

**Le système d'information:
pierre angulaire d'un réseau de programmes
pour les personnes dépendantes**

Charles Tilquin, Ing. Ph.D.
Département d'administration de la santé
Faculté de médecine
Université de Montréal

Conférence invitée à la “Conferencia tecnológica Internacional: NUEVAS TECNOLOGIAS PARA EL CUIDADO DE LOS MAYORES EN EL TERCER MILENIO”,
Barcelona-Hôtel Arts, 17 novembre 1998

Résumé

Les personnes dépendantes constituent une clientèle très diversifiée. L'offre de services à cette clientèle est insuffisante, incomplète et mal coordonnée. La seule solution pour répondre adéquatement à la demande est de constituer cette offre **en réseau**. Cette constitution ne peut se réaliser de manière spontanée et ponctuelle. Elle exige une intervention complexe, composée de plusieurs sous-interventions dont chacune est indispensable, et la plupart doivent avoir un caractère permanent. Enfin, l'intervention doit être supportée par un système d'information sophistiqué.

Nous présentons le noyau de ce système d'information qui doit: (i) identifier les différentes organisations dispensatrices de services et les programmes que chacune offre; (ii) fournir à tout moment le portrait à jour de la clientèle de chaque programme de chaque organisation et des ressources dont il dispose; (iii) fournir la liste des clients en attente d'admission et la liste des places disponibles dans chaque programme.

La clé du système d'information est son module de définition du profil des clients du réseau. Deux grandes approches, formellement, méthodologiquement et philosophiquement très différentes, sont actuellement utilisées pour réaliser cette fonction: la classification des clients et la description explicite du profil des clients. Ces approches ont en commun une recherche de transparence quant au produit des organisations offrant des services aux personnes dépendantes. Cependant, le degré de transparence que les différentes méthodes disponibles sur le marché permettent d'atteindre varie beaucoup de l'une à l'autre et les effets pervers qu'elles induisent sont, eux aussi, très différents.

Mots clés: personnes âgées dépendantes; réseau de services; programmes; systèmes d'information; systèmes d'information-clientèle; classification des clients; profil des clients.

Introduction

Les personnes âgées dépendantes constituent une clientèle particulière à la disposition de laquelle la société met une vaste gamme de services (aide et soins). En dépit de l'importance et de la variété des ressources investies dans ce secteur, nombre de personnes dépendantes ne reçoivent pas les services qu'elles requièrent. L'arrimage se fait mal entre une offre multiforme et une demande complexe, faute de mécanismes adéquats de concertation et de coordination, et de systèmes d'information performants.

Si de nombreuses nouvelles technologies à usage individuel contribuent à augmenter l'autonomie et l'indépendance, et par là, la qualité de vie, les nouvelles technologies de l'information et de la communication peuvent, elles aussi, contribuer à l'atteinte de tels objectifs en supportant un système d'information intégré pour le secteur de la prise en charge de la dépendance, c'est-à-dire un système unique qui couvre tous les programmes et leurs clients, et qui répond aux besoins d'information de tous les preneurs de décision: planificateurs, payeurs, gestionnaires et soignants.

Le développement d'un réseau optimal

L'objectif fondamental d'un réseau d'organisations offrant des services aux personnes dépendantes est d'assurer à chacune de celles-ci **la meilleure qualité de vie** possible, plus spécifiquement de ralentir la dégradation de leur **autonomie**, de leur **indépendance** et de leur **santé** bio-psycho-sociale et, quand cela est encore possible, d'améliorer celles-ci. Pour atteindre ces objectifs spécifiques, il faut répondre le plus exactement possible (ni trop, ni trop peu) aux besoins d'aide et de soins de chaque personne. Tel devrait être l'objectif opérationnel d'un réseau.

Imaginons maintenant qu'un réseau accepte ces prémisses. La question qui se pose alors est celle des moyens à prendre pour atteindre de tels objectifs. Ce réseau hypothétique est aujourd'hui dans un état donné. Il est constitué d'un certain nombre de programmes institutionnels, intermédiaires, à domicile, dotés de certaines ressources financières, physiques et humaines. Il existe des mécanismes de coordination et des flux d'information plus ou moins développés entre ces programmes. Il existe des mécanismes de financement de chacun des programmes et le développement de ces derniers est, jusqu'à un certain point, planifié.

