

**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**

**CHARLES TILQUIN, WILLIAM D'HOORE**

ROSES – équipe de Recherches Opérationnelles En Santé, Département d'administration de la santé, Université de Montréal, C.P. 6128, Succursale "Centre ville", Montréal, Québec, Canada, H3C 3J7, Téléphone : (514) 343-5973, Télécopieur : (514) 343-2448, Tilquin@ERE.UMontreal.CA ou EROS@accent.net • Texte d'une conférence présentée à la Journée d'étude sur l'AIDE ET LES SOINS À DOMICILE : LA MESURE DE LA DEMANDE, organisée conjointement par le Service de la Santé Publique du Canton de Valais et l'Institut Suisse de la Santé Publique, à St-Maurice, Valais, le vendredi 14 juin 1996. Cette recherche a été financée en partie par le Fonds de la Recherche en Santé du Québec (FRSQ)

***Résumé :** Le financement des services de santé et l'allocation des ressources aux programmes ou aux individus fondent sur l'une ou l'autre mesure de la demande de ressources socio-sanitaires. On peut estimer la demande en se fondant sur la mesure des ressources requises par les bénéficiaires ou sur la mesure des ressources données aux bénéficiaires. On présente ici les deux approches et on discute de leurs mérites respectifs. On définit ainsi successivement les notions de service et de service requis. On aborde ensuite les problématiques de la détermination des services requis et de la mesure des ressources requises. On examine la notion de service donné, la détermination des services donnés et la mesure des ressources données. On termine en étudiant les relations entre ressources données, ressources données de façon appropriée, ressources requises et ressources disponibles.*

***Mots clés :** demande de ressources; ressources requises ; ressources données; financement; allocation des ressources; personnes en perte d'indépendance.*

## **INTRODUCTION**

La croissance des dépenses du secteur des services socio-sanitaires à un taux plus rapide que celui de la croissance de la richesse collective force les gouvernements de la plupart des pays développés à procéder à des coupures drastiques. Simultanément, ces gouvernements prétendent maintenir les services à leur niveau actuel. Le mot d'ordre est donc d'offrir les mêmes services ou même plus de services avec moins de ressources, l'hypothèse sous-jacente étant que les ressources globalement disponibles sont suffisantes mais qu'elles sont, ou bien mal utilisées, - c.à.d. utilisées pour donner des services qui ne sont pas requis - ou bien gaspillées – c.à.d. non utilisées pour donner des services - soit parce qu'elles sont disponibles à certains moments en certains lieux en quantités trop grandes, soit parce qu'une partie du temps du personnel est consacrée à des activités improductives en dépit de l'existence simultanée d'une demande de services non satisfaite. La réforme de l'organisation des services socio-sanitaires passe donc par l'élimination de l'utilisation inappropriée, des surplus de ressources et des activités non productives. Pour y parvenir, il faut des informations précises sur ces phénomènes. Il n'est pas suffisant de postuler qu'ils existent, encore faut-il pouvoir démontrer leur existence en mesurant leur ampleur. On ne peut en effet combattre efficacement un ennemi invisible. Or cette démonstration n'est possible que si on parvient à mesurer un phénomène-clé : la demande de ressources socio-sanitaires puisque celle-ci constitue le référent à partir duquel on peut mettre en évidence les manifestations d'utilisation inappropriée et de surplus des ressources.

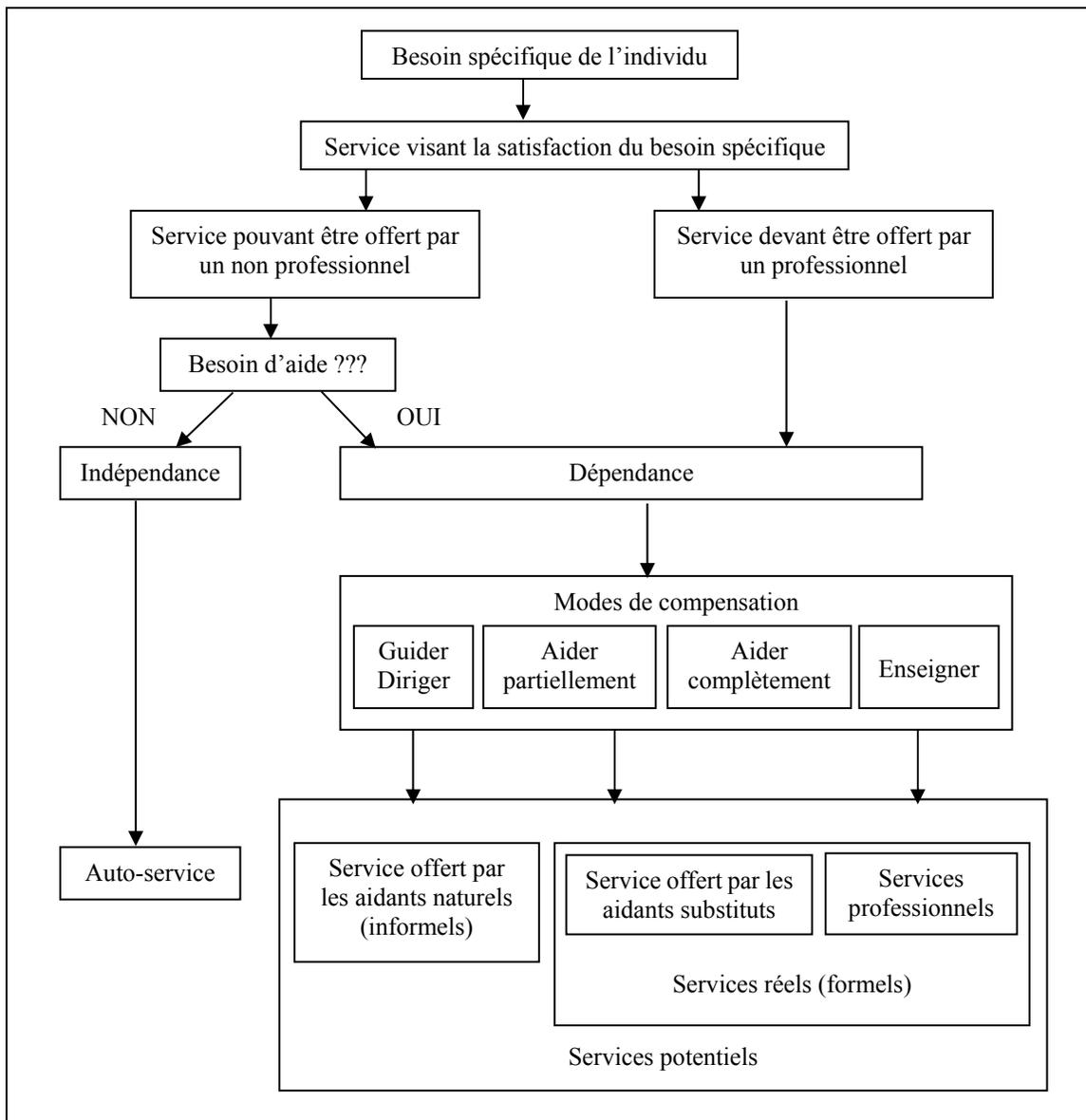
(1) (2) Ce texte sera donc consacré à la question de la mesure de la demande de ressources socio-sanitaires. On y abordera cette mesure de deux points de vue : à partir des services requis par les bénéficiaires et des ressources nécessaires pour offrir ces services, et à partir des services donnés aux bénéficiaires et des ressources consommées pour donner ces services. On montrera que, de ces deux points de vue, celui qui permet le mieux de répondre aux questions posées ci-dessus, est celui des services requis et des ressources requises.

