

Évaluation du système d'accès à l'hébergement et aux soins de longue durée dans la région socio-sanitaire du Montréal métropolitain

An Evaluation of the System for Access to Shelter and Long-term Care in the Socio-Sanitary Region of Metropolitan Montreal

Jean-Pierre LAVOIE, Aline GRANDMAISON et Micheline OSTOJ

Volume 20, numéro 1, printemps 1988

La sociologie hors université

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/001421ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/001421ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Les Presses de l'Université de Montréal

ISSN

0038-030X (imprimé)

1492-1375 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

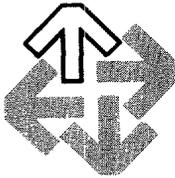
Citer cet article

LAVOIE, J.-P., GRANDMAISON, A. & OSTOJ, M. (1988). Évaluation du système d'accès à l'hébergement et aux soins de longue durée dans la région socio-sanitaire du Montréal métropolitain. *Sociologie et sociétés*, 20(1), 33-46. <https://doi.org/10.7202/001421ar>

Résumé de l'article

Devant le vieillissement accéléré de la population et la pression accrue sur les services institutionnels, plusieurs systèmes de coordination de services ont été mis sur pied aux États-Unis au cours des années 1970. Le Québec s'est inscrit dans le même mouvement. L'article présente les principaux résultats de l'évaluation du système d'accès mis sur pied en 1983 dans la région du Montréal métropolitain. Le système se révèle lent et très lourd, compte tenu de la fonction qui lui est assignée. De plus, le système se révèle en partie inefficace à prévenir l'hébergement, donc à assurer l'utilisation maximale des ressources alternatives. En fait, ce système ne rencontre pas tous les préalables garantissant le succès de tels systèmes, particulièrement l'accès à un réseau complet de services.

Évaluation du système d'accès à l'hébergement et aux soins de longue durée dans la région sociosanitaire du Montréal métropolitain¹



JEAN-PIERRE LAVOIE, ALINE GRANDMAISON, MICHELINE OSTOJ

Au cours des années 1970, on assiste aux États-Unis à l'apparition de nombreux problèmes reliés au vieillissement rapide de la population (Grandmaison, 1986). On note un recours massif à l'hébergement en institution des personnes âgées, surtout celles âgées de plus de 75 ans. Cette situation se révèle très coûteuse. Parallèlement, on constate une fragmentation du réseau de services aux personnes en perte d'autonomie, l'absence d'interrelation entre les composantes et le manque d'incitatifs à la désinstitutionnalisation. On assiste à une duplication des services et des procédures très coûteuses, une absence d'homogénéité dans les critères d'éligibilité et, finalement, un manque de responsabilité à l'égard des bénéficiaires et des coûts. Face à cette situation, on assiste à la mise sur pied de différents systèmes de coordination des soins.

Ces différents systèmes, tels Access, Alternative Health Services, Open, Triage, etc., reposent sur la prise en charge des personnes en perte d'autonomie par un organisme généralement indépendant des dispensateurs de services (Grandmaison, 1986). Cet organisme voit à l'évaluation de l'ensemble des besoins bio-psychosociaux des personnes référées, à la prescription des services requis en fonction de l'état des besoins et à l'élaboration d'un plan de soins avec l'équipe multidisciplinaire. Une fois cette tâche effectuée, l'organisme mobilise les établissements requis pour la réalisation des plans de services. Il voit également à revoir périodiquement les services offerts. Ces systèmes mis en place coordonnent majoritairement l'accès aux ressources alternatives (maintien et soins à domicile, centre et hôpital de jour) et, dans certains cas, s'ajoutent les ressources d'hébergement. On vise donc d'abord à répondre aux besoins de services des bénéficiaires avec des ressources non institutionnelles. La personne en perte d'autonomie est référée en hébergement uniquement lorsque les ressources alternatives ne peuvent répondre à ses besoins. Ces systèmes de coordination visent généralement les objectifs suivants: la réduction de l'utilisation des ressources hospitalières et d'hébergement, la diminution des coûts et le maintien de la qualité de vie du bénéficiaire et de son entourage.

Plusieurs de ces systèmes sont l'objet d'évaluation (Grandmaison, 1986). Celle-ci vise essentiellement à mesurer l'atteinte des objectifs dans le cadre de projets pilotes qui permettent

1. Ce projet d'évaluation a été financé par le programme de subventions pour des projets d'interventions, d'études et d'analyses en santé communautaire du CSSSRMM, le Regroupement des Départements de santé communautaire du Montréal métropolitain et la Commission administrative de l'hébergement du CSSSRMM.

le recours à des devis expérimentaux ou quasi expérimentaux. Les différentes études laissent entrevoir que les systèmes favorisent effectivement une plus grande utilisation des ressources alternatives et réduisent le recours à l'hébergement, à quelques exceptions près. Les conclusions sont moins claires quant aux deux autres objectifs. Même si certaines études constatent une réduction des coûts, d'autres n'en relèvent pas. Il est possible que les systèmes, en identifiant mieux les besoins de services, en assurent une gamme plus complète. Quant à l'amélioration de la qualité de vie, les résultats sont beaucoup plus fragmentaires. On relève peu d'effets des interventions sur l'autonomie fonctionnelle et le fonctionnement mental des bénéficiaires, ainsi que sur leurs entourages. Trois éléments importants, selon Grandmaison (1986), permettraient une plus grande efficacité de ces systèmes. On devrait d'abord avoir accès à un réseau complet de services. Une utilisation rapide de tels systèmes, en orientant les personnes en perte d'autonomie vers des ressources appropriées, permettrait un plus grand maintien de l'autonomie et réduirait les risques d'institutionnalisation. L'efficacité de ceux-ci reposerait, au moins en partie, sur le contrôle réel à l'accès aux diverses ressources, où il serait possible d'imposer des décisions aux dispensateurs.

1. LE CTMSP² ET SON APPLICATION DANS LA RÉGION DU MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN

Le Québec n'échappe pas aux problèmes identifiés précédemment aux États-Unis. Ici aussi, on élabore et implante des systèmes de coordination. Le principal, le CTMSP, est développé par l'Équipe de recherche opérationnelle en santé (EROS). Le CTMSP ressemble, sous plusieurs aspects, aux systèmes présentés précédemment. Devant la multiplicité et la complexité du réseau de services aux personnes en perte d'autonomie, l'utilisation massive des ressources institutionnelles, le système vise :

... l'établissement d'un lien entre d'une part un individu qui a des besoins, et d'autre part, cette kyrielle d'*organisations* qui disposent des ressources pour offrir des services, l'objectif étant que les «bonnes» ressources soient allouées au bénéficiaire, c'est-à-dire les ressources nécessaires, en *type* et en *quantité* (ni trop, ni trop peu) pour lui donner les services qu'il requiert. En d'autres termes, on peut dire que l'objectif poursuivi est l'orientation *optimale* du bénéficiaire, ... (Tilquin *et al.*, 1981.)