Dans les pays développés, ce réseau dispose de moyens souvent considérables mais les besoins auxquels il doit faire face sont eux aussi considérables. Dans toutes les situations que nous avons eu l'occasion d'étudier au Québec, mais aussi en France, en Belgique, en Suisse, en Italie, les réseaux semblent incapables d'atteindre les objectifs précités. C'est souvent une question de financement insuffisant mais c'est loin d'être le seul problème et ce n'est probablement même pas le principal problème.

La grande question qui se pose donc est celle de savoir comment, partant d'un état donné, un réseau peut se développer organisationnellement pour devenir ou au moins tendre vers ce réseau optimal qui répond en temps et lieu aux besoins de l'ensemble de ses clients. Il existe deux visions opposées de la solution de ce problème. Selon la première, cela pourrait se faire naturellement, spontanément. C'est la vision libérale de la main invisible. Cependant, étant

donné la très grande vulnérabilité (physique, psychique, sociale, économique) de la clientèle visée, l'hypothèse néo-libérale apparaît ici très peu réaliste. Les faits confirment d'ailleurs ce diagnostic: le laisser-aller qui a prévalu dans les vingt dernières années n'a pas fait converger nos réseaux vers l'optimum; au contraire, la situation s'est dégradée un peu partout. Reste la deuxième option, celle de l'intervention. Cette deuxième option, qui nous semble incontournable, n'est cependant pas la panacée. Elle peut engendrer le pire comme le meilleur.

Il importe donc de définir le plus précisément possible les étapes d'une intervention qui offrirait de bonnes garanties de succès. Logiquement, ces étapes sont les suivantes:

- 1ère étape:** développer des protocoles d'évaluation des besoins des personnes dépendantes et les mettre à jour, au besoin
- 2e étape:** faire l'état des lieux
- 3e étape:** mettre en place un système d'évaluation continue des besoins des clients des différents programmes
- 4e étape:** coordonner les admissions et les transferts au niveau du réseau
- 5e étape:** ajuster progressivement les ressources disponibles dans les différents programmes et leurs différentes unités aux besoins de leurs clients
- 6e étape:** ajuster les mécanismes de financement et les niveaux de financement du réseau
- 7e étape:** planifier le développement du réseau en fonction de l'évolution des besoins de ses clients et des prévisions d'évolution des flux financiers

Les deux premières étapes ont un caractère ponctuel. Toutes les autres étapes ont un caractère permanent. Techniquement, la recette est donc relativement simple mais sa mise en oeuvre est loin d'être facile, premièrement pour des raisons politiques: les acteurs qui détiennent le pouvoir dans le réseau actuel sous-optimal ne voudront pas le perdre et résisteront par tous les moyens à tout changement. Heureusement, ces acteurs qui sont les dirigeants des organisations les mieux nanties constituent en général une minorité. Dès lors, s'il existe une réelle volonté politique de changement au niveau gouvernemental, la résistance de cette minorité pourra être surmontée.

À ce problème politique s'ajoute un problème technique qui est essentiellement celui de disposer de l'information nécessaire pour réaliser l'intervention. C'est sur ce problème de conception et de mise en oeuvre d'un système qui fournisse cette information que nous nous concentrerons dans cet exposé. Pour définir ce système, il faut analyser les différentes étapes de l'intervention.

L'intervention

Le *protocole d'évaluation* des besoins doit fournir les données requises pour réaliser les étapes subséquentes de l'intervention. Il doit donc non seulement permettre de cerner l'état de chaque personne, mais aussi de déterminer les services (soins et aide) qu'elle requiert, et de mesurer les quantités de ressources requises pour donner ces services.

Faire l'état des lieux, c'est décrire la clientèle courante des programmes, faire l'inventaire de leurs ressources humaines, matérielles et financières, et mesurer les écarts entre les besoins des clientèles et les ressources disponibles pour y répondre.

