieures ou supérieures de l'intervalle, soit 1 h., soit 1½ h. Donc, même avec un système de classification **idéal** à 12 classes comme celui décrit ici, pour certains résidents, on commettrait des erreurs de l'ordre de 15 minutes. Pour un résident qui demande 1 heure soins, c'est une erreur relative de 25 %. Pour un résident qui demande 1 ½ h., c'est une erreur de 12.5 %. Ces erreurs sont cependant des erreurs extrêmes. Si on fait l'hypothèse que les résidents, quant au niveau de leurs soins, sont distribués uniformément dans les intervalles définissant les classes, l'erreur moyenne dans un système **idéal** à 12 classes sur le continuum de 0 à 6 heures, serait de 7.5 minutes.

Le système de classification idéal n'existe évidemment pas. Qu'elles soient construites empiriquement ou statistiquement, les règles de classification aboutissent toujours à des systèmes dont les classes se chevauchent plus ou moins fortement. Par chevauchement, on entend le fait que la limite supérieure (l'intensité maximum de soins) de la classe x est plus grande que la limite inférieure de la classe $x + k$. Ceci a deux conséquences fâcheuses :

- la première est que les intervalles correspondant à chacune des classes s'agrandissent et, avec eux, les erreurs de mesure dont il a été question plus haut. Les agrandissements dont il est question ici ne sont pas de petits agrandissements. Les intervalles de classe d'un système de classification "*réel*" peuvent facilement être trois ou quatre fois (selon les classes) plus grands que ceux du système de classification "*idéal*" correspondant, et donc les erreurs de classification peuvent être trois ou quatre fois plus grandes que celles qu'on commettrait avec le système de classification idéal.
- la seconde, est qu'on pourra retrouver en classe $x + k$, un résident dont le niveau de soins est en réalité moins grand qu'un résident qu'on retrouvera en classe $x - k$ et par le système de poids associé aux classes, le résident le moins lourd se verra ainsi attribuer par le système de classification, un niveau de soins plus élevé que celui du résident le plus lourd. Ce problème est très important parce qu'il saute littéralement aux yeux des utilisateurs et quand, comme cela arrive souvent, la classe attribuée au résident par le système ne correspond pas à celle que l'évaluateur lui attribue intuitivement, le système perd toute crédibilité et ses utilisateurs soit l'abandonnent, soit le manipulent de façon à ce qu'il produise des classes correspondant à ce qu'ils pensent. Dans un tel cas, l'utilisation du système de classification n'est qu'une mascarade cachant un système d'évaluation purement subjectif.

On peut bien sûr essayer de diminuer les erreurs de mesure associées à la classification en multipliant le nombre de ses classes. Cependant techniquement ce n'est pas facile et pratiquement, comme cela amplifie le phénomène de chevauchement – trois, quatre, cinq... classes pouvant s'entrecroiser sur le même intervalle – cela ne fait qu'accroître les problèmes de validité d'apparence ("*face validity*"), et donc de rejet ou manipulation.

Bien entendu, les problèmes dont il a été question ci-dessus sont relatifs à l'estimation du niveau de soins d'un résident. On peut argumenter avec raison que si erreurs de classification il y a, ces erreurs ont tendance à s'annuler mutuellement lorsqu'on s'intéresse non plus au niveau de soins d'un résident mais à la charge en soins obtenue par addition des niveaux de soins d'un groupe de résidents.

Le poids de cet argument dépend de la réponse qu'on apporte aux deux questions suivantes :

- a) s'intéresse-t-on seulement à la charge de soins des groupes de résidents ou bien le niveau des soins du résident individuel est-il un élément d'information qui présente de l'intérêt pour les décideurs (cliniques ou administratifs) ?
- b) à partir de quelle taille de groupe, peut-on considérer que les erreurs individuelles de classification à la hausse sont compensées par les erreurs de classification à la baisse, de telle façon que l'erreur de groupe est en moyenne nulle ? (ou constante dans le cas d'une erreur systématique).