## **LA NOTION DE SERVICE**

La notion de service procède de celle de besoin d'aide. Un service répond à un besoin spécifique d'aide de l'individu. L'individu en bonne santé a des besoins mais il peut les satisfaire lui-même. Il n'a pas besoin d'aide. Il ne requiert donc pas de services. L'individu malade ou en perte d'indépendance peut continuer à répondre lui-même à certains de ses besoins. Mais pour la satisfaction d'un nombre plus ou moins grand de ceux-ci, il est dépendant de l'aide d'autrui. Cet autrui peut être un non-professionnel (membre de son réseau naturel ou d'un réseau substitut) dans le cas de certains services, et doit être un professionnel dans le cas de certains autres services. Dans le cas des services qui peuvent être offerts par un non-professionnel (par exemple, les services répondant aux besoins de la vie quotidienne), la dépendance de l'individu varie. Ainsi, on identifie en général dans la littérature trois niveaux de compensation de cette dépendance : guider et diriger, aide partielle et aide complète. Dans le cas des services qui doivent être offerts par un professionnel, le niveau de compensation est en général l'aide complète.

On peut aussi distinguer un quatrième niveau de compensation, l'enseignement, par lequel un aidant qui en règle général est un professionnel, apprend à l'individu à s'auto-soigner (3) (4) (Figure 1).

**Figure 1**  
La notion de service

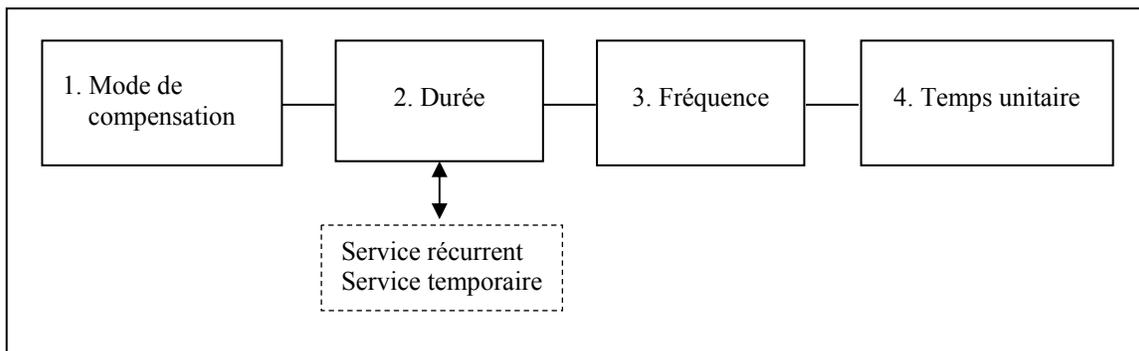


Mis à part son niveau de compensation, trois autres paramètres fondamentaux entrent dans la définition d'un service (Figure 2). Ces trois paramètres sont sa durée, son temps unitaire et sa fréquence (5). Par durée, on entend la période de temps pendant laquelle le service sera offert. En soins aigus, la durée est limitée alors qu'en soins prolongés, à domicile ou en institution, la durée du service sera souvent très longue, le besoin d'aide étant permanent.

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 d'aide qui resurgit quelques heures plus tard. On appellera service temporaire, un service dont la durée est inférieure à une limite déterminée. On appellera service récurrent, un service dont la durée, supérieure à cette limite, est en général plus ou moins indéterminée (16). 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. Soit, par exemple le bain complet à la baignoire. Telle personne en perte d'indépendance pourra avoir besoin d'aide partielle pour cette activité, et ce pendant une période indéfinie (jusqu'à ce que, par exemple, son état se détériore au point qu'elle ait besoin d'aide complète). Le temps unitaire de ce service pourrait être de 20 minutes et sa fréquence de deux fois par semaine.