Coordonner les admissions et les transferts, c'est mettre en place des procédures d'évaluation des besoins des clients, créer une commission administrative qui contrôle les admissions dans tous les programmes du réseau, établir un mécanisme permettant de définir les priorités d'admission des clients en attente, tenir à jour la liste des places disponibles dans chaque programme et la liste des personnes en attente d'une place, évaluer les besoins des clients candidats à l'admission ou au transfert, orienter le client vers le programme répondant le mieux à ses besoins en tenant compte de la richesse relative des différents programmes (celle-ci est mesurée par le taux de couverture qui est le rapport entre les ressources disponibles et les ressources requises).

Pour connaître cette richesse relative, il faut au préalable mettre en place un système *d'évaluation continue des besoins des clients* des différents programmes, système par lequel les besoins de chaque client sont réévalués chaque fois que son état change. On maintient de la sorte continuellement à jour le portrait de la clientèle de chaque programme. La confrontation de ce portrait avec les ressources disponibles doit permettre de mesurer le taux de couverture de chaque programme.

Au début de l'intervention, il existera des écarts, considérables dans certains cas, entre les ressources disponibles dans chaque programme et les ressources requises pour répondre aux besoins de leur clientèle. Il existera aussi un écart global au niveau du réseau, qui est mesuré par le taux de couverture du réseau. L'équité voudrait qu'on uniformise les taux de couverture de tous les programmes, taux qui deviendraient ainsi tous égaux au taux de couverture du réseau. Cet *ajustement* ne peut être réalisé que de manière *progressive* en agissant à la fois sur l'offre et sur la demande: transfert de ressources des programmes "riches" vers les programmes "pauvres" et orientation des clients les plus "lourds" vers les programmes les plus "riches" et, inversement, des clients les plus "légers" vers les programmes les plus "pauvres". L'uniformisation des taux de couverture intra-organisation (entre les différentes unités d'une organisation) peut, quant à elle, en général, être réalisée immédiatement par transfert des ressources ou des clients entre les unités.

Le taux de couverture du réseau sera très probablement toujours inférieur à 100% car le secteur de la dépendance est un secteur sous-financé dans tous les pays développés. Un taux de couverture bas devrait inciter les payeurs à *revoir le niveau de financement* du réseau. Il peut aussi amener une remise en question de la *répartition des charges* entre les différents payeurs: assureurs, différents paliers du secteur public, clients, famille.

Au moment de la mise en place de l'intervention, il existera en général un grand écart entre l'état actuel réseau et son état optimal. Dans le cas improbable où la demande de services serait constante, l'intervention devrait faire en sorte que le réseau se rapproche progressivement de son état optimal. Mais dans nos sociétés vieillissantes, la demande est plutôt croissante. Il faut donc mettre en place des mécanismes de *prévision de la demande* et *planifier* en conséquence le développement du réseau (combien de places, dans quel programme, à quel endroit, à quel moment) tout en tenant compte des hypothèses les plus vraisemblables d'évolution des flux financiers.

L'intervention complexe qui vient d'être décrite ne garantit pas que le réseau tende vers un état où chaque client reçoive les services qu'il requiert au moment où il les requiert. Elle constitue seulement une condition nécessaire pour l'atteinte de cet état. Mais elle n'est pas suffisante. Il faut encore que les ressources soient allouées en quantités suffisantes pour atteindre un taux de couverture de 100% (ce sera rarement le cas) et que les ressources soient bien utilisées: utilisées à des activités productives, utilisées seulement pour donner des services requis. Cependant, même si le taux de couverture global est inférieur à 100%, l'intervention devrait au moins permettre de tendre vers un état où le taux de couverture des besoins de chaque client individuel est le même.

Le noyau d'un système d'information intégré

Décrire dans le détail le système d'information qui peut fournir les données nécessaires à chaque étape de l'intervention dépasse carrément les limites de cet exposé. Nous nous contenterons ici de présenter le noyau de ce système d'information.