On cherche donc à orienter le bénéficiaire vers la ou les ressource(s) répondant le mieux aux besoins du bénéficiaire. Ce système repose sur l'identification des besoins de services des personnes en perte d'autonomie et l'offre des services et cherche à concilier les deux :

... l'orientation étant par essence un processus d'allocation de *ressources* d'une (plusieurs) organisation(s), au bénéficiaire en fonction de ses besoins physiques, psychiques et sociaux, ce sont les ressources (en *type* et *quantité*), d'une part *requis*, d'autre part, *offertes*, qui sont le dénominateur commun dans l'orientation. Dès lors pour pouvoir procéder à l'orientation d'un bénéficiaire, il faut :

- avoir mesuré les *ressources*, en type et quantité, que requiert le bénéficiaire sur la base des *services* qu'il requiert étant donné ses *besoins et son autonomie*;
- connaître les ressources, en type et quantité, qu'offrent chacune des organisations du réseau de services prolongés au «bénéficiaire type» de chacune de leurs clientèles. (Tilquin *et al.*, 1981.)

Il reste que ce sont d'abord les besoins des bénéficiaires qui doivent déterminer l'orientation du bénéficiaire :

CTMSP espère que ce sont les ressources requises par le bénéficiaire qui détermineront l'organisation vers laquelle il est orienté et non l'organisation vers laquelle il est orienté qui détermine les ressources requises par le bénéficiaire. (Tilquin *et al.*, 1981.)

Le CTMSP prévoit donc l'évaluation d'un bénéficiaire à partir d'un outil unique³ d'évaluation, administré par un(e) travailleur(se) social(e) ou un(e) infirmier(ère). De plus, une

2. Classification par type en milieu de soins prolongés.

3. En fait, il en existe 2 versions selon le lieu de résidence du bénéficiaire, soit le domicile, soit l'établissement.

évaluation médicale est complétée. Le dossier est alors envoyé à une équipe multidisciplinaire (médecin, travailleur(se), social(e), infirmier(ère), physiothérapeute, ergothérapeute) qui définit les types et quantités de services nécessités par les personnes en perte d'autonomie. Le dossier du bénéficiaire est alors étudié par un comité formé de personnes provenant des organismes dispensateurs et dont le rôle est d'orienter la personne vers le ou les organisme(s) pouvant offrir les services. Afin de faciliter ce travail de concordance, le CTMSP définit des «programmes» constitués des principales combinaisons des types et quantités de services.

Le CTMSP, comparativement aux systèmes américains, peut profiter de la présence d'un réseau public. Ainsi, il vise à orienter les bénéficiaires autant vers les ressources alternatives qu'institutionnelles. Il peut également prétendre au contrôle effectif de l'accès aux services des organismes dispensateurs.

Enfin, soulignons que le CTMSP se veut plus qu'un simple système d'orientation des bénéficiaires. Ainsi, l'instrument d'évaluation du bénéficiaire doit être dynamique afin de servir à évaluer les résultats d'action compensatoire. Il vise également à devenir «un système de *planification* du réseau utilisant les données produites par le module d'évaluation des besoins et celles issues du processus d'orientation» (Tilquin *et al.*, 1981).

Au début des années 1980, le Conseil de la santé et des services sociaux de la région du Montréal métropolitain (CSSSRMM) constate des problèmes majeurs dans les services aux personnes en perte d'autonomie. Les établissements d'hébergement, se plaignant d'être sous-budgétés et sous-équipés, refusent d'admettre de nombreux bénéficiaires en lourde perte d'autonomie. Ceux-ci sont maintenus à domicile tant bien que mal et finissent généralement, après avoir épuisé les ressources alternatives, par engorger les centres hospitaliers de courte durée. Les critères d'admission des organismes sont disparates et obligent les intervenants auprès des bénéficiaires à magasiner leur admission. Le CSSSRMM décide donc d'implanter en 1983 le CTMSP dans la région du Montréal métropolitain.

L'implantation du CTMSP n'est que partielle. On retient le formulaire d'évaluation standard et la formation des deux équipes, appelées équipe d'allocation de services et comité de préadmission⁴, afin d'orienter le bénéficiaire vers la ressource la plus pertinente. En fait, on met sur pied une équipe d'allocation et un comité de préadmission dans chaque territoire (8) de département de santé communautaire (DSC) de la région compte tenu du grand nombre de dossiers et d'organismes. En retour, des éléments fondamentaux sont abandonnés. D'abord, le système ne permet que l'accès aux ressources institutionnelles, soit les centres d'accueil et d'hébergement (CAH) et les centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD). Les ressources alternatives ne sont plus visées. On en fait alors un système très différent de ceux présentés précédemment. Au lieu d'avoir un système qui oriente les bénéficiaires vers les ressources alternatives et éventuellement vers des ressources institutionnelles en cas d'incapacité des premières à répondre, on a un système qui évalue les personnes qui demandent à être hébergées et qui décide de les accepter ou non, et de les orienter. Plutôt qu'un système préventif, on assiste à la mise sur pied d'un système réactif.

La structure par programme n'est pas retenue devant la réticence des établissements. Ceci complique fortement la tâche de concordance entre les services nécessités et ceux offerts. Ceci oblige le CSSSRMM à édicter des critères d'admission relativement rigides où priment les besoins de services infirmiers. Ainsi, on admet en CAH un bénéficiaire qui nécessite entre 1 h 30 et 2 h 30 de soins infirmiers par jour et au CHSLD celui qui en requiert entre 2 h 30 et 3 h 30. Le CSSSRMM reconnaît que des situations particulières peuvent permettre des dérogations (besoin important de surveillance, besoin de protection sociale, etc.).

Même si les comités de préadmission contrôlent effectivement l'accès aux établissements, ceux-ci ne sont pas tenus à offrir aux bénéficiaires les services tels qu'identifiés et quantifiés par les équipes d'allocation. Le CTMSP devient donc essentiellement un système d'aiguillage des personnes en perte d'autonomie qui demandent à être hébergées. On est assez loin des plans de soins.

4. La première identifie les types et quantités de services nécessités par le bénéficiaire, la seconde oriente le bénéficiaire vers la ressource appropriée.