Enfin, on appellera services potentiels (6), l'ensemble des services offerts à l'individu et services réels l'ensemble des services offerts à l'individu par le personnel, professionnel ou non, du réseau de services socio-sanitaires (ce qu'on appelle aussi l'aide formelle). La différence entre services potentiels et services réels correspond donc aux services offerts par les aidants du réseau naturel (ce qu'on appelle aussi l'aide informelle (7)). (Figure 1)

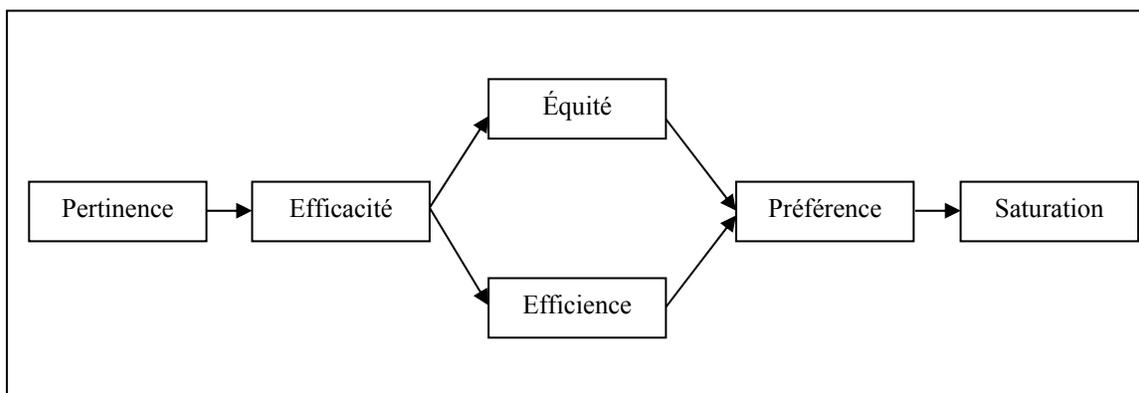
**Figure 2**  
Paramètres fondamentaux caractérisant un service



## LA NOTION DE SERVICE REQUIS

Sur la base de ce qui vient d'être exposé, nous essayerons maintenant de voir comment on peut établir si un service est requis ou ne l'est pas. La revue de la littérature montre qu'il faut utiliser au moins six critères pour établir cette distinction : pertinence, efficacité, équité, efficience, préférence et saturation. (8) (9) (10) (11) (Figure 3)

**Figure 3**  
Relations de préséance dans les critères de détermination des services requis



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. Dans le cas des services socio-sanitaires pour les personnes en perte d'indépendance, 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. Nous ne discuterons pas ici du système de valeurs qui soutient ce postulat.

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 offerts par les professionnels. (12) Certains services n'ont pas d'effet, d'autres ont même des effets négatifs. 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. (13)

Le critère d'équité (1) 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 de considérer comme requis chez un individu pendant un mois à une fréquence de deux fois/semaine un service qui, pour être efficace, doit être offert au moins pendant 3 mois à une fréquence de

quatre fois/semaine, sous prétexte qu'il faut conserver des ressources pour un autre service moins critique, requis par un autre individu.

Le critère d'efficience 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. entre deux services qui peuvent contribuer avec la même efficacité à la satisfaction d'un même besoin. Le critère d'efficacité a donc normalement préséance sur le critère d'efficience. On parlera aussi d'efficience dans le cas d'un service donné, s'il existe des modalités techniques (procédures détaillées) substituables de dispensation dudit service (par exemple, deux techniques de mobilisation de l'individu).

Le critère suivant fait référence aux préférences (14) de l'individu. Celles-ci procèdent de son expérience de vie, de sa perception de qui il est, des normes, valeurs, croyances de son milieu etc. Nous ne discuterons pas davantage ici la question de la construction par l'individu de ses préférences. L'approche rationnelle de la détermination des services requis veut que les critères d'efficacité et d'efficience aient préséance sur le critère de préférence. Ce n'est que s'il existe deux services également efficaces et efficaces pour répondre au besoin spécifique de l'individu, qu'on choisira parmi les deux, celui que l'individu concerné préfère.

Le critère de saturation fait référence à la capacité de l'individu "d'absorber" les services.(15) (16) 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 - que nous appellerons plan de services - 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. Dans un tel cas, C pourra être considéré comme requis plus tard ou encore ne sera pas offert. Le critère de saturation peut aussi impliquer qu'on considérera A et B et C comme requis mais à une intensité moindre que celle qui serait de mise si chacun de ces services était requis individuellement.

## **LA DÉTERMINATION DES SERVICES REQUIS**

Dans cette section, nous nous intéresserons à la mise en œuvre de la notion de service requis. Nous essayerons donc d'expliquer comment on fait en pratique pour déterminer les services requis par un individu à un moment donné.(17) (Figure 4) Nous nous situons dans le contexte d'un service national de santé et de services sociaux ou dans le contexte d'un système d'assurance (-maladie - sociale - dépendance) ou encore dans un contexte

mixte, contextes où soit les services sont gratuits, soit la participation financière des bénéficiaires est marginale, mais où aussi les moyens dont on dispose pour donner les services gratuitement (en tout ou en partie) sont limités. Nous ferons aussi l'hypothèse que les services sont accessibles (temps, distance, etc). (14)

Dans un tel contexte, la première chose à faire est d'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 requis par l'ensemble des bénéficiaires requiert plus de ressources qu'il n'y en 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 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 en particulier définis en terme de deux des paramètres principaux permettant de caractériser les services, à savoir durée et fréquence (18). Les questions qu'on se pose dans 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? Normalement, les standards de services ne sont pas prescriptifs. Ils fournissent seulement une indication sur les modalités moyennes 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.

Nous ne considérerons que l'individu qui a reconnu (où dont l'entourage a reconnu) l'existence d'un besoin d'aide. Nous escamoterons ici la question importante, mais secondaire, pour le propos que nous poursuivons, des besoins non exprimés et de l'identification des facteurs qui prédisposent les individus et leur entourage à exprimer leurs besoins (13).