Même si ce sont seulement les utilisateurs des établissements qui peuvent apporter une réponse circonstanciée à la question a), on citera quand même ici quelques raisons qui font croire que les mesures individuelles du niveau des soins ne sont pas sans intérêt. En soins prolongés, le niveau des soins du résident est un paramètre important dans le choix de l'entité qui va le prendre en charge; c'est le niveau des soins qui va justifier un transfert d'une unité de soins à l'autre, ou d'un établissement à l'autre; il faut que le bénéficiaire ait au moins besoin de soins de niveau x pour qu'il puisse être admis dans le réseau institutionnel, etc. Par ailleurs, la connaissance du niveau des soins de chaque résident est une donnée précieuse pour répartir le travail entre les membres du personnel de l'unité de soins. La mesure du niveau des soins requis par le résident est aussi un indicateur synthétique de l'amélioration ou de la dégradation de son état.

La deuxième question n'admet pas de réponse générale. La taille du groupe dépend du système de classification. Les concepteurs des RUGs ne se sont apparemment pas posé la question et donc nous ne connaissons pas la réponse dans le cas des RUGs.

En résumé, les erreurs de mesure du niveau des soins du résident individuel dans les systèmes de classification sont trop importantes pour que des décisions relatives à l'individu concerné puissent être fondées sur l'estimé de son niveau de soins. En d'autres termes, choisir l'approche de la classification plutôt que celle, analytique, de la mesure individuelle du niveau des soins, c'est renoncer à utiliser les données de niveaux de soins individuelles entachées d'erreurs trop importantes et donc n'utiliser que les données de niveau agrégé. À quel niveau d'agrégation ? La réponse dans le cas des RUGs n'est pas connue.

Les méthodes analytiques sont exemptes des erreurs associées au processus de classification puisqu'elles mesurent le niveau des soins du résident individuellement par addition du temps des

actions de soins qu'il requiert. Dans l'intervalle de 0 à 6 heures-soins par jour, dans un système de classification, les seuls niveaux de soins possibles sont les poids des classes. À l'opposé, dans les systèmes de mesure analytique, tous les points du continuum de 0 à 6 heures-soins sont des valeurs possibles du niveau des soins.

À noter qu'on associe parfois une classification des résidents aux systèmes de mesure analytique. Ainsi, est associée à PLAISIR, une classification des résidents en 8 classes. Cette classification n'est cependant pas une classification du même type que les RUGs. C'est une classification idéale au sens précédemment défini dans ce texte, et elle peut être idéale parce qu'au lieu de précéder la mesure du niveau des soins (comme dans le cas des RUGs), elle procède de celle-ci. Elle est en effet obtenue en divisant le continuum des soins de 0 à 6 heures-soins en 8 intervalles. Connaissant le niveau de soins du résident selon PLAISIR, on sait dans quel intervalle ce niveau tombe et on obtient ainsi sa classe. C'est la démarche exactement inverse de celle du système des RUGs où il faut connaître d'abord la classe du résident pour en déduire ensuite son niveau de soins. La classification associée à PLAISIR n'est donc pas utilisée pour mesurer le niveau de soins du résident, - les problèmes de validité discutés ci-dessus ne s'appliquent donc pas dans le cas de cette classification -, elle est seulement utilisée pour décrire le mélange (le "*mix*") des résidents.

Si les méthodes analytiques ne sont pas sujettes aux erreurs rencontrées dans les systèmes de classification, cela n'entraîne pas automatiquement que leurs estimés du niveau de soins soient sans faille. Nous ne nous engagerons cependant pas très loin ici dans la question de la validité des systèmes de mesure analytique parce que celle-ci est de peu d'intérêt quand il s'agit de comparer la validité **relative** des systèmes de classification et de mesure analytique. En effet, comme on l'a déjà dit, pour pondérer les classes d'un système de classification, il faut utiliser un système de mesure analytique. Et donc, les éventuelles insuffisances du système de mesure analytique utilisé pour pondérer les classes d'une classification, sont répercutées dans les poids de cette classification qui est alors affectée des mêmes insuffisances.

En résumé, les systèmes de classification sont sujets à deux grands types d'erreurs; celles qui sont liées au processus de classification lui-même et celles qui sont liées à la pondération des classes, cette pondération étant nécessairement réalisée avec un système de mesure analytique. En conséquence, ce qui va faire différence entre mesure analytique et classification, ce sont les erreurs de classification, les erreurs inhérentes à la mesure analytique étant communes aux deux approches.