On se retrouve donc avec un système dont les objectifs sont de privilégier le recours aux ressources alternatives, d'assurer l'hébergement aux personnes qui le nécessitent, donc d'optimiser l'utilisation des ressources, de permettre l'admission plus rapide des bénéficiaires reconnus prioritaires. En plus de viser ces objectifs, le CSSSRMM définit un ensemble de normes visant un fonctionnement harmonieux et rapide du système. Compte tenu des modifications fondamentales apportées au CTMSP et de l'originalité du système⁵, on peut se demander si la structure et les procédures mises en place ne sont pas lourdes compte tenu de l'aspect moins ambitieux du système et si les objectifs de rationalisation de l'utilisation des ressources institutionnelles sont atteints?

2. MODÈLE D'ÉVALUATION ET MÉTHODOLOGIE

L'évaluation du système d'accès implanté dans le Montréal métropolitain est planifiée plus d'un an après sa mise en application. Il est donc impossible de recourir à un devis de comparaison avant-après. Compte tenu que le système s'applique à tout le Montréal métropolitain et que cette région est fort différente du reste de la province de Québec, tout devis expérimental ou quasi expérimental est impossible. Les auteurs ont donc centré l'évaluation sur la mesure de l'atteinte des objectifs formulés pour le système. L'évaluation porte essentiellement sur deux questions de fond. Compte tenu que le système vise essentiellement à aiguiller les bénéficiaires, celui-ci repose-t-il sur une structure trop lourde et un processus complexe et lent? Le système permet-il de rationaliser l'admission en établissement, soit l'admission de personnes qui nécessitent un hébergement et l'admission plus rapide des bénéficiaires en état d'urgence? Ces questions amènent les auteurs à regarder la structure et le processus du système et mesurer son efficacité en terme d'atteinte de résultats (Pineault et Daveluy, 1986).

Les différentes questions abordées sont les suivantes. Le système d'accès respecte-t-il les étapes et les délais de prise de décision prévus (processus)? Est-il possible de prévoir les décisions à partir d'un nombre restreint d'information (structure)? Le système permet-il une orientation rapide des cas qu'il juge urgent? Oriente-t-il en établissement et à domicile les personnes qui répondent aux critères d'admission? Suite à ces questions, nous nous demandons si ce type de système réactif est efficace et quelle place occupe la disponibilité des ressources dans un tel système? Permet-il une jonction optimale entre les besoins et les ressources disponibles? Tenant compte des conditions identifiées par Grandmaison, quelle est l'efficacité du système?

L'étude est centrée sur la logique interne du système. Ainsi, lorsque nous nous demandons si les personnes dont l'état est urgent sont admises plus rapidement, l'état d'urgence retenu est celui assigné à la personne par les différents comités. Si nous regardons si les personnes admises en établissement requièrent ce type de service, nous le ferons à partir des critères fixés dans le système et des heures de soins allouées par les équipes d'allocation. L'étude n'a donc pas consisté à une validation des décisions prises via un comité d'experts, par exemple⁶.

L'étude repose sur le suivi de 1 275 dossiers de bénéficiaires ayant effectué une demande d'hébergement entre la fin juin 1985 et la fin janvier 1986. L'étude est de type longitudinal, une fois un dossier sélectionné, celui-ci est suivi jusqu'à sa fermeture par le programme ou jusqu'à la date de tombée, soit 8 mois après la sélection du dernier dossier.

Le taux d'échantillonnage se rapproche de 50 % (N = 2 571) et varie selon les 8 unités territoriales du programme de 41,5 % à 80 %. La cueillette de l'information s'effectue exclusivement à partir des formulaires utilisés dans le programme. 3 codificateurs relèvent l'information des formulaires tels que remplis par les intervenants pendant le court délai de

5. Compte tenu des importantes modifications, nous appellerons désormais le système implanté le système d'accès.

6. Les auteurs, dans le cadre de l'évaluation du système, ont procédé à une étude comparative des décisions des 8 équipes d'allocation et 8 comités d'admission à partir de 28 dossiers identiques qu'ils avaient à traiter. Il ressort de cette étude qu'il n'existe pas d'écarts ou de divergences importantes entre les comités concernant les degrés de priorité et les heures soins infirmiers allouées aux bénéficiaires, ce qui assure une certaine validité à ces opérations d'allocation.

temps (1 à 2 journées) où ils sont mis à la disposition de ces derniers. Le suivi des dossiers se fait par le système informatique mis sur pied pour suivre la gestion de ce programme. Il résulte de cette stratégie de nombreuses informations manquantes et l'impossibilité de retourner aux formulaires où apparaissent des codes erronés.

Malgré ces biais, la validation que nous avons faite des données (croisement de questions répétées, cohérence entre questions) nous révèle que de faibles pourcentages d'incohérence (aucun n'excède 4,5 %, en moyenne 2 %). Les tests de X^2 menés pour valider l'échantillon ne révèlent aucun écart significatif entre notre échantillon et la population de référence pour le sexe des bénéficiaires et la nature du classement du dossier (c'est-à-dire l'orientation des bénéficiaires).

En plus des analyses descriptives, nous ferons appel à différentes méthodes statistiques telles l'analyse de variance, la régression linéaire et l'analyse discriminante.

S'intéresser à la lourdeur ou lenteur d'un système, à son efficacité peut paraître une préoccupation très administrative. En retour, lorsque nous regardons la situation et les caractéristiques des personnes qui font une demande d'hébergement et qui ont à vivre le système, ces considérations prennent une autre couleur. C'est ce que nous décrivons avant d'aborder les éléments d'évaluation.

3. QUELQUES CARACTÉRISTIQUES DES BÉNÉFICIAIRES

Près des deux-tiers de la clientèle du programme est féminine (63 %) et 48,2 % de l'ensemble des personnes faisant une demande d'hébergement sont âgées de 80 ans et plus. Près des trois quarts s'expriment en français et 20 % en anglais. Par ailleurs, 6 % ne parlent ni français ni anglais. Les trois quarts de cette clientèle n'ont pas de conjoint. Ses revenus sont restreints, se composant essentiellement de la pension de la sécurité de la vieillesse et des autres rentes publiques.

Les problèmes physiques des bénéficiaires sont importants: 75 % présentent des problèmes de mobilité, 60 % des problèmes visuels, 30 % des problèmes auditifs. De fortes proportions (au moins 80 %) ont des problèmes dans la réalisation de plusieurs activités de la vie quotidienne, telles que l'entretien ménager, la préparation des repas, faire des emplettes l'hiver. De plus, le tiers des bénéficiaires ont besoin d'aide pour manger. 44 % présentent des problèmes d'incontinence urinaire et 33 % d'incontinence fécale. 60 % ont quatre diagnostics médicaux ou plus. Plus de la moitié de ces personnes âgées ont des problèmes de désorientation, de mémoire, de concentration, de compréhension et/ou d'adaptation. Il s'agit donc, globalement, d'une clientèle en lourde perte d'autonomie.