Pour procéder à la détermination des services requis par un individu, il faut d'abord recueillir les données qui permettront d'identifier ses besoins d'aide bio-psycho-sociaux, donc d'établir la pertinence de lui offrir tel ou tel service de la nomenclature à tel ou tel niveau de compensation. Il existe de nombreux outils d'identification des besoins destinés à tous les types de clientèles. (6) La discussion de leur validité et fiabilité respective ainsi que celle des logiques bureaucratiques et professionnelles qui légitiment leur utilisation dépassent les limites de cet exposé. (19)

Ensuite, il faut déterminer la durée et la fréquence de chacun des services de la nomenclature considéré comme requis. Cette détermination se fait en référence aux standards de services évoqués ci-dessus. On l'a dit, ces standards ne sont pas prescriptifs; on les applique 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 à l'évier 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 à l'évier.

Les services requis ne peuvent pas être déterminés un par un; 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 devraient 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.

En résumé, la détermination des services requis est un exercice complexe qui présuppose l'existence d'une nomenclature des services assurables et de standards de services. Elle passe par l'identification et la priorisation des besoins du bénéficiaire. Elle doit tenir compte des préférences du bénéficiaire et de sa capacité d'absorption des services. Ceci implique que les services requis ne peuvent être déterminés un par un mais plutôt qu'une approche globale est requise pour arriver à la formulation d'un plan de services cohérent, et donc efficace. Dans le cas où plusieurs disciplines professionnelles

sont concernées, la détermination des services en équipe et une approche interdisciplinaire sont indispensables pour aboutir à un plan de services qui fait passer les besoins du bénéficiaire avant les intérêts organisationnels ou professionnels (19).

On notera enfin que dans le processus de détermination des services requis par les personnes en perte d'indépendances il est pertinent de distinguer entre les services requis potentiellement et réellement, donc d'identifier, dans l'ensemble des services requis, ceux qui peuvent être donnés par les aidants naturels du bénéficiaire. Ceci implique que l'évaluation des besoins d'aide du bénéficiaire soit accompagnée d'une évaluation des capacités d'aide de son entourage. Étant donné que les personnes en perte d'indépendance sont souvent prises en charge pour de très longues périodes, il est aussi pertinent de distinguer entre les services qui, au moment du processus de détermination des services requis, sont requis temporairement, et ceux qui sont requis à long terme; ceci, pour mettre en évidence le fardeau permanent des services associés à la dépendance.

### **LA MESURE DES RESSOURCES REQUISES**

Pour simplifier le problème, on ne considèrera ici que la question de la mesure des ressources humaines requises. Cette simplification n'est qu'un moindre mal puisque dans les services socio-sanitaires, la majorité des coûts est associée au personnel. Cela est plus particulièrement vrai dans le secteur des services de longue durée pour les personnes en perte d'indépendance.

On considèrera ici qu'un service est défini par sa nature et son niveau de compensation (par exemple : hygiène au lavabo - aide partielle) et spécifié par trois paramètres: sa durée, sa fréquence et son temps unitaire.

Pour mesurer les ressources requises par le bénéficiaire en terme de temps du personnel socio-sanitaire, il faut d'abord spécifier la période de temps de référence sur laquelle les ressources requises seront mesurées.

Par exemple, dans ce cas des personnes en perte d'indépendance à domicile, des unités réalistes de mesure 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 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 d'unités de temps et en terme de fréquences des contacts. Bien entendu pour être exploitables au niveau de la mesure des coûts ou 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 parvenir à 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 sur 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 est requis 2 fois par jour, 3 fois par semaine donc un total de six fois sur la période de référence.
- les ressources requises pour offrir le service A sont donc de:  
 $6 \times 30 = 180 \text{ minutes/semaine} = 3 \text{ heures/semaine}$ .

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.

Exemple : ressources infirmières requises pour offrir le service A : 3.0 heures/semaine  
ressources infirmières requises pour offrir le service B : 0.5 heure/semaine  
ressources infirmières requises pour offrir le service C : 1.0 heure/semaine  
ressources infirmières requises pour offrir les services A, B et C : 4.5 heures/semaine

Le lecteur 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 professionnel 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, 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 pas 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 individuel. Cette assertion est d'autant plus vraie quand les temps standards sont des temps unitaires requis, déterminés par des comités d'experts pour donner des services de bonne qualité.

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.

### **LA NOTION DE SERVICE DONNÉ**

La notion de service donné est une notion beaucoup moins complexe que celle de service requis. Le critère qui permet d'identifier un tel service est évident, c'est celui de savoir si le service a été dispensé ou non. Les critères de pertinence, efficacité, efficience, équité, préférence et saturation ne sont évidemment pas nécessaires pour déterminer si un service est donné. Le niveau de compensation associé au service est le niveau de compensation observé; il en va de même pour la durée et la fréquence d'un service donné.

### **LA DÉTERMINATION DES SERVICES DONNÉS**

Le relevé des services donnés présuppose l'existence d'une nomenclature. Cette nomenclature peut être la même que celle évoquée plus haut pour les services requis si on s'intéresse à déterminer lesquels parmi les services assurables ont été donnés. Si on veut recueillir tous les services donnés, y compris ceux qui sont non assurables, la nomenclature précitée devrait être complétée par une liste des services non assurables donnés.

Le relevé des services donnés n'exige pas, bien entendu, la détermination de standards de services.

Pour procéder à la détermination des services donnés, il n'est pas non plus nécessaire de recueillir les données pour identifier les besoins de l'individu. Il suffit simplement de noter la durée et la fréquence de chacun des services de la nomenclature qui a été donné.

En résumé, la détermination des services donnés est un exercice relativement simple qui présuppose seulement l'existence d'une nomenclature de services. Il suffit de considérer les services donnés un à un et de noter leur fréquence et leur durée.