Il va d'abord de soi que le système d'information doit identifier clairement les différentes organisations dispensatrices de services aux personnes dépendantes. Chacune de ces organisations offre un ou plusieurs programmes. Un programme répond aux besoins d'une clientèle spécifique; de là l'utilisation du terme "programme-clientèle". Il y a, bien sûr, de grands programmes: institutionnels, intermédiaires, à domicile. Mais chacun de ces programmes regroupe un certain nombre de programmes particuliers destinés à des clientèles particulières. C'est de ces programmes spécifiques que nous parlons ici. Si on considère, par exemple, le secteur institutionnel, on y retrouve de l'hébergement simple; de l'hébergement et de l'aide; de l'hébergement, de l'aide et des soins; de l'hébergement et de la réadaptation. Et à l'intérieur de chacun de ces sous-secteurs, l'intensité de prise en charge peut varier grandement, par exemple: réadaptation intensive, réadaptation modérée, réadaptation légère. Il existe essentiellement deux critères permettant de valider la définition des programmes: la clientèle du programme doit être homogène du point de vue clinique et du point de vue des ressources qu'elle requiert (qualitativement et/ou quantitativement). Sans entrer davantage dans le détail, nous dirons que la définition des programmes spécifiques est un élément clé du système d'information puisque le contrôle des admissions/transferts, l'allocation des ressources, le financement et la planification du réseau doit être réalisée par programme pour qu'on puisse tendre vers l'objectif opérationnel de répondre adéquatement aux besoins des clients. À titre informatif et pour donner un ordre de grandeur, on ajoutera que dans le système CTMSP (5) (15) (16) (17) du Québec, on distingue 37 programmes alors que dans le système RUGs (4) des États-Unis, on en distingue 44.

A tout moment, le système d'information doit fournir le portrait à jour de chaque programme de chaque organisation. L'ensemble de ces portraits donne la photographie du réseau. Les

principaux éléments d'information composant le portrait d'un programme sont son nombre de places et de clients, les quantités de ressources requises globalement par la clientèle du programme, les quantités de ressources disponibles globalement pour répondre aux besoins de cette clientèle (ces deux dernières variables permettent de calculer le taux de couverture du programme) et l'identité et le profil de chacun de ses clients. Nous reviendrons sur cette notion de profil du client plus tard. Ces données sont indispensables pour prendre les décisions d'allocation de ressources aux programmes, de financement et de ré-allocation de ressources entre les programmes, d'admission et de transferts des clients.

À tout moment, le système d'information doit aussi fournir la liste des clients en attente d'admission dans chaque programme Z du réseau. Cette liste doit contenir l'identité de chaque client, sa provenance, un indicateur de priorité de son admission dans le programme Z , un indicateur des préférences du client quant aux organisations susceptibles de lui offrir le programme Z , et enfin, le profil du client. Le système d'information doit aussi maintenir à jour la liste des places disponibles dans chaque programme, par organisation offrant le programme. Ces données sont indispensables pour permettre l'orientation optimale du client dans le réseau.

Le sous-système d'information-clientèle: clé du système d'information

Comme on vient de le voir, l'intervention est irréalisable sans un système d'information intégré qui permet de connaître l'état initial du réseau et qui, par la suite, permet de tenir à jour cet état et de prédire son évolution. Essentiellement, ce système d'information doit fournir des données précises sur:

- les ressources financières, matérielles et humaines disponibles dans chaque programme et le taux de couverture de chaque programme;
- la clientèle de chaque programme: nombre de clients, profil des clients;
- la clientèle en attente: nombre, orientation, priorité, profil.

La composante du système d'information qui renseigne sur les ressources disponibles est relativement simple à concevoir et à mettre en oeuvre. On doit cependant noter que dans bien des pays, on ne dispose pas de données fiables et à jour sur les ressources disponibles. Mais c'est plutôt une question de manque de volonté politique et d'incurie administrative qu'un problème technique et logistique. Nous ne nous intéresserons donc pas davantage à cette composante.

Le véritable défi réside en effet dans la conception et la mise en place de la composante du système d'information qui renseigne sur les clientèles. C'est un défi parce qu'il n'y a pas deux clients les mêmes, parce que l'état des clients est changeant, parce que les concepts d'autonomie, d'indépendance, d'état de santé, de problèmes, d'incapacité, d'handicaps, de besoins, de services requis, de ressources requises, sont des concepts flous et multidimensionnels difficiles à cerner et à mesurer. C'était aussi, il y a quelques années, un défi au niveau technologique. Ce ne l'est plus aujourd'hui où on dispose d'ordinateurs puissants, de systèmes de gestion de base de données, de réseaux versatiles, de protocoles de communication standardisés, d'interfaces-usagers conviviales, etc. Nous ne nous attarderons donc pas à cet aspect ici.