Nous avons traité jusqu'ici de la validité interne des systèmes de mesure analytique et de classification. Il nous reste à parler de leur validité externe et de leur validité dans le temps.

La question de la validité externe est très importante puisque PLAISIR est un outil Québécois et le RAI/RUGs est un outil US. La question posée ici est la suivante : admettant que ces systèmes soient reconnus comme valides dans leur pays d'origine, sont-ils pour autant valides à l'étranger?

Dans le cas de PLAISIR, on dispose d'un certain nombre d'éléments de réponse qui ont été fournis par l'expérience Suisse. On citera aussi à l'appui de la validité externe de PLAISIR, le fait que son alter ego pour les soins aigus, le système PRN, est utilisé dans de nombreux pays. La grande validité externe des systèmes analytiques peut étonner a priori mais quand on y regarde bien, on doit admettre qu'elle n'a en fait rien de surprenant. En effet, les soins varient peu d'un pays développé à l'autre; ce qui change éventuellement ce sont leurs modalités d'application comme leur fréquence ou leur répartition entre les différentes catégories d'intervenants. Or, un système de mesure analytique comme PLAISIR permet de refléter ces différences puisque la seule chose qu'il "impose" c'est une nomenclature d'actions de soins et une échelle relative de valeurs (temps) pour cette nomenclature. Pour le reste, l'application du système dans un contexte permet de refléter les particularités de celui-ci, sa philosophie et ses standards de soins, les contraintes liées à l'environnement physique ou aux ressources financières. De là, l'explication de l'utilisation « sans problème » du système PRN en Suisse, en Italie, en France, en Espagne ..., et de PLAISIR en Suisse.

En ce qui concerne la validité externe du système RAI/RUGs, nous savons que certaines expériences avec ces systèmes sont en cours en Europe mais nous n'en connaissons pas les résultats. Nous nous bornerons donc à quelques commentaires généraux. La validation du RAI à l'étranger ne pose guère de difficultés puisqu'il s'agit d'un questionnaire. Celle des RUGs pose, quant à elle, des problèmes beaucoup plus considérables. Sans entrer dans des détails trop techniques, on se rappellera que les RUGs ont été construits à partir d'une base de données américaine constituée essentiellement de deux types de données :

1. un profil de chaque résident de type MDS ;
2. une mesure par une méthode analytique (dont on ne sait pas grand-chose) des heures-soins données à chaque résident.

Ces données ont été recueillies pour un échantillon de plusieurs milliers de résidents mais non représentatif (cas non tirés au hasard) de l'aveu même des concepteurs des RUGs. De plus, on ne trouve dans la littérature aucune information sur la validité de la méthode de mesure analytique utilisée pour acquérir les données sur les heures-soins données à chaque résident. Bref, il est probable que si le système n'était pas Américain et supporté par des fonds considérables en provenance de l'administration fédérale, il n'aurait jamais bénéficié de la reconnaissance dont il jouit actuellement à l'étranger. La même chose peut d'ailleurs être dite des DRGs.

De plus, comme mentionné, la classification RUGs a été construite à l'aide d'un algorithme de classification automatique (AUTOGROUP) à partir de la base de données précitée, donc à partir de mesures de soins donnés aux États-Unis et de profils de résidents américains. Il n'y a rien qui garantisse que ces profils ressemblent aux profils des résidents des établissements européens pas plus qu'il n'y a de garanties que les soins donnés aux États-Unis soient comparables aux soins donnés en Europe : différence de philosophie, de standards et de techniques de soins; implication

différente dans les soins des différentes catégories de personnel, de la famille et des bénévoles, etc.

Ceci nous amène à conclure que la validité des RUGs américains dans le contexte européen peut légitimement être mise en doute et qu'on devrait normalement considérer les RUGs comme une méthodologie éventuellement applicable en Europe pour construire une classification RUGs européenne et non comme un outil transportable tel quel. Cela implique donc que l'Europe devrait repartir à zéro et refaire des RUGs reflétant la réalité des soins dans ses établissements du secteur médico-social. Il s'agit là d'une étude de longue haleine demandant des ressources importantes. Et ajoutons qu'au départ de cette étude, une décision très importante devrait être prise, celle de savoir si la classification sera conçue pour mesurer le niveau des soins **donnés** (comme c'est le cas dans les RUGs) ou des soins **requis**.