### **LA MESURE DES RESSOURCES DONNÉS**

Les principes sont les mêmes que dans le cas des services requis. Un point mérite cependant un examen plus attentif, c'est celui des temps unitaires des services donnés. Comme on l'a vu dans le cas du requis, la mesure des ressources utilise les temps unitaires des services.

Idéalement, la mesure des ressources données impliquerait qu'au lieu de relever les services donnés en terme de durée et de fréquence comme expliqué ci-dessus, on procède au chronométrage du temps de chaque manifestation de chacun des services donnés. Cette solution est plus théorique que pratique. En effet, elle consomme énormément de ressources si le chronométrage est réalisé par des observateurs externes et ne peut donc être utilisée que sur une base très limitée.

L'autochronométrage consomme évidemment beaucoup moins de ressources mais il est plus ou moins fiable.

La méthode des observations instantanées, quant à elle, permet de mesurer les ressources données à des coûts moindres que le chronométrage mais, au mieux, elle produit des mesures par grands groupes de services mais pas pour les services individuels. Et elle reste toujours trop onéreuse pour être employée sur une base continue ou même répétitive (20).

En conséquence, la mesure des ressources données par le biais des services donnés passe normalement par la détermination de temps unitaires standards. Ces temps unitaires standards sont obtenus par (auto)chronométrage. On chronomètre un certain nombre de fois le temps d'un service et on fait la moyenne de ces observations pour obtenir le temps standard du service. Il faut bien sûr s'assurer de la représentativité de l'échantillon des réalisations chronométrées d'un service. Cette représentativité n'est pas facile à obtenir.

Ainsi, si on veut mesurer les ressources données sur une base régulière, la solution la plus réaliste et la plus fiable est de passer par des temps unitaires standards comme c'était le cas dans la mesure des ressources requises. Les temps unitaires standards utilisés pour mesurer les ressources données sont sensés représenter le temps qui est effectivement consacré à la dispensation des services, alors que les temps unitaires standards utilisés pour mesurer les ressources requises représentent le temps qui devrait être consacré à la dispensation de services de qualité, de l'avis d'un panel d'experts.

Il est important de mentionner ici qu'il existe une autre manière, indirecte celle-ci, de mesurer les ressources données. C'est l'approche très répandue des "classifications de patients"(21) (22) (23). Cette approche permet seulement de mesurer globalement les ressources données à un bénéficiaire pendant une période donnée - une journée, par exemple. Elle ne permet pas de mesurer les ressources données par service ou par groupe de services. On construit d'abord un système de classification dont chacune des classes est sensée regrouper des bénéficiaires similaires quant à la quantité de ressources qu'ils consomment. Donc, à chaque classe est associée une quantité qui mesure les ressources données en moyenne au bénéficiaire de cette classe. Des règles de classification permettent par ailleurs d'attribuer à chaque bénéficiaire une classe à partir de certaines de ses caractéristiques individuelles. Connaissant la classe du bénéficiaire, on obtient donc immédiatement une mesure des ressources qui lui sont données. Le grand mérite de cette approche est sa simplicité. Malheureusement, sa validité, et parfois sa fiabilité, laissent beaucoup à désirer (24).

## **LA MESURE PROSPECTIVE OU RÉTROSPECTIVE DES RESSOURCES REQUISES OU DONNÉES**

Par mesure prospective des ressources, on entend la mesure des ressources fondée sur une détermination des services requis ou donnés, avant que les services ne soient effectivement donnés. Par mesure rétrospective des ressources, on entend la mesure des ressources fondée sur une détermination des services, requis ou donnés, réalisée après que les services aient été donnés.

On confond souvent, dans la littérature et sur le terrain, prospectif et requis d'une part, et rétrospectif et donné d'autre part. Pourtant, il est possible de déterminer prospectivement les services qu'on prévoit donner, et inversement de déterminer rétrospectivement les services qui étaient requis (qui auraient dû être donnés pour répondre aux besoins du bénéficiaire). Dans le cas des services donnés, la confusion donné-rétrospectif a un certain fondement; il est plus naturel et plus facile de mesurer le donné a posteriori et il est assez

évident que la mesure rétrospective est plus valide que la mesure prospective. L'association requis-prospectif est beaucoup moins fondée. En fait, en dehors de considérations pratiques, par ailleurs non négligeables, liées à l'utilité de disposer d'un estimé de la demande avant que celle-ci ne se manifeste, le seul argument solide militant en faveur de la mesure prospective du requis est celui d'éviter la contamination des mesures de celui-ci par le donné. On ne peut pas en effet balayer du revers de la main l'hypothèse selon laquelle le soignant qui détermine a posteriori les services requis - donc ce qui aurait dû être fait - soit influencé dans cet exercice par la connaissance qu'il a des services donnés - donc de ce qui a été fait. Cet argument contre le requis rétrospectif doit être confronté à l'argument en faveur du requis rétrospectif déjà évoqué dans le cas du donné. En effet, qui dit prospectif dit prévision, et donc erreur de prévision. Plus ces erreurs sont susceptibles d'être grandes (plus l'état du bénéficiaire est changeant ou plus longue est la période sur laquelle on prédit, plus c'est le cas), plus le rétrospectif est préférable au prospectif, dans le cas du requis comme du donné.

En règle général, il apparaît donc préférable de mesurer le requis comme le donné de manière rétrospective à moins qu'il ne soit utile de disposer d'une mesure du requis ou du donné avant que les services ne soient effectivement donnés. C'est le cas en particulier en gestion des soins infirmiers dans les hôpitaux de courte durée où on désire avoir une mesure prospective du requis qui guide l'ajustement de l'offre à la demande de soins, à court terme (en transférant du personnel d'une unité de soins à l'autre, en recourant au personnel d'une équipe volante, au temps supplémentaire, etc.).