Les CHSCD constituent la principale porte d'entrée de ces bénéficiaires au réseau d'hébergement et de longue durée: 53,5 % résident dans un établissement de ce type au moment de l'évaluation. Les autres proviennent des domiciles privés (30 %) et plus de 12 %, d'un établissement de type CAH ou CHSLD. Les proportions de bénéficiaires résidant en CHSCD sont particulièrement élevées dans les sous-régions de Montréal Général, de Saint-Luc, de Sacré-Cœur et de Maisonneuve-Rosemont. Les bénéficiaires à domicile résident seuls dans 3 cas sur 10 ou avec leur conjoint seulement dans 1 cas sur 4. Moins de la moitié vivent avec leurs enfants ou d'autres personnes probablement plus en mesure de les appuyer.

La situation de ces personnes lors de l'évaluation est souvent pénible. Les trois quarts n'ont pas d'activités ou n'exercent que des activités passives (radio, TV, cartes, etc.) et ce, surtout pour celles qui résident en CHSCD. Par ailleurs, on constate que les bénéficiaires à domicile présentent des problèmes particuliers. Même si leur perte d'autonomie est parfois un peu moins lourde, 80 % de ceux-ci ont un état bio-psychosocial en dégradation.

Trois bénéficiaires sur dix vivent des relations difficiles avec leur entourage (relations absentes, froides, dépendantes, tendues, etc.). Plus de la moitié ne reçoivent de l'aide que d'une seule personne; et la personne aidante estime généralement cette aide trop lourde (dans 65 % des cas) et insuffisante (dans 70 % des cas). Par contre, on constate que seulement un bénéficiaire sur deux reçoit l'aide d'une auxiliaire familiale. Il ressort de ces données que les demandes d'hébergement sont faites tardivement, alors que les familles semblent déjà épuisées. On est donc en droit de s'attendre à un système souple, rapide et efficace. Qu'en est-il?

4. UN SYSTÈME LENT ET LOURD

Nous nous arrêtons, dans un premier temps, au fonctionnement du système d'accès, c'est-à-dire voir dans quelle mesure les normes et les objectifs relatifs à l'analyse des dossiers et à la prise de décision sont respectés. Deux éléments majeurs doivent être pris en considération. Un premier concerne la séquence d'étude des dossiers et les délais nécessaires à la prise de décision quant à l'orientation des bénéficiaires. Nous nous arrêtons ici spécifiquement au processus d'étude sans considérer les résultats de celui-ci. Ceux-ci doivent être les plus brefs possibles compte tenu des problématiques complexes vécues par les personnes en perte d'autonomie. Un deuxième élément concerne les formulaires d'évaluation. Ceux-ci doivent permettre de quantifier les besoins de services des demandeurs et de les orienter vers l'institution répondant à leurs besoins. Les formulaires conçus sont fort lourds (au-delà de 400 points d'information) et souvent redondants, leur administration est longue et coûteuse. Une telle lourdeur est-elle justifiée?

4.1 DES SÉQUENCES D'ÉTUDE COMPLEXES ET DE LONGS DÉLAIS

Comme nous l'avons vu, le programme d'accès prévoit qu'après l'évaluation du bénéficiaire, son dossier est envoyé à l'équipe d'allocation pour la quantification des services et une recommandation d'orientation. Si la demande d'hébergement est refusée, le dossier est retourné à l'évaluateur afin qu'il en assume le suivi. S'il y a recommandation d'institutionnalisation, le dossier est envoyé au comité d'admission qui décide de l'orientation du bénéficiaire vers un établissement précis. Les délais prévus entre l'évaluation et l'allocation de services d'une part, et entre cette dernière étape et la préadmission d'autre part, sont chacun de 15 jours (total dans le cas d'une acceptation: 30 jours).

Le tableau 1 montre bien que les structures ne réussissent qu'imparfaitement à respecter les séquences prévues. Près du tiers des dossiers ont des séquences plus complexes qu'attendues. Les délais, quant à eux, sont beaucoup plus longs que prévus même dans le cas des séquences standards. Si la demande rencontre quelques problèmes et nécessite la répétition d'une étape ou plus, les délais augmentent sensiblement. Il en découle qu'en moyenne le système exige près de 71 jours pour décider de l'orientation des bénéficiaires. Quand on connaît la situation

Tableau 1

Répartition des dossiers selon la séquence des étapes et durée moyenne des délais d'étude¹ par les comités
Montréal métropolitain — 1985-1986

Séquence ²	%	Durée moyenne (en jours)
E → A → P	54,3	44,8
→ A	14,1	28,5
→ A → A → P	7,7	106,7
→ A → P → A → P	4,3	142,3
→ A → P → P	3,2	125,8
→ A → A → P → P	1,9	117,1
→ P → A	1,6	90,1
→ A → A	1,5	90,9
→ A → A → A → P	1,3	158,9
→ A → P → A	1,1	138,8
→ A → P → A → A → P	1,0	167,9
→ Autres	8,0	173,7
Total (n)	100,0 (1151)	70,9

1. Délai entre l'évaluation du bénéficiaire et la dernière étape de la séquence d'étude, soit la prise de décision finale quant à son orientation.

2. E: évaluation, A: allocation, P: préadmission.

souvent critique des bénéficiaires en instance d'hébergement (stress, épuisement de l'entourage, ennui, etc.), une telle lenteur paraît difficilement acceptable.

Nous avons tenté d'identifier certains facteurs pouvant ralentir la prise de décision. Ainsi, 9 % des dossiers sont jugés incomplets par les équipes d'allocation qui les retournent alors à l'évaluateur. Cette procédure explique la répétition de l'étape de l'allocation dans certaines séquences. Comme l'évaluateur doit obtenir de l'information supplémentaire, il y a des délais qui s'ajoutent. L'importante circulation de dossiers entre les huit sous-régions peut également allonger ces délais.

Chaque territoire de DSC a son équipe d'allocation et son comité de préadmission. L'équipe d'allocation prend en charge les dossiers des bénéficiaires évalués sur son territoire. Le comité de préadmission oriente les bénéficiaires qui seraient hébergés sur son territoire. Comme il y a une forte mobilité hospitalière (des résidents d'une sous-région sont hospitalisés dans une autre) et que la plupart des gens veulent être hébergés dans leur sous-région d'appartenance, leurs dossiers sont vus par l'équipe d'une sous-région et le comité d'une autre. De plus, certaines personnes résidant dans une sous-région demandent à être hébergés dans une autre afin de se rapprocher de leur famille.