Enfin, reste la question de la validité des outils **dans le temps**. Les soins évoluent, les "mix" de résidents aussi. Dès lors, la validité d'un système n'est jamais définitivement acquise. La validité des systèmes de mesure analytique peut être beaucoup plus facilement vérifiée que celle des systèmes de classification. En effet, alors que les règles de classification dans ces derniers constituent, de facto, une boîte noire pour l'utilisateur, le fait que dans les systèmes de mesure analytique, la nomenclature des actions de soins sur laquelle se fonde la mesure soit explicite permet facilement à l'utilisateur de savoir quand cette nomenclature n'est plus à jour. Une mise à jour peut alors être demandée et celle-ci est relativement aisée. C'est ainsi que les systèmes PLAISIR et son alter ego PRN ont été régulièrement mis à jour depuis 1974.

Les systèmes de classification exigent eux aussi une mise à jour régulière.

"As care protocols change, the classification system may have to be adjusted or revised to take into account different care "items". Also, a trend toward increased acuity may be a function of increasing patient acuity, or it may be a function of loss of rater reliability in the direction of "overclassifying". Stable acuity may be a function of unchanged patient care requirements or of an instrument that was not designed to measure the new type of care being delivered (...) An imprecise measure, such as the typical patient classification system in use today, should be retested for validity as least every three to five years, and for rater reliability annually." (6)

Cette mise à jour est plus difficile que celle des systèmes de mesure analytique de l'intensité. Elle exige à toute fin pratique qu'on reparte de zéro. Donc qu'on recueille une nouvelle banque de données et qu'on reconstruise une nouvelle classification à partir de celle-ci. Ceci représente un coût non négligeable, beaucoup plus important que celui de la mise à jour d'un outil de mesure analytique comme PLAISIR. En effet, dans le cas de la mise à jour d'une classification toute

l'étude doit être conduite **localement** pour s'assurer que la boîte noire des règles de classification soit valide dans le contexte où la classification sera appliquée, alors qu'une expérience de 20 années démontre qu'un système de mesure analytique comme PLAISIR, du fait de sa grande validité externe, peut être mis à jour par ses concepteurs avec une participation très limitée, donc peu coûteuse, de ses utilisateurs.

Il existe d'autres critères qui méritent aussi l'attention, lorsqu'il s'agit de choisir entre méthode analytique et classification. L'un de ceux-ci est celui de richesse de l'information produite. Les RUGs permettent de produire quatre indicateurs de niveau des soins, (soins infirmiers, physio, ergo et orthophonie), PLAISIR plusieurs dizaines pour les seuls soins infirmiers puisqu'il permet de calculer le niveau des soins pour n'importe quel groupe d'actions de soins. Des informations détaillées sur le niveau des soins par catégories d'actions (zones de besoins) peuvent s'avérer très précieuses dans des études coûts/bénéfices des soins, dans la détection de problèmes de qualité des soins, dans la répartition des activités entre catégories de personnel.

De plus, un système de mesure analytique comme PLAISIR implique l'emmagasinage dans l'ordinateur d'une information précise sur chacune des actions de soins requises par le résident. Ces informations sur les "*services*" requis par le résident, jointes aux données sur son état et aux données sur les quantités de ressources requises issues du module de mesure du niveau des soins, permettent de documenter dans son entier le continuum : état → services → ressources, la fameuse relation d'équivalence de Donabedian, (8) qui spécifie que le résident d'un système de santé peut être décrit en terme de son état, en terme des services qu'il requiert compte tenu de son état, et en terme des ressources requises pour donner les services qu'il requiert. Ces trois descriptions ne sont pas indépendantes, le profil de ressources du résident résulte de son profil de services qui lui-même résulte de son profil d'état. La logique de ce modèle peut paraître évidente, elle n'en est pas moins précieuse à différents égards. D'abord parce qu'elle colle à la démarche de soins, ce qui fait qu'un outil de mesure analytique s'intègre naturellement dans les activités du soignant, ne lui apparaît pas comme un "*corps étranger*" à son métier. Ensuite, parce que la méthode analytique rend explicite les éléments (de services) sur lesquels on se base pour mesurer le niveau des soins. La classification qui escamote le concept de service dans la relation précitée, pour passer directement du profil d'état du résident à son profil de ressources, apparaît au soignant par comparaison avec la méthode analytique, comme une **boîte noire**. Plus fondamentalement, **il est communément admis qu'un bon système d'information dans le secteur de la santé doit documenter les trois composantes de continuum parce qu'il est impossible d'analyser et comprendre l'utilisation des ressources sur la seule base du profil d'état (de besoins) du résident, en faisant abstraction des services qu'il requiert.**