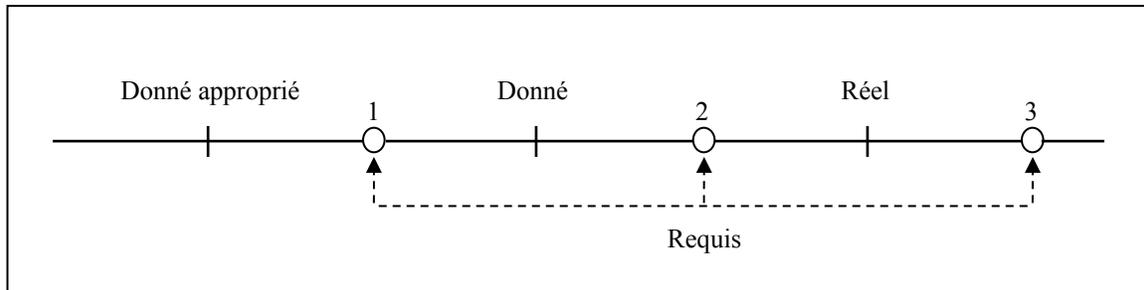
### **LA DÉTERMINATION DE LA DEMANDE ET DE L'ÉCART ENTRE L'OFFRE ET LA DEMANDE DE SERVICES**

Les mesures des ressources requises et données sont réalisées dans le but de mesurer la demande de ressources dans une perspective de financement des programmes socio-sanitaires ou d'allocation de ressources aux bénéficiaires ou aux organisations qui les prennent en charge. Intuitivement, il apparaît plus légitime de mesurer la demande par le biais des ressources requises. Cette approche suscite néanmoins des craintes chez les décideurs - gestionnaires, planificateurs, politiciens - parce que susceptible de mettre en évidence des écarts négatifs entre l'offre et la demande de ressources, donc de démontrer l'insuffisance des ressources réelles ou disponibles (ces deux termes sont utilisés ci-après indifféremment pour désigner l'offre). La mesure des ressources requises apparaît à certains décideurs comme une approche idéaliste, potentiellement inflationniste. À leurs yeux, la mesure des ressources données est beaucoup moins menaçante puisque incapable de mettre en évidence l'insuffisance des ressources disponibles, la mesure des ressources données ne pouvant jamais dépasser la mesure des ressources disponibles. Cette façon de voir peut se comprendre dans une situation de pénurie de ressources. Cependant, il faut noter que dans un contexte de surplus de ressources, c'est la mesure des ressources données qui est inflationniste puisqu'elle contribue à justifier et donc à perpétuer les surplus.

Nous allons essayer d'éclairer ce débat en définissant de façon plus précise l'information qu'on peut retirer de la comparaison du requis avec le réel et du donné avec le réel. Avant d'aller plus loin, nous définirons un concept additionnel, celui de "donné approprié". Il est en effet raisonnable de postuler que tous les services donnés ne sont pas requis, ne répondent pas à un besoin d'aide du bénéficiaire. Les ressources pertinemment données sont

nécessairement inférieures ou égales aux ressources données aux bénéficiaires, qui elles-mêmes sont nécessairement inférieures ou égales aux ressources réelles. Les ressources requises, quant à elles, peuvent se situer n'importe où dans le continuum allant du donné approprié au réel, avec cette seule contrainte que, par définition, le requis est nécessairement supérieur ou égal au donné approprié. La figure 5 illustre ces relations :

**Figure 5**  
Relations entre donné approprié, donné, réel et requis



Dans un monde idéal, les mesures des quatre phénomènes devraient être égales : la productivité serait alors de 100%, il n'y aurait pas de services inappropriés; la demande serait satisfaite à 100%. Dans le monde réel, cet équilibre est rarement atteint et les mesures ne coïncident pas. On peut alors identifier trois situations correspondant aux trois positions possibles de la mesure des ressources requises dans le continuum donné approprié - donné - réel :

1° le requis est situé entre le donné approprié et le donné. C'est la situation la plus favorable à la satisfaction des besoins du bénéficiaire. Plus le requis est proche du donné approprié plus ses besoins sont satisfaits, et à la limite, dans le cas où le requis est égal au donné approprié, ils sont intégralement satisfaits.

2° le requis est situé entre le donné et le réel. Cette situation est encore relativement favorable puisque les ressources réelles sont plus grandes que les ressources requises. Cependant la productivité du personnel est telle que les ressources utilisées pour donner des services sont inférieures aux ressources requises. Une amélioration de la productivité permettrait cependant de donner les services requis.

3° le requis est plus grand que le réel. Cette situation est véritablement défavorable puisque les ressources disponibles sont insuffisantes pour faire face à la demande, et ce, même si elles étaient utilisées de façon appropriée à 100%.

La figure 6 illustre la mesure des écarts entre les quatre concepts. On y propose une mesure sous forme de ratio:

- le taux d'"appropriété" mesure la proportion des ressources données (c.à.d. consacrées à donner des services) qui a été utilisée pour donner des services appropriés, c.à.d., des services correspondant à un besoin d'aide du bénéficiaire.
- le taux de productivité nette mesure la proportion des ressources réelles utilisée pour donner des services appropriés. Ainsi, si un jour donné, les ressources réelles sont de 80 heures-soins et que les services appropriés donnés consomment 75 heures, les 5 heures restantes étant consacrées à donner des services inappropriés

ou à "ne rien faire de productif", alors le taux de productivité nette serait de  $75/80 = 93.75\%$ .