Ces différentes situations provoquent alors un transfert de dossier. Près de 30 % des demandes sont touchées. L'importante circulation, de même que certaines oppositions entre sous-régions quant à la responsabilité d'une demande (c'est-à-dire dans quel territoire la personne doit être hébergée) ajouteraient aux délais provoqués par les dossiers incomplets.

4.2 DES FORMULAIRES D'ÉVALUATION LOURDS

Afin d'évaluer si l'exhaustivité, et de là, la lourdeur de l'instrument se justifient, nous avons tenté de déterminer, s'il était possible, à partir des formulaires, d'identifier un nombre restreint de variables qui permettrait de bien prédire les heures soins infirmiers allouées et l'orientation du bénéficiaire. Comme nous l'avons dit, les heures soins constituent le principal critère d'orientation, et l'orientation du bénéficiaire, la principale fonction du système d'accès. Nous avons d'abord recours à l'analyse de régression multiple pour identifier les variables influençant les heures soins et à l'analyse discriminante en ce qui concerne l'orientation des bénéficiaires.

Pour la régression, nous retenons les caractéristiques des bénéficiaires qui sont le plus susceptibles de susciter des besoins de services. Nous introduisons certaines variables synthétiques constituées à partir d'un ensemble de caractéristiques complémentaires⁷. Nous introduisons également une variable de ressources institutionnelles afin de vérifier si leur disponibilité influence l'allocation de services, contrairement à la philosophie du CTMSP qui prévoit une allocation à partir des besoins du bénéficiaire uniquement. Afin d'identifier si un nombre restreint de caractéristiques peut expliquer en bonne partie la variance des heures soins, nous utilisons la procédure *stepwise*.

La régression faite à partir des 40 variables retenues nous permet de constater un R^2 de 0,74925 et une régression significative (tableau 2). En retour, la méthode *stepwise* permet d'identifier un ensemble de 5 variables qui nous donne un R^2 de 0,73089. Ce modèle serait optimal selon le critère du Cp de Mallows. En retour, on peut constater que déjà avec 2 variables seulement, on peut expliquer au-delà de 71 % de la variance des heures soins infirmiers. Il semble donc clair que la capacité d'effectuer les activités de la vie quotidienne et la présence d'incontinence fécale occupent une place prépondérante dans l'allocation de services.

Dans le cadre de l'analyse discriminante, nous cherchons à établir la possibilité de prédire l'orientation d'un bénéficiaire à partir d'un nombre restreint de variables. L'analyse discriminante ne nous permet de considérer que les seules variables métriques, ordinales et

7. Ainsi, il y a un ensemble de 17 activités de la vie quotidienne (AVQ) pour lesquelles on cherche à savoir si le bénéficiaire peut les effectuer seul, avec aide ou est incapable de les faire. Parmi ces activités, on retrouve la préparation des repas, prendre un bain, se vêtir ou se dévêtir, etc. À partir des réponses, nous constituons un indice moyen d'incapacité, ce qui permet de transformer 17 variables catégorielles en une variable continue.

Tableau 2
 Résultats de l'analyse de régression multiple sur les services infirmiers alloués
 Montréal métropolitain — 1985-1986

Variabes	R ²	R ² ajusté	ΔR ²	Erreur moyenne des carrés	Cp	P
1. CAVQ ¹	0,679	0,679	—	0,357	101,6	0,0000
2. CAVQ Incontinence fécale	0,715	0,714	0,036	0,318	31,6	0,0000
3. CAVQ Incontinence fécale Ressources institutionnelles	0,722	0,720	0,007	0,311	20,6	0,0000
4. CAVQ Incontinence fécale Ressources institutionnelles Orientation	0,727	0,724	0,005	0,307	13,7	0,0000
5. CAVQ Incontinence fécale Ressources institutionnelles Orientation Évolution de l'état psychologique	0,731	0,728	0,004	0,302	7,0	0,0000
6. Ensemble des variables	0,749	0,729	—	0,302	—	0,0000

1. CAVQ: Capacité d'effectuer les activités de vie quotidienne.

dichotomiques. Les formulaires CTMSP n'étant ni constitués ni complétés pour des fins de recherche, les questions ouvertes abondent et les valeurs manquantes sont nombreuses⁸. On n'a donc pu retenir que 45 variables au départ et deux seules décisions quant à l'orientation du bénéficiaire: accepté en établissement (CAH ou CHSLD) ou refusé. Les variables concernent les limitations physiques, la capacité de mener des activités de la vie quotidienne, la présence d'incontinence et les contacts avec la famille et l'entourage. Encore une fois à cause des valeurs manquantes, nous avons dû procéder pas à pas afin d'identifier dans chacun des quatre sous-groupes de variables celles qui permettraient le mieux de discriminer les acceptées des refusées.

Les tableaux 3 à 5 donnent les résultats de l'analyse menée. Il en ressort que les deux groupes se distinguent bien sur onze variables. Parmi celles-ci, cinq ressortent comme particulièrement intéressantes: elles permettent, avec un pourcentage de succès de 75 %, de prédire l'acceptation ou le refus de la demande. Les personnes acceptées présentent plus de difficultés à réaliser les activités suivantes: s'occuper des tâches lourdes d'entretien ménager, monter ou descendre un escalier, sortir à l'extérieur en hiver pour faire des emplettes et se laver la tête. Elles reçoivent également moins d'appels de la parenté. En fait, les problèmes dans la réalisation d'activités quotidiennes ressortent comme influençant plus la décision des comités que la présence d'incontinence, les problèmes de mobilité et les relations avec l'entourage qui occuperaient une place plus importante que les deux groupes précédents.

D'une part, ces résultats ne surprennent pas. En effet, les variables contenues dans les formulaires sont redondantes et fortement corrélées et la connaissance de certaines permet de déduire les valeurs d'autres variables. D'autre part, lors de nos contacts avec les différents intervenants du système d'accès, plusieurs affirment que, devant la masse d'information contenue dans le formulaire, les redondances, le nombre élevé de dossiers à étudier, l'urgence de prendre une décision, on en arrive à privilégier certaines informations clés.