En résumé, en termes de richesse de l'information produite, la méthode analytique a nettement l'avantage sur la méthode de classification; elle documente les services, ce que ne fait pas la méthode de classification et ce faisant **elle ajoute de la valeur** aux données sur l'état et les ressources, et elle est plus féconde aussi en données sur les ressources.

Nous terminerons cette très longue comparaison par un dernier critère, celui de la "falsifiabilité", c'est-à-dire la possibilité pour les utilisateurs de falsifier les mesures du niveau des soins dans les deux approches. La méthode analytique est moins aisément falsifiable que la méthode de classification du fait de son intégration dans la démarche de soins et parce qu'elle requiert la production de deux profils détaillés du résident (état et services) dont la cohérence peut être vérifiée par un évaluateur externe. Pour échapper au dépistage, le falsificateur doit avoir pris la décision délibérée de falsifier, et investir du temps et de l'énergie pour présenter des portraits du résident en termes d'état et de services qui paraissent cohérents et vraisemblables. Il est beaucoup plus facile de falsifier les systèmes de classification (surtout un système à quelques variables; mais même un système comme les RUGs avec ses 80 variables peut facilement être faussé par un utilisateur qui se rend compte que les 4 variables qui jouent un rôle déterminant dans la mesure du niveau sont les variables d'AVQ) et c'est plus difficile de s'apercevoir et de prouver des falsifications dans le cas de la classification que dans le cas de la méthode analytique puisqu'on ne dispose plus, dans la classification, de deux profils du résident dont on peut vérifier la cohérence. De plus, alors que la falsification dans le cas analytique exige un falsificateur convaincu, structuré et sophistiqué fournissant des données fausses mais cohérentes, de façon délibérée, dans le cas de la classification, on peut falsifier tout en se disant qu'on ne falsifie pas puisque tout ce qu'on a fait c'est, pousser, **peut-être**, un peu trop vers le haut l'évaluation du résident pour une ou deux variables. Le problème, c'est que cette "*petite exagération*" aura souvent pour effet de faire sauter le résident d'une ou deux classes, et donc des conséquences non négligeables en terme de mesure du niveau de ses soins.

Ayant fait le tour des arguments importants qui peuvent être invoqués pour choisir entre méthode analytique et la classification, donc entre les deux groupes de systèmes à savoir d'un côté

1) MDS / RUGs

et de l'autre :

2) PLAISIR A/B/C

3) MDS / PLAISIR B/C

la seule question qui reste à régler, si on opte pour la méthode analytique, c'est celle du choix entre PLAISIR PARTIE A et le MDS.

Comme on l'a vu dans la description de ces outils, il s'agit donc de choisir entre deux collectes de données, l'une, le MDS, étant plus exhaustive que l'autre. Ce choix a, à notre avis, moins d'implications que le précédent, entre méthodes de classification et de mesure analytique du niveau des soins. Il s'agit essentiellement d'une question de coût et de bénéfices. Tout dépend en fait de pourquoi on fait la collecte de données. Si on voit la finalité du système essentiellement comme celle de mesurer le niveau des soins, alors PLAISIR A suffit amplement. Les expériences Québécoises et Suisses indiquent que les évaluateurs trouvent déjà que le recueil des données du

système PLAISIR est exigeant. Il est certain qu'ils trouveraient le MDS, qui compte 341 variables contre 195 pour la partie A de PLAISIR, encore beaucoup plus exigeant.