Au niveau conceptuel, il y a deux grandes approches dans la définition du profil du client: la classification des clients et la description explicite des clients. La classification des clients est la méthode la plus utilisée: AGGIR (20) et KUNTZMANN (9) en France, KATZ modifié en Belgique (8), BESA (6) en Suisse allemande, par exemple. Ces systèmes de classification ont en

commun le fait qu'ils classent les clients en 3, 4 ou 5 classes sur la base de leur dépendance pour les activités de base et instrumentales de la vie quotidienne. À chaque classe est associé un forfait (donc un prix fixe) par journée qui spécifie le montant d'argent que recevra, du ou des payeurs, le programme qui prend en charge le client. Ainsi, dans le cas des classifications, la description du client se limite essentiellement à la spécification de la classe à laquelle il appartient.

L'autre approche propose de décrire explicitement le client en terme de ses problèmes bio-psycho-sociaux et des services qu'il requiert, donc elle explicite plus ou moins exhaustivement la démarche intellectuelle que réalise le soignant pour décider de ce qui doit être fait pour répondre aux besoins du client. Elle peut incorporer des standards de bonne pratique de soins, essentiellement des règles spécifiant à quelle fréquence et pour quelle durée tel ou tel type de soins doit normalement être exécuté. Si elle décrit de manière suffisamment explicite et exhaustive le client, on peut aussi lui greffer un mécanisme de validation de la description du client, par des auditeurs externes neutres (18). Les méthodes PLAISIR (1) (13) (14) et PRN (2) (3) (7) (10) (11) (12) utilisées au Québec, en Suisse romande et au Luxembourg, sont des exemples de cette approche. Ici, le client n'étant plus classé, l'allocation des ressources est plutôt fondée sur une pondération en terme de temps requis de chacune des actions de la nomenclature des services. Par le biais de cette pondération, on peut mesurer les ressources requises par le client par jour, c'est-à-dire le temps nécessaire pour lui offrir les soins et l'aide qu'il requiert. Un forfait aide et soins est donc associé à chaque client en fonction de ses besoins (la méthode est à prix variables) et ce forfait peut être recalculé chaque fois que les besoins du client changent.

La méthode américaine RAI-RUGs (4) combine, quant à elle, description explicite et classification du client. Cette description explicite du client se limite cependant à l'anamnèse, elle n'incorpore pas son plan de soins (les services qu'il requiert) et ne permet donc pas une mesure individualisée des ressources requises. Le client est plutôt classé sur la base de certaines des données recueillies dans l'anamnèse et comme dans le cas des autres systèmes de classification, un forfait est associé à chaque classe.

Toutes ces méthodes ont en commun un objectif de transparence quant au produit des organisations offrant des services aux personnes dépendantes, donc de diminution, sinon de suppression, de l'asymétrie d'information entre les différents acteurs du secteur. Le degré de transparence qu'elles permettent d'atteindre varie cependant énormément de l'une à l'autre et les effets pervers qu'elles induisent aux différentes étapes de l'intervention sont eux aussi très différents. Par effets pervers, nous entendons des phénomènes comme la sélection des cas rentables (et donc le rejet des autres), la promotion de la dépendance, l'institutionnalisation de personnes qui pourraient rester à domicile, la mauvaise qualité des soins, la sur-offre ou la sous-offre des services, etc. L'examen des risques inhérents à chacune de ces méthodes dépasse le cadre de cet exposé (19). On retiendra seulement ici que le choix de la façon dont on représentera le client dans le système d'information est crucial pour la réussite de l'intervention (donc pour l'atteinte de l'objectif d'offrir à tous et chacun les services qu'il requiert au moment où il les requiert) et qu'il n'est réellement pas indifférent, quand on implante un système d'information, de choisir l'une ou l'autre méthode. Les effets pervers associés à certaines d'entre elles sont tellement grands qu'ils vouent l'intervention à l'échec, quelle que soit par ailleurs la sophistication technique du système d'information.