- le taux de productivité brute mesure la proportion des ressources réelles utilisée pour donner des services, appropriés ou non.
- le taux de satisfaction nette mesure la proportion des ressources requises qui est effectivement donnée. C'est la mesure la plus précise possible de satisfaction de la demande puisqu'elle ne prend en compte que les services appropriés.
- le taux de satisfaction brute mesure la proportion des ressources requises qui est effectivement donnée, mais sans se préoccuper de savoir si les ressources ainsi données ont été utilisées pour donner des services requis ou non.
- enfin, le taux de couverture mesure la proportion des ressources requises qui est effectivement disponible, mais sans se préoccuper de savoir si les ressources ainsi disponibles ont été utilisées pour donner des services, et si les services donnés sont appropriés ou non.

Ces taux peuvent être classés en deux grandes catégories. La première regroupe l'appropriateness, la productivité nette et la productivité brute, trois taux qui mesurent l'une ou l'autre facette de l'utilisation des ressources. Chacun de ces taux présente un intérêt puisqu'il éclaire un aspect particulier de l'utilisation. Cependant, pour pouvoir les calculer, il faut disposer à la fois de la mesure du donné et de celle du donné approprié. Il est beaucoup trop onéreux de mesurer de façon courante ces deux concepts. En règle générale, on se limite au donné et le seul ratio qu'on peut donc calculer est celui de la productivité brute espérant que le donné approprié soit proche ou égal au donné, auquel cas la productivité nette  $\approx$  productivité brute, et l'appropriateness = 1.

Le deuxième groupe de ratios regroupe la satisfaction nette, la satisfaction brute et la couverture, trois taux qui mesurent l'une ou l'autre facette de l'adéquation des ressources. Ces trois taux présentent eux-aussi chacun un intérêt incontestable. La satisfaction nette en particulier est la mesure ultime de la satisfaction de la demande.

Cependant, ici aussi, on doit constater que pour pouvoir calculer ces taux, il faut mesurer le donné approprié, le donné et le requis. Sur une base courante, on ne peut en général se permettre que la réalisation d'une mesure, celle du requis. Et donc, le taux dont on disposera habituellement est le taux de couverture, en espérant que le donné soit proche ou égal au réel (productivité  $\approx 100\%$ ) et que le donné approprié soit proche ou égal au donné, auquel cas la satisfaction nette  $\approx$  la satisfaction brute  $\approx$  la couverture.

Il y a donc une marge importante entre la théorie et la pratique. Idéalement, le décideur devrait disposer des six taux, mais cela implique la mesure du donné approprié, du donné et du requis (la mesure du réel, quant à elle, est immédiate, c'est le personnel disponible). En pratique, on ne peut réaliser, sur une base courante, qu'une seule mesure et on doit donc choisir entre le requis et le donné (à l'avenir, l'informatisation des dossiers de soins permettra probablement de mesurer les deux, et du même coup le troisième, le donné approprié, qui résulte automatiquement de la comparaison des services donnés avec les services requis). Si on choisit le donné, on mesure la productivité brute.

C'est un indicateur intéressant mais ce n'est pas réellement un indicateur de mesure de l'écart entre l'offre et la demande. L'utiliser malgré tout à cette fin est dangereux parce que cela repose sur l'hypothèse, souvent fallacieuse, que le donné est un bon prédicteur du requis. Dans un contexte où les ressources sont de plus en plus limitées, prendre le donné

comme "approximation" du requis, c'est se priver de la possibilité de réallouer les ressources en fonction de la demande, c'est figer la répartition actuelle des ressources en dépit de l'évolution différentielle de la demande dans les divers secteurs des services socio-sanitaires.

Provisoirement, c'est plus confortable pour les décideurs mais cela conduit à une impasse.

La seule mesure qui permet d'appréhender la demande et l'écart offre-demande, c'est la mesure du requis qui permet de calculer le taux de couverture. On a vu que le taux de couverture n'est qu'une mesure approximative de l'écart entre l'offre et la demande, sa mesure ultime étant le taux de satisfaction nette. Cependant, dans un contexte où les décideurs prennent les mesures nécessaires:

1° pour maximiser la productivité du personnel;

2° pour s'assurer que les services donnés sont appropriés;

le taux de couverture est une très bonne approximation du taux de satisfaction nette.

Si l'on accepte d'une part l'hypothèse voulant que le donné, dans un contexte de limitation voir de rationnement des ressources, n'est pas un bon prédicteur de la demande, et d'autre part, le postulat selon lequel, dans l'état actuel des systèmes d'information socio-sanitaires, il n'est pas possible de mesurer à la fois le donné et le requis, alors les décideurs qui veulent disposer de mesures de la demande pour financer le système de services socio-sanitaires et de mesures de l'écart offre-demande pour réallouer les ressources, devraient choisir de mesurer les ressources requises, puisque la mesure des ressources données permet seulement le monitoring de la productivité brute du personnel.

**Figure 6**

La mesure des écarts entre donné approprié, donné, réel et requis

		UTILISATION		ADÉQUATION
		Donné	Réel	Requis
Donné approprié	APPROPRIETENESS (eu égard aux besoins)	PRODUCTIVITÉ NETTE (eu égard aux besoins)	SATISFACTION NETTE (eu égard aux besoins)	
	<u>Donné approprié</u> Donné	<u>Donné approprié</u> Réel	<u>Donné approprié</u> Requis	
	Donné	PRODUCTIVITÉ BRUTE (sans égard aux besoins)	SATISFACTION BRUTE (sans égard aux besoins)	
		<u>Donné</u> Réel	<u>Donné</u> Requis	
			COUVERTURE (sans égard aux besoins) (sans égard à la productivité)	
		Réel	<u>Réel</u> Requis	