Donc, une collecte de données plus complète comme celle du MDS ne pourra être "*vendue*" aux utilisateurs que si on peut les convaincre de son utilité, donc s'ils peuvent s'en servir aussi à des fins cliniques pour identifier et résoudre les problèmes des résidents. Il faudrait en plus qu'on puisse établir que ces fins cliniques sont significativement mieux servies par le MDS que par la partie A de PLAISIR. Or, quand on examine la partie A de PLAISIR pour voir si elle permettrait de détecter les 18 problèmes auxquels sont associés les RAPs, on constate qu'il ne manque que quelques éléments d'information à PLAISIR-partie A pour qu'on puisse opérer cette détection. Donc on pourrait modifier PLAISIR-partie A pour permettre d'identifier les problèmes du résident (parmi les 18) et cela sans l'alourdir beaucoup.

Il reste cependant deux points cruciaux à examiner en relation avec la finalité clinique du système. Celui de la décentralisation du système d'information et celui de l'implantation effective de la démarche de soins. Le système d'information dont il a été question jusqu'ici, était vu comme centralisé et cela implique nécessairement que la rétro-action de l'information vers les usagers se fasse avec un certain délai, deux à trois semaines au moins. Ceci ne pose pas de problème en ce qui concerne la finalité première du système, celle de mesurer le niveau des soins. La question se pose différemment dans le cas de sa finalité clinique. Là, les délais comptent. C'est un problème que de recevoir des extraits du centre de traitement des données identifiant les problèmes des résidents deux ou trois semaines après la collecte de données. Ou bien, les problèmes du résident auront été identifiés entre-temps et leur processus de résolution mis en œuvre; ou bien, ils seront passés inaperçus, et l'état du résident aura eu le temps de se détériorer.

Tout ceci pour dire qu'à notre avis, une implantation efficace du MDS dans une perspective clinique implique une **décentralisation** du système d'information, c'est-à-dire la saisie et le traitement des données cliniques dans chaque établissement, ces données continuant à être envoyées au centre de traitement et d'analyse pour leur exploitation aux fins de planification, programmation, budgétisation (PPB) et contrôle de l'utilisation. On parle donc alors de la mise en place d'un système beaucoup plus lourd en termes de matériel mais aussi de ressources humaines. Il faudra former du personnel dans chaque centre, à l'entrée, la validation et le traitement des données.

Mais bien plus, **il faudra faire une formation intensive du personnel à la démarche de soins** et cela n'est pas une petite entreprise. Le Ministère de la santé a fait une telle expérience au Québec au moment de l'implantation de PLAISIR, avec un outil de support à la démarche de soins moins sophistiqué que le RAI et cette expérience a été un échec en dépit des ressources considérables investies dans le projet. (On rencontre les mêmes problèmes en soins aigus; et à cet égard, il serait intéressant de profiter de l'expérience des hôpitaux Suisse dans ce domaine). La résistance au changement – très forte parce qu'on intervient ici sur la façon de faire habituelle du personnel, le niveau de formation insuffisant, la surcharge de travail ne sont pas étrangères à cet

insuccès. Les communications présentées à la dernière conférence nationale sur le RAI (Portland, Maine, USA, 1993) rapportaient les mêmes problèmes aux USA. Le système d'information centralisé fonctionne dans plusieurs États qui disposent donc d'une banque de données sur l'état et les problèmes des résidents de leurs "*nursing homes*" mais au niveau local, on utilise peu ou pas les données pour supporter la démarche de soins pour le résident individuel. Selon les conférenciers, les raisons invoquées ci-dessus (résistance au changement, niveau de formation, surcharge de travail) expliquent cette situation mais aussi le fait que le système n'informatise, donc ne formalise, que la première partie de la démarche de soins, à savoir la collecte de données, alors que les étapes suivantes de la démarche; l'identification des problèmes, leur priorisation, la définition des objectifs de soins, l'élaboration du plan de soins et l'évaluation des résultats des soins ne sont en général même pas formalisées dans un dossier de soins papier bien organisé. Or, du point de vue de la démarche de soins, la collecte de données ne se justifie que dans la mesure où ces données sont par la suite effectivement utilisées. Ce qui n'est en général pas le cas actuellement. Or, à notre avis, **c'est l'utilisation locale des données pour le résident individuel qui exige un MDS aussi détaillé.** À partir du moment où les données ne sont utilisées qu'au niveau central (et au niveau local, mais avec délai et en relation avec l'ensemble des résidents plutôt que pour chaque résident pris individuellement), il devient légitime de questionner le niveau de détail du MDS.