8. Un évaluateur peut ne pas répondre à une question qu'il juge non pertinente pour le bénéficiaire évalué.

Tableau 3
 Résultats globaux de l'analyse discriminante portant sur les groupes «accepté» et «refusé»
 Montréal métropolitain — 1985-1986

Nombre de variables retenues	Corrélation canonique	Lambda de Wilks	Khi ²	dl.	p.
11	0,4554	0,7926	57,29	11	0

Tableau 4
 Indices d'interprétation des variables retenues dans le processus de sélection de l'analyse discriminante
 Montréal métropolitain — 1985-1986

Variable	F. Univarié	P	Poids standardisé	Corrélation canonique	Nature ¹
S'occuper de l'entretien ménager — tâches lourdes	4,31	0,039	-0,9365	-0,2556	D
Préparer les repas	0,58	0,584	0,7458	0,0674	S
Sortir à l'extérieur pour faire des emplettes — été	0,25	0,621	-0,5252	-0,0610	S
Monter-descendre un escalier	7,06	0,008	0,4051	0,3272	D
Sortir à l'extérieur pour faire des emplettes — hiver	7,38	0,007	0,4324	0,3346	D
Appels des petits-enfants	1,30	0,255	-0,3808	-0,1406	S
Se laver la tête	8,47	0,004	0,3989	0,3584	D
Appels de la parenté	12,71	0,000	0,3079	0,4389	D
Appels des enfants	0,63	0,427	0,1894	0,0979	ND
Visites des amis	4,99	0,026	0,1694	0,2754	ND
Problèmes avec les jambes	1,44	0,232	-0,0282	-0,1475	ND

1. D: discriminante ND: non discriminante S: suppressive.

Tableau 5
 Résultats de l'analyse de classification effectuée à partir des cinq variables discriminantes
 Montréal métropolitain — 1985-1986

Groupe observé	Groupe prédit	Refusé	Accepté	Concordant
Refusé (n = 40)		77,5 (31)	22,5 (9)	—
Accepté (n = 214)		25,2 (54)	74,8 (160)	—
Concordant		—	—	75,2 (191)

Il ressort de ce double exercice qu'il est possible de prédire, avec une précision assez certaine, les heures soins infirmiers et l'orientation des bénéficiaires avec une série de questions concernant la capacité de réaliser les activités de la vie quotidienne, la présence d'incontinence fécale et les relations sociales. Comme le système d'accès a essentiellement une fonction d'aiguillage, un formulaire plus léger pourrait permettre une évaluation et une orientation plus rapide. Ceci est d'autant plus envisageable que le système ne vise plus l'élaboration de plans de services et que les établissements ne sont pas tenus à offrir les services alloués. De plus, comme la situation des bénéficiaires est instable et, comme nous le verrons, les délais d'admission sont longs, les plans de services risqueraient fort d'être dépassés.

5. UNE EFFICACITÉ À QUESTIONNER

En termes de résultats, les structures sous-régionales doivent privilégier le maintien dans leur milieu naturel de vie des personnes ne nécessitant pas d'hébergement, une utilisation rationnelle des ressources, et un traitement rapide des demandes jugées urgentes. Afin de formaliser ces objectifs, les critères d'admission suivants ont été définis pour les CAH: nécessiter de 1 h 30 à 2 h 30 de soins infirmiers par jour; pour les CHSLD en nécessiter entre 2 h 30 et 3 h 30 par jour.

Nous regardons d'abord si le système permet un traitement rapide des demandes urgentes. Au tableau 6, on peut constater suite à l'analyse de variance effectuée que le programme permet une admission plus rapide des personnes dont la demande est jugée urgente ou très urgente⁹. Cette situation s'explique probablement par le fait que les comités de préadmission contrôlent effectivement l'accès aux établissements. En retour, il faut constater que seules les personnes dont la demande est classée très urgente sont admises en moyenne à l'intérieur du délai de 90 jours fixé comme objectif au délai d'admission. En retour, l'urgence de la demande n'influence pas suffisamment la durée d'étude pour que l'on puisse conclure que l'urgence accélère le processus de prise de décision.

Tableau 6

Délais d'étude et d'admission¹ des demandes des bénéficiaires selon le degré de priorité des demandes
Montréal métropolitain — 1985-1986

	Degré de priorité	Délai moyen	Écart type	n
Étude ²	Peu urgent	45,2	4,9	227
	Urgent	39,1	5,4	150
	Très urgent	31,2	5,5	90
Admission ³	Peu urgent	134,9	5,9	395
	Urgent	102,4	8,7	172
	Très urgent	90,1	7,5	162

1. Délai d'étude: Délai entre 1^{re} allocation et dernière préadmission. Délai d'admission: Délai entre dernière préadmission et l'admission ou la date de fin d'étude selon la première occurrence.

2. $p = 0,2470$.

3. $p = 0,000$, écart significatif entre peu urgent d'une part, et urgent et très urgent d'autre part.

Le programme d'accès prévoit une relation étroite entre les services alloués aux personnes et le type de ressource vers laquelle ils sont orientés. Un besoin important justifie un hébergement en CAH ou en CHSLD, sinon on favorise des ressources alternatives (familles d'accueil,

9. Comme l'étude menée est de nature longitudinale (suivi de cohorte), il y a fallu déterminer une date de tombée à la cueillette d'information, soit 8 mois après la dernière sélection de dossiers. À ce moment, 13 % des personnes acceptées étaient encore en attente d'admission. Nous leur avons attribué la date de tombée comme date d'admission. Les délais d'admission sont ainsi sous-estimés.

hôpitaux de jour, etc.). Nous avons donc tenté de voir dans quelle mesure les personnes orientées vers différents types de ressource se distinguaient en terme d'allocation de services.

Le tableau 7 donne les principaux services alloués selon l'orientation des bénéficiaires. Les bénéficiaires se distinguent de façon significative seulement pour les services infirmiers. Aucune différence significative n'existe en ce qui concerne la physiothérapie, l'ergothérapie et les services sociaux. Ceux-ci d'ailleurs sont alloués à moins de 25 % des bénéficiaires. Cette faible allocation n'est pas reliée à l'absence de besoins (la description de l'état des bénéficiaires laisse plutôt entrevoir l'inverse), mais bien à l'insuffisance des services offerts, pour ne pas dire la quasi-inexistence, dans plusieurs établissements d'hébergement et de soins de longue durée. On constate ainsi des adaptations au système qui prévoit que l'allocation de services est faite uniquement en fonction des besoins des bénéficiaires. En fait, les comités considèrent nettement l'offre de services lors de l'allocation.

