

Implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

DEVIS D'ÉVALUATION

ÉVALUATION

SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

Implantation

des réseaux locaux

de services de santé et de services sociaux

DEVIS D'ÉVALUATION

ÉVALUATION

SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

Octobre 2004
mise à jour, août 2009

Réalisation du devis

Sylvie Rheault, coordination

Pauline Bégin

William Murray

Bruno Théorêt

Commentaires reçus :

De la Direction de l'évaluation : Karine Bourque et Lysette Trahan

Du comité de suivi de l'évaluation : Marc Billard, Laurent Boisvert, Ghislaine Brosseau, Mirelle Dumont-Lemasson, Robert Granger, Noël Neveu, Louise Petit (ex-membre), Jacinthe Normand, Pierre Riley, Louise Rousseau, Ghyslaine Samson-Saulnier

Du comité aviséur : Jean-Louis Denis, Louis Demers, Diane Morin, Daniel Turcotte et Jean Turgeon

Éditique

Lise Lapointe

Révision linguistique

Virginie Rompré

Édition produite par :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Ce document a été édité en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique.

www.msss.gouv.qc.ca section Documentation, rubrique Publications.

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2005

Bibliothèque nationale du Canada, 2005

ISBN 2-550-45999-7 (version imprimée)

ISBN 2-550-46000-6 (PDF)

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec

Table des matières

| | |
|---|----|
| MANDAT | 7 |
| CONTEXTE ET CONTRAINTES RELIÉES À L'ÉVALUATION | 8 |
| LE CALENDRIER D'IMPLANTATION DES RÉSEAUX LOCAUX ET LES OBJECTIFS MESURABLES À COURT TERME..... | 10 |
| MÉTHODE D'ÉVALUATION RETENUE | 13 |
| SCHÉMA D'ANALYSE POUR L'ÉTUDE DE CAS AU TEMPS 0 ET AU TEMPS 1 | 16 |
| LES SOURCES DE DONNÉES ET LE CHOIX DES INSTRUMENTS DE COLLECTE DE DONNÉES | 17 |
| ANALYSE DES DONNÉES | 20 |
| CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES | 21 |
| ÉCHÉANCIER..... | 22 |
| BIBLIOGRAPHIE | 23 |
| ANNEXE 1 COMPOSITION DU COMITÉ DE SUIVI DE L'ÉVALUATION..... | 27 |
| ANNEXE 2 PORTRAIT DE LA SITUATION | 29 |
| ANNEXE 3 ANALYSE DES MODES DE COLLABORATION | 31 |
| ANNEXE 4 ANALYSE DU CLIMAT ORGANISATIONNEL | 35 |
| ANNEXE 5 ÉVALUATION DE L'ACCESSIBILITÉ..... | 41 |
| ANNEXE 6 ANALYSE DE LA CONTINUITÉ, NOTAMMENT LA TRAJECTOIRE DE SERVICES | 47 |
| ANNEXE 7 ÉVALUATION DE LA SATISFACTION DE LA POPULATION QUÉBÉCOISE AU REGARD DE L'IMPLANTATION DES RÉSEAUX LOCAUX..... | 53 |

Mandat

À la demande de la Direction de la coordination, la Direction de l'évaluation a conçu une proposition d'évaluation afin d'examiner l'impact des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS) sur certains aspects de l'offre de service ainsi que de l'organisation des services de santé et de services sociaux. Cette proposition a été entérinée par les autorités ministérielles le 14 juin 2004.

Les objectifs de l'évaluation se résument en quatre points :

1. Comprendre les enjeux, les leviers et les contraintes de la mise en place des RLS dans le cadre de la réorganisation des services.
2. Examiner l'implantation des structures et des moyens nécessaires à l'actualisation de l'intégration des services dans le cadre des RLS.
3. Mesurer l'influence des RLS sur l'accessibilité des services de première ligne, incluant les services de prévention et médicaux, ainsi que sur le suivi et la prise en charge des personnes ayant eu recours aux services.
4. Dégager les conditions qui favorisent ou entravent le fonctionnement et l'efficacité des RLS.