Dès lors, nous croyons que la substitution du MDS à PLAISIR-partie A ne se justifie que si on est prêt à investir dans l'implantation de la démarche de soins. Sinon, PLAISIR-partie A permet de constituer une base de données cliniques qui paraît suffisante dans un système centralisé pour répondre au besoin de PPB et de contrôle de l'utilisation, et aussi pour surveiller la qualité des soins sinon sur une base individuelle, du moins sur une base d'établissement.

CONCLUSION

Nous avons montré que les preneurs de décision du Canton de Vaud doivent essentiellement choisir entre :

1. la méthode analytique et la méthode de classification pour mesurer le niveau des soins;
2. la mesure du niveau des soins requis et celui des soins donnés;
3. des recueils de données (entre autres, le MDS et PLAISIR-partie A; mais d'autres options sont envisageables) plus ou moins détaillés.

La réalisation d'un choix rationnel implique la spécification des différents objectifs poursuivis en implantant le système d'information, la détermination de l'importance relative de ces objectifs, et du budget d'investissement et d'opération disponible, tenant compte des coûts de la structure centrale de gestion du système et des coûts pour les établissements.

Nous n'avons pas discuté dans les lignes qui précèdent du choix entre la mesure des soins requis et celle des soins donnés parce que les outils revus ici permettent de faire l'une ou l'autre. Il est vrai que les RUGs dans leur version originale mesurent les soins donnés et que PLAISIR mesure les soins requis mais il serait possible de pondérer les RUGs en termes de soins requis et PLAISIR en terme de soins donnés.

Dans les quelques lignes qui suivent, nous reprendrons les principaux arguments cités en faveur ou en défaveur de l'un ou l'autre outil de mesure du niveau des soins.

Système de classification (RUGs) (mesure indirecte du niveau de soins)	Système de mesure analytique (PLAISIR) (mesure directe du niveau de soins)
Non valide pour la mesure du niveau des soins du résident individuel.	Fournit une mesure valide du niveau des soins du résident individuel.
Valide pour la mesure de la charge de soins de groupes de résidents (mais la taille nécessaire du groupe pour assurer cette validité est non documentée).	A fortiori, valide pour la mesure de la charge de soins d'un groupe de résidents quelle que soit sa taille.
Validité d'apparence faible : chevauchement très important des classes et les règles de classification constituent une boîte noire pour l'utilisateur. Incitation à la falsification.	Validité d'apparence élevée : mesure individualisée du niveau de soins, pas de chevauchement puisque pas de classification a priori et nomenclature des actions de soins explicite.

(suite)

Système de classification (RUGs) (mesure indirecte du niveau de soins)	Système de mesure analytique (PLAISIR) (mesure directe du niveau de soins)
Le maintien de la validité dans le temps de cet outil est coûteux car il faut chaque fois repartir de zéro au niveau local.	Maintien de la validité dans le temps peu coûteux : mise à jour facile sans tout recommencer et peut être réalisée au niveau international avec une implication modérée des utilisateurs locaux.
Richesse de l'information sur les ressources : seulement quatre indicateurs globaux.	Richesse de l'information sur les ressources : grande variété d'indicateurs (des plus détaillés au plus global).
Richesse de l'information sur les services : aucune information.	Permet de documenter le continuum : état – services – ressources, donc d'analyser et expliquer l'utilisation des services et ressources.
Falsification facile mais difficile à détecter. Falsification inconsciente.	Falsification difficile. Exige un falsificateur conscient et organisé. Falsification facile à détecter du fait de l'existence concurrente d'un profil d'état et d'un profil de service.

Nous terminerons en résumant nos conclusions quant au choix d'un recueil de données. L'implantation d'un recueil de données aussi sophistiqué que le MDS implique la décentralisation du système d'information et l'implantation d'une démarche de soins complète, ce qui est une entreprise considérable dont le succès est aléatoire comme le prouve l'expérience Québécoise et les expériences actuellement en cours aux USA. Il serait important avant de se lancer dans une telle aventure de faire un bilan de l'utilisation actuelle de la démarche de soins formelle en Suisse, aussi bien dans le secteur médico-social que dans celui des soins aigus. Cela permettrait de se faire une bonne idée sur la faisabilité de l'entreprise. Au cas où l'implantation de la démarche de soins n'apparaîtrait pas réalisable à court terme, le choix du MDS nous paraît difficile à justifier, les bénéfices n'étant pas en rapport avec les coûts d'une telle implantation. Alors PLAISIR-A permet de constituer une base de données cliniques tout à fait suffisante.