Tableau 7
Allocation moyenne de services¹ selon l'orientation des bénéficiaires
Montréal métropolitain — 1985-86

Services	Orientation	Maintien à domicile	Ressource alternative	C.H.S.C.D.	C.H.S.L.D.	C.A.H.	F	P
Soins infirmiers		1:27	0:47	3:37	3:03	1:26	156,879	0,001
Physiothérapie		0:27	0:23	0:06	0:24	0:21	0,737	0,561
Ergothérapie		0:21	0:20	0:17	0:41	0:29	1,630	0,165
Services sociaux		0:27	0:28	0:09	0:23	0:30	0,780	0,538
(n)		(39)	(61)	(16)	(235)	(416)		

Quant aux soins infirmiers, on peut constater une certaine relation entre les services et les ressources offertes. Ainsi, les personnes orientées vers les CHSCD et les CHSLD se voient allouer nettement plus de soins que les autres. En retour, on est frappé par l'équivalence des allocations en soins infirmiers entre les personnes orientées en CAH et celles maintenues à domicile¹⁰. Il est surprenant que des personnes hébergées, institutionnalisées se voient allouer autant de services que des personnes à domicile devant recevoir normalement des services dits légers. Le système manifeste ici une certaine incohérence. On constate également que la moyenne des soins infirmiers alloués aux bénéficiaires admis en CAH est inférieure au critère d'admission (1 h 30/jour) sous lequel personne ne devrait être admis.

Lorsque nous regardons le respect des critères d'admission en établissement, nous le faisons par territoire de DSC puisque les ressources institutionnelles sont inégalement réparties entre chaque territoire.

Le tableau 8 montre que les structures respectent relativement bien les critères d'admission pour les CHSLD, les personnes ne répondant pas au critère ont, en général, des allocations de services infirmiers très proches du critère. En retour, le critère d'admission n'est pas rencontré par 63 % des bénéficiaires orientés vers les CAH. Donc, la majorité des personnes admises en CAH ne devraient pas l'être. Celles-ci présentent plutôt un profil de services nécessitant des ressources alternatives (soins à domicile, famille d'accueil, hôpital et centre de jour, etc.). Le programme ne favoriserait donc pas ce type de ressources et le maintien des personnes dans leur milieu naturel.

Nous pouvons constater également de fortes disparités entre sous-régions quant aux pourcentages des admis sans répondre aux critères. Ces écarts sont confirmés au tableau 9 par l'analyse de variance menée sur les moyennes de services alloués aux bénéficiaires orientés

10. Le pourcentage de données manquantes concernant les soins infirmiers est plus élevé chez les personnes maintenues à domicile que chez celles orientées en CAH. Une part des données manquantes pourrait, en fait, être de faibles allocations, ce qui aurait diminué la moyenne des premières.

Tableau 8

Pourcentages des bénéficiaires dont les allocations de services infirmiers ne correspondent pas aux critères d'admission selon le type d'établissement et le territoire de DSC
Montréal métropolitain — 1985-1986

Type d'établissement	Sous-région Lakeshore	Verdun	Montréal général	Sainte-Justine	Sacré-Coeur	Laval	Saint-Luc	Maisonneuve-Rosemont	Total
C.A.H.	55,0	60,9	45,5	27,0	58,2	72,8	79,8	72,3	63,1
C.H.S.L.D.	0,0	24,9	49,6	26,6	12,6	20,9	18,9	21,6	22,2

vers les CAH et les CHSLD selon la sous-région. On constate alors un manque d'uniformité dans les services alloués aux personnes orientées surtout en CAH d'une sous-région à l'autre.

Il semble donc que le système réactif mis sur pied ne permet pas vraiment de prévenir l'institutionnalisation. En effet, rien *a priori* ne peut justifier qu'une personne pour qui on identifie un besoin de services infirmiers inférieur à 1 h 30 par jour soit hébergée. Des personnes en perte d'autonomie sont maintenues à domicile avec plus de services. Il apparaît difficile qu'un comité formé uniquement de représentants d'établissements d'hébergement et de soins de longue durée puisse juger de la possibilité de maintenir à domicile sans un contact étroit avec ces services.

En fait, les données soulèvent le problème de la difficile jonction entre les besoins de services reconnus et les services disponibles. Les systèmes de coordination exigent l'accès à une gamme complète de services en soins prolongés. Or, deux observations permettent de croire qu'il y a des lacunes dans le réseau disponible, ce qui complique la concordance.

D'abord, pour les soins infirmiers, les trois sous-régions de Laval, de Saint-Luc et de Maisonneuve-Rosemont ont de faibles moyennes pour les CAH (tableau 9). Ces trois sous-régions sont parmi celles qui disposent de plus de places en CAH relativement à leur population âgée. En retour, quelques établissements de ces sous-régions n'ont pas les ressources humaines ou matérielles suffisantes pour une clientèle nécessitant plus de 1 h 30 de soins infirmiers par

Tableau 9

Allocation moyenne de services¹ pour les bénéficiaires admis en CAH et en CHSLD selon le territoire de DSC
Montréal métropolitain 1985-1986

Type d'établissement et services	Sous-région Lakeshore	Verdun	Montréal général	Sainte-Justine	Sacré-Coeur	Laval	Saint-Luc	Maisonneuve-Rosemont	Total	F	Sign.
C.A.H.											
soins infirmiers	1:45	1:23	1:49	1:53	1:31	1:10	1:08	1:09	1:23	4,361	0,000
physiothérapie	0:08	0:22	0:35	1:00	0:15	0:29	0:06	0:13	0:19	3,699	0,001
ergothérapie	0:06	0:29	0:07	0:38	0:32	0:53	0:35	0:22	0:29	3,095	0,004
services sociaux	0:04	1:01	0:04	0:14	0:12	0:34	0:39	0:52	0:29	4,276	0,000
(n)	(32)	(35)	(43)	(17)	(80)	(55)	(71)	(70)	(403)		
C.H.S.L.D.											
soins infirmiers	3:30	3:08	2:26	2:47	3:07	3:19	3:04	3:02	3:00	2,140	0,041
physiothérapie	0:04	0:20	0:11	0:46	0:25	0:50	0:13	0:29	0:29	1,582	0,142
ergothérapie	0:00	0:35	0:29	0:38	0:41	0:35	1:01	0:28	0:28	1,149	0,333
services sociaux	0:00	0:44	0:25	0:25	0:10	0:00	0:14	0:26	0:19	1,040	0,404
(n)	(7)	(15)	(22)	(25)	(53)	(9)	(53)	(49)	(234)		

1. Exprimées en heures: minutes, par jour pour les soins infirmiers, par semaine pour les autres.

jour. Ainsi, certains CAH n'ont pas d'ascenseurs et ne sont pas accessibles aux fauteuils roulants. Les critères d'admission définis par le CSSSRMM sont trop exigeants pour ces établissements qui admettent des clients qui ne requièrent pas nécessairement un encadrement de CAH.