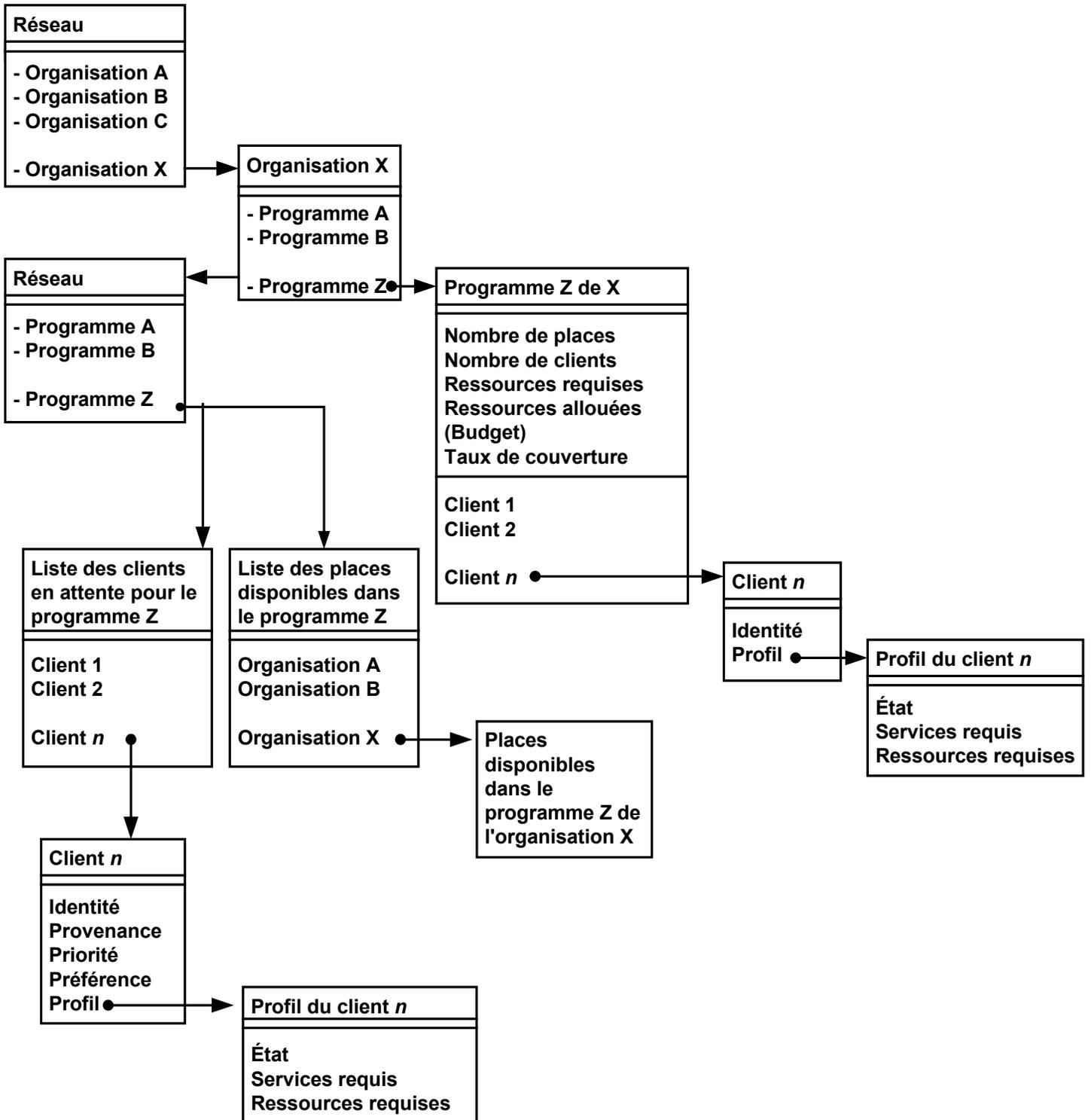


Figure 1. Le noyau d'un système d'information intégré pour un réseau d'organisations offrant des services aux personnes dépendantes