RÉFÉRENCES

- (1) Boutat A., Depelteau D., et al. *Rapport de Recherche du projet CAREMS*. Prilly, Canton de Vaud, Suisse : ADIES, 1993.
- (2) Rhys Hearn C. *Quality, Staffing and Dependency : Non-government Nursing Homes*. Canberra, Australia : Government Publishing Service, 1986.
- (3) Wood P. *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*. Geneva : World Health Organization, 1980.
- (4) Fetter R.B., Freeman J.L., Mullin R.L. *DRGs : how they evolved and are changing the way hospitals are managed*. *Pathologist* 1985; 34:17.
- (5) Fetter R.B. *Resources utilization Groups : validation and refinement of a case mix system for long term care reimbursement (final report)*. Yale, School of Organization and Management, 1986.
- (6) McHugh M.L., Dwyer V.L. *Measurement Issues in Patient Acuity Classification for Prediction of Hours in Nursing Care*. *Nursing Administration Quarterly*, 1992, 16 (4), 20-31.
- (7) Tilquin C. et al. *Manuel de référence du système PRN 87 de mesure de l'intensité des soins*, EROS, Montréal, 1987 (aussi disponible en anglais, espagnol et italien).
- (8) Donabedian A. *Aspects of medical care administration : specifying requirements for health care*. Cambridge, Harvard University Press, 1973.

PLAISIR

Tilquin C. et al. *PLAISIR 93 Reference Manual*. EROS – Équipe de recherche opérationnelle en santé, 62 Rachel est, # 300, Montréal, H2W 1C6, Canada (aussi disponible en français).

Tilquin C. et al. *Clientèle en perte d'autonomie en institution*. *Gérontologie et Société*, Numéro spécial 1991, pp. 100-114.

Tilquin C. et al. *Using Quebec's Minimal Data Set to Measure the Increased Heaviness of Nursing Homes Clients*. In the *Proceeding of SYSTED IV*. Via et Portella, Éd. S.G. Éditions Barcelona, 1992, pp. 372-383.

Tilquin C. et al. *The Increasing Level of Care of Nursing Homes Clients : More Dependant Clients or Higher Standards of Care*. In the **Proceedings of SSHC V**. Chytil et al. Ed. Omnipress Prague, 1992, 512-515.

Tilquin C. et al. *Monitorizacion de la dependencia y asignacion de recursos en centros socio-sanitarios y hospitales de larga estancia*. **Revista de Gerontologia**, 1992:2, pp. 8-17.

Tilquin C. et al. *L'offre et la demande de soins dans les établissements de long séjour*. In **Actes des Journées de l'ALASS**. E. Portella, Éd. Barcelona, 1990, pp. 99-104.

RAI

Morris J.N., Hawes C., Murphy K., Nonemaker S. **Resident Assesment Instrument Training Manual**. Natick, MA : Eliot Press, 1991.

RUGs

Fries B.E., Cooney L.M. *Resources utilization groups: a patient classification system for long term care*. **Med care** 1985; 23 (2):110.

Fries B.E. Schneider D.P., Foley W.J., Dowling M. *Case-Mix Classification of Medicare residents in skilled nursing facilities (RUG-T18)*. **Medical Care** 1989; 27-843.

Cooney L.M., Fries B.E. *Validation and use of resources utilization groups as a case-mix measure for long term care*. **Med care** 1985; 23(2): 123.

Schneider D.P., Fries B.D, Foley W.J., et al. *Case-mix for nursing home payment : resources utilization groups, version II*. **Health Care Financing Rev** 1988; (annual supp.) : 39.

N. Multistate nursing home case-mix and quality demonstration. Description of the Resources Utilization Group, version III (RUG-III) system. University of Michigan, Rensselaer Polytechnic Institute, The Circle, Version 10/23/91.