D'autre part, comment expliquer les pourcentages nettement plus faibles de non-respect des critères d'admission pour les CHSLD que pour les CAH (tableau 8)? Il existe, selon nous, peu de confusion possible sur la nature de la clientèle des CHSLD: elle nécessite des services lourds. La clientèle nécessitant des services plus légers est orientée en CAH. En retour, après le CAH dans le réseau, il n'y a plus que des ressources alternatives destinées à des personnes résidant à domicile, exception faite des familles d'accueil peu nombreuses et généralement peu acceptées par les personnes en perte d'autonomie et leur entourage. De plus, il est généralement admis que ces ressources sont insuffisantes. Il existe donc une importante clientèle située dans une zone grise, qui sans nécessiter l'encadrement d'un CAH ne peut se contenter des ressources alternatives disponibles. Ainsi, près de 50 % des personnes orientées vers les établissements sans répondre aux critères d'admission exigeraient, selon les équipes, au moins 20 heures de surveillance par jour, 7 jours par semaine. Les comités doivent orienter cette clientèle. Souvent encore on la destine aux CAH.

6. CONCLUSION

Devant l'utilisation irrationnelle des ressources institutionnelles destinées aux personnes en perte d'autonomie, utilisation souvent aux détriments de clientèles avec lourde perte d'autonomie, on a mis en place, dans la région du Montréal métropolitain, un système inspiré du CTMSP afin d'assurer l'utilisation optimale des ressources et d'assurer un hébergement aux personnes qui le nécessitent. On a ainsi mis en place des comités, des normes, des procédures et des outils standardisés afin d'assurer un fonctionnement cohérent. Le système se démarque en retour du CTMSP sur des aspects fondamentaux, il n'élabore plus des plans de services, ne contrôle que l'accès à l'hébergement et aux soins de longue durée et assure une jonction besoins de services ressources disponibles dans le cadre de critères relativement rigides. Compte tenu de portée beaucoup plus timide que le CTMSP, le système qui en a adopté l'instrumentation et les procédures, se révèle fort lourd et lent. Ce qui soulève de nombreux problèmes quand on connaît l'état des bénéficiaires.

Par rapport aux systèmes américains, le système d'accès contrôle effectivement l'accès aux établissements, ce qui explique le fait que les critères d'admission en CHSLD sont relativement bien respectés. En retour, il ne joue pas vraiment un rôle préventif, mais bien un rôle réactif. Il apparaît alors difficile qu'un tel système puisse s'assurer que tout soit tenté afin de maintenir les bénéficiaires dans leur milieu naturel. Le système d'ailleurs ne contrôle pas l'accès aux ressources alternatives. Ceci explique en partie la forte proportion de personnes admises en CAH tout en requérant peu de services. Cette dernière situation en retour est aussi reliée au problème de l'absence d'un réseau complet de soins prolongés.

On a cru que la mauvaise utilisation des ressources était due à un manque de coordination et qu'en rationalisant le processus d'admission au réseau des services, on réglerait le problème. Malgré cette rationalisation, des incohérences demeurent. Il faut probablement conclure que le manque de rationnel n'était pas dû uniquement à un mauvais aiguillage des personnes en perte d'autonomie, mais aussi à un réseau incomplet de services, dont les programmes sont mal adaptés aux besoins des bénéficiaires. Il apparaît illusoire de vouloir associer les besoins et les services sans s'assurer au départ que ces derniers répondent effectivement aux premiers.

BIBLIOGRAPHIE

- GRANDMAISON, A., *Évaluation des ressources alternatives à l'institutionnalisation des personnes âgées — Tome 1 — Évaluation des systèmes de coordination des ressources alternatives pour les personnes âgées*, Montréal, CSSMM, 1986, 69 p. + annexes.

- GRANDMAISON, A., J. P. LAVOIE, M. OSTOJ, *Évaluation des structures sous-régionales d'accès à l'hébergement et aux soins de longue durée — Volume 1 — Caractéristiques des bénéficiaires et de leurs cheminements*, Montréal, CSSMM et DSC du CH de Verdun, 1988, 287 p.
- PINEAULT, R., C. DAVELUY, *la Planification de la santé — Concepts, méthodes, stratégies*, Montréal, Agence d'Arc Inc., 1986, 480 p.
- TILQUIN, C. *et al.*, *CTMSP 81. L'orientation du bénéficiaire dans le réseau*, Équipe de recherche opérationnelle en santé, Montréal, Université de Montréal et Institut national de systématique appliquée, 1982, 87 p. + annexes.

RÉSUMÉ

Devant le vieillissement accéléré de la population et la pression accrue sur les services institutionnels, plusieurs systèmes de coordination de services ont été mis sur pied aux États-Unis au cours des années 1970. Le Québec s'est inscrit dans le même mouvement. L'article présente les principaux résultats de l'évaluation du système d'accès mis sur pied en 1983 dans la région du Montréal métropolitain. Le système se révèle lent et très lourd, compte tenu de la fonction qui lui est assignée. De plus, le système se révèle en partie inefficace à prévenir l'hébergement, donc à assurer l'utilisation maximale des ressources alternatives. En fait, ce système ne rencontre pas tous les préalables garantissant le succès de tels systèmes, particulièrement l'accès à un réseau complet de services.

SUMMARY

In the face of the accelerated aging of the population and the increased pressure on institutional services, several systems for coordinating services were put in place in the United States during the 1970s. Quebec has been part of the same movement. This paper presents the main results of an evaluation of the service access system put in place in 1983 in the Montreal metropolitan region. This system has proven to be slow and very cumbersome if one takes into account the function that was assigned to it. Moreover, it has proven to be inefficient in part in anticipating needs for shelter, and therefore in ensuring the optimal use of alternative resources. This system does not in fact meet all the prerequisites necessary to guarantee the success of such systems, particularly access to a complete network of services.

RESUMEN

Ante el envejecimiento acelerado de la población y la presión creciente sobre los servicios institucionales, varios sistemas de coordinación de servicios fueron puestos en marcha en Estados Unidos en el curso de los años 70. Quebec se ha inscrito en este movimiento. El artículo presenta los principales resultados de la evaluación del sistema de acceso puesto en marcha en 1983 en la región de Montreal metropolitano. El sistema se revela lento y engorroso teniendo en cuenta la función que le es asignada. Además el sistema se revela en parte ineficaz para prevenir la institucionalización, o sea para asegurar la utilización máxima de fuentes alternativas. En el hecho, este sistema no presenta todos los requisitos que garantizan el éxito de tales sistemas, particularmente el acceso a una red completa de servicios.