## CONCLUSION

Nous avons discuté des mérites respectifs de la mesure des ressources requises et de celle des ressources données et, dans une situation où il faut choisir entre les deux, nous avons opté pour la mesure des ressources requises qui offre de meilleures garanties de financement et d'allocation des ressources en fonction des besoins des bénéficiaires. Il est important en terminant d'insister sur le fait que cela n'est vrai que si les outils, protocoles et mécanismes sont bel et bien utilisés dans la perspective de répondre aux besoins des bénéficiaires plutôt que dans celle de satisfaire les besoins organisationnels et professionnels. Dans un contexte de rationnement des ressources, la menace d'une telle déviation d'objectifs est réelle. La tentation est en effet grande pour les organisations concernées d'utiliser cet arsenal technique d'abord et avant tout pour justifier leur existence ou les contraintes auxquelles elles font face. Et dans un domaine où les services sont moins technologiquement visibles que dans le domaine médical, la tentation est aussi grande pour les professionnels (travailleurs sociaux, infirmiers, physiothérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, ...) d'affirmer leur pouvoir et leur contrôle à travers des outils et mécanismes sophistiqués d'évaluation des besoins qui leur permettent de mettre en évidence leur expertise professionnelle. Des précautions sont donc nécessaires : approche interdisciplinaire, participation active et reconnue du bénéficiaire et de son entourage dans la détermination des services dont il a besoin, minimisation des pressions organisationnelles sur le jugement des évaluateurs en faisant faire les évaluations par des gens qui ne seront pas ensuite appelés à donner les services, caractère non prescriptif des standards de soins, reconnaissance de la subordination de l'objectif de satisfaction de tel besoin en prenant telle ou telle action, à l'objectif plus fondamental d'assurer que le bénéficiaire soit globalement satisfait de son expérience du système de services socio-sanitaires.

*Remerciements* : Nous remercions Anne Berthou et Jean-claude Rey de l'Institut Suisse de la Santé Publique à Lausanne dont les questions et les remarques stimulantes ont littéralement "provoqué" la recherche et la réflexion dont nous avons rapporté les résultats ici.

## RÉFÉRENCES

1. DONABEDIAN, A. (1973). Aspects of Medical Care Administration. Specifying Requirements for Health Care. Harvard University Press, Cambridge, Mass.
2. BRADSHAW, J. (1972). The Concept of Social Need. *New Society*, vol. 30, pp. 640-3.
3. OREM, D.E. (1980). *Nursing Concept of Practice*, Mc Graw Hill.
4. 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, N° 175, pp. 17-23.
5. TILQUIN, C., ROUSSEL, B., LAISNEY, G., FERUS, L. (1992). Produire des indicateurs de charge temporelle de soins. *Objectif Soins*. Vol. 2, N° 3, pp. 22-29.
6. TILQUIN, C. et al. (1991). L'adéquation entre besoins et offre de soins pour une clientèle âgée en perte d'autonomie - le système CTMSP. *Gérontologie et Société*, Numéro monographique, pp. 93- 99.
7. KEMPEN, G., SUURMEIJER, TH. (1991). Professional Home Care for the Elderly. *Soc. Sci. Med.*, vol. 33, N° 9, pp. 1081-9.
8. VUORI, H.V. (1984). L'Assurance de la qualité des prestations de santé, OMS, Copenhague.
9. COCHRANE, AL. (1972). *Effectiveness and Efficiency - Random Reflection on Health Services*. London, The Nuffield Provincial Hospital Trust, 92 p.
10. SMALLWOOD, R., MURRAY, G.B. et al (1969). A Medical Service Requirements Model for Health System Design. *Proceedings of the IEEE*, vol. 57, N° 11, pp. 1880-7.
11. SMALLWOOD, R., SONDIK, E.J., OFFENSEND, F. L. (1971). Toward and Integrated Methodology for the Analysis of Health Care Systems. *Operations Research*, vol. 19, N° 6, pp. 1300-1311.
12. COLE, M. (1993). Assessing the Effectiveness of Geriatric Services : A Proposed Methodology. *Can. Med. Assoc. J.*, vol. 148, N° 6, pp. 934-944.
13. LEVIN, G., ROBERTS, E.B. (1976). *The Dynamics of Human Service Delivery*, Ballinger, Cambridge, Mass, 257 p.
14. ANDERSEN, R., NEWMAN, JF. (1973) . Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Millbank Memorial Fund Q*. Vol. 51, pp. 95-124.
15. TILQUIN, C., VANDERSTRAETEN, G. (1988). Health and social resources planning based on an activity analysis. In *Beiträge zur Gesundheitsökonomie 17, Bedarf und Angebotsplanung im Gesundheitswesen*, R. Bosch Stiftung, Zweifel P. Editeur. Bleicher Publ. pp. 255-295.
16. TILQUIN, C. et al. (1991). Clientèle en perte d'autonomie en institution : la méthode PLAISIR. *Gérontologie et Société*. Numéro monographique, pp. 100-114.
17. MIILUNPALO, S. (1993). Measurement of Problem - Oriented Need. *Scand. J. Soc. Med.*, Vol. 21 , N° 2 pp. 107-115.
18. TILQUIN, C. et al. (1992). The increasing level of care of nursing homes clients : more dependant clients or higher standards of care. *Proceedings of SSHC 5*, Chytil M. et al Editors, Omnipress Publ. Prague, pp. 512-515.
19. DILL, A. (1993). Defining needs, defining systems : a critical analysis. *The Gerontologist*, Vol. 33, N° 4, pp. 453-460.
20. FUKLER, S.A., KNICKMAN, J. R., HENDRICKSON, G., LIPKIN, M., THOMPSON. W.G. (1993). A Comparaison of Work-Sampling and Time-and-Motion Studies. *Health Services Research*, vol 28, N° 5, pp. 577-597.
21. KUNTZMANN F. et al. (1982). Évaluation des besoins des pensionnaires des établissements gériatriques. *Revue de gériatrie*, Vol. 7, N° 6, pp. 263-271.
22. FRIES, B.E., COONEY, L.M. (1985). Resource Utilization Groups. A patient classification system for long-term care. *Medical Care*, Vol. 23, N° 2, pp. 110-122.
23. 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, N° 314, pp. 176- 183.
24. 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, N° 4, pp. 20-31.