Références

1. D'Hoore, W., Tilquin, C. (1996) "Modalités de prise en charge et qualité de vie des personnes âgées en soins de longue durée". **Actes des Journées Scientifiques de l'Association Latine pour l'Analyse des Systèmes de Santé (ALASS)**, Genève, 6-8 juin 1996, p. 471-478.
2. Ferrus, L., Portella, E., Mata, R., (1991). "Determinacion de estandares sobre cuidados de enfermeria". **Revista ROL de Enfermeria**; 153: 37-42.
3. Ferrus, L., Matute, B., Losilla, P., Martin, M., (1998). "NEMS versus PRN: Validación de un sistema de medida indirecta de la intensidad de los cuidados de enfermeria a partir de un sistema de medida directa", **Epistula ALASS** n° 23, pp 8-12.
4. 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.
5. Gaumer, B., (1994) Evaluation de l'implantation d'un système régional d'admission en hébergement et en soins de longue durée pour personnes âgées au Québec, **The Canadian Journal of Program Evaluation**, Vol.9 n° 1, p. 31-49.
6. Heimverband Schweiz (1996). **BESA Bewohnerinnen-Einstufungs-und Abrechnungssystem**. 2 Auflage, Heimverband Schweiz.
7. Henchoz, J-D., Menétrey, S. (1997). Mesurer la charge en soins infirmiers pour améliorer la qualité, un paradoxe ?, **Hôpital Suisse**, vol. 10, pp 19-25.
8. Katz, S., Ford, A.B., Moskowitz, R.W., Jackson, B.A., Jaffe, M.W. (1963). "Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A standardized Measure of Biological and Psychosocial Function", **The Journal of the American Medical Association**, 185 (12), pp. 914-919.
9. Kuntzmann, F. et al. (1982). Évaluation des besoins des pensionnaires des établissements gériatriques. **Revue de gériatrie**, vol. 7, n° 6, pp. 263-271.
10. Lair-Hillion, M-L., (1996). Le PRN au Grand-Duché de Luxembourg : outil au service du développement de la qualité. **Actes de CALASS 96, 7ème congrès de l'Association Latine pour l'Analyse des Systèmes de Santé**, ALASS, Barcelone, pp 278-286.
11. Luraschi, P., Fabbrini, F., (1997). II PRN negli ospedali del Cantone Ticino (Svizzera) : un'esperienza pilota soddisfacente, **Epistula ALASS**, n° 22, pp 4-8
12. Matud Calvo, M-C., Cos Octavio, M-I., Diaz-Prieto Huidobro, A., y Mayoral Blay, J-M., (1995). "La medida del nivel de cuidados de los pacientes de UCI. Comparacion de los métodos PRN, TISS y APACHE", **Enfermeria Clinica**, Vol. 2, N° 2, pp 43-50.
13. Tilquin, C., Saiz, E., Carrillo, E. (1992). "Monitorizacion de la dependencia y asignacion de recursos en centros socio-sanitarios y hospitales de larga estancia", **Revista de Gerontologia**, Vol.2, no 2, p. 8-17.
14. Tilquin, C., Roussel, B. (1995). "La evaluación de la carga de trabajo en cuidados de enfermeria enducida por los pacientes con déficits cognitivos". **Revista de Gerontologia**, Numero monográfico, Abril 1995, pp. 81-86.

15. Tilquin, C., Sicotte, C., D'Hoore, W., Portella, E. (1996). "Evaluación de las necesidades en las personas dependientes para ofrecerles unos cuidados y unos servicios apropiados". **Revista de Gerontologia**, Vol. 6, pp. 294-303.
16. Tilquin, C. et Vanderstraeten, G., (1987). "Controllo delle Cure e dei Servizi per gli Anziani" in **I Nuovi Vecchi, Un Confronto Internazionale**, 163-200. C. Hanau (éd.), Maggioli, Rimini, Italie.
17. Tilquin, C. et Vanderstraeten, G., (1990). "L'Assistenza agli anziani : un problema d'ingegneria socio-sanitaria", **Tecnologie per la sanita**, vol. III, no 1, 23-36.
18. Tilquin, C., D'Hoore, W., (1998). "Se fonder sur la mesure des ressources requises ou des ressources données pour le financement et l'allocation des ressources". **Collection l'Année Gérontologique. Evaluation et intervention gérontologique** : pp. 39-60
19. Tilquin, C., (1998) "Effet pervers associés aux modalités d'allocation des ressources aux organisations prenant en charge les personnes dépendantes » Apports d'un financement fondé sur la mesure des ressources requises individuellement". EROS, Montréal, 14 pages.
20. Vetel, J.M. (1994). AGGIR: Où? Quand? Comment? Pourquoi?. **La Revue de Gériatrie**. Tome 19, n° 9, pp. 647-651.