Pour préciser les attentes ministérielles, six questions d'évaluation ont été élaborées :

1. Y a-t-il adéquation entre les structures, leviers et contraintes et les moyens mis en place pour assurer l'intégration fonctionnelle des services et l'atteinte des objectifs visés?
2. Dans quelle mesure les RLS permettent-ils d'offrir une gamme complète de services de santé et de services sociaux à la population locale?
3. De quelle façon les RLS ont-ils fait évoluer l'accessibilité aux services de première ligne sur les territoires locaux?
4. Quel est l'apport des RLS à la continuité et à la coordination des soins et des services?
5. Quel impact ont eu les RLS sur la mobilisation et l'implication des prestataires de soins et de services dans l'organisation des services?
6. Comment les RLS sont-ils perçus par la population?

Pour répondre à ces questions, un mandat d'une durée de trois ans a été accordé.

Deux mécanismes ont été mis en place pour assurer le suivi de l'évaluation. D'abord, un comité de suivi de l'évaluation guide l'équipe de recherche vers des pistes lui permettant de répondre le plus adéquatement possible aux questions d'évaluation. De plus, les membres de ce comité assurent, auprès de leurs commettants, un transfert ponctuel des résultats de l'évaluation. Ce comité est composé de représentants des agences régionales, de la Direction de la coordination du Ministère, de l'Association québécoise

d'établissements de santé et de services sociaux, du Conseil québécois d'agrément, des organismes bénévoles et communautaires et des ordres professionnels (médecins, infirmières et infirmiers, travailleurs sociaux, pharmaciens)¹.

De plus, un comité aviseur formé de cinq chercheurs dans le domaine de l'organisation des services de première ligne (pour la composition, voir annexe 1) a été mis en place afin que l'équipe de recherche du Ministère puisse profiter de leurs connaissances. L'équipe pourra aussi valider par ce comité les démarches et les outils déployés dans cette évaluation.

Enfin, pour assurer la coordination des démarches d'évaluation et aussi mettre à profit les résultats obtenus en matière d'évaluation et de recherche dans le domaine de l'organisation de services de première ligne, la coordonnatrice du projet RLS de la Direction de l'évaluation se joindra aux travaux du groupe de travail chargé de l'évaluation de la réorganisation des services de première ligne. Ce groupe de travail est formé d'experts en évaluation provenant des agences de développement de réseaux locaux, de l'Institut national de santé publique du Québec, de la communauté universitaire et du ministère de la Santé et des Services sociaux. La coordonnatrice se joindra également au Groupe expert sur le monitoring des services de première ligne.

Contexte et contraintes liées à l'évaluation

Rappelons que les mesures prévues pour le développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux se déploient en même temps que d'autres mesures dont les objectifs rejoignent grandement ceux poursuivis par les RLS, mais sans pour autant les recouvrir. Pensons à l'intégration des services déjà mise en œuvre dans plusieurs régions, principalement des services offerts à des clientèles particulières (personnes âgées, santé mentale, etc.) ou encore à l'implantation récente des groupes de médecine de famille (GMF) et des centres médicaux associés.

En outre, en décembre 2003, la nouvelle loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales a été sanctionnée (projet de loi n° 30). Celle-ci établit et limite le nombre de catégories de personnel suivant lesquelles les unités de négociation doivent être constituées. Plus précisément, les activités prévues ou qui devraient se faire de façon concomitante à la mise en œuvre des RLS et à la mise en application de la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales comprennent :

- la mise en œuvre du Cadre de référence sur la mobilisation du personnel du réseau de la santé et des services sociaux. Il est prévu que toutes les « régies régionales » élaborent une stratégie et une démarche concertée en matière de mobilisation du personnel;

1. Pour la composition, voir annexe 1.

- la révision pour les années à venir du programme de soutien à l'organisation du travail en soins infirmiers mis en place dans les années 2002-2003 et 2003-2004, afin de tenir compte des projets de lois n^{os} 25, 30 et 90. Le programme comprend trois volets, dont l'un consiste à susciter des projets en relation avec la mission des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et la décentralisation de la négociation en matière d'organisation du travail. L'objectif de ces projets est de favoriser l'intégration des activités de soins et de services des différentes missions lors de la mise en œuvre des réseaux locaux et de la négociation locale.

La dernière entente entre les médecins omnipraticiens et le gouvernement introduit aussi de nouvelles dispositions favorisant la responsabilité à l'égard d'une clientèle sur un territoire donné. Quant aux budgets, ces derniers évoluent progressivement vers une allocation des ressources définie sur une base populationnelle (per capita pondéré) et sur la base de neuf programmes-clients.

D'autres éléments pourraient aussi modifier l'environnement dans lequel doivent s'implanter les RLS : politiques ou orientations ministérielles; réseaux universitaires intégrés de santé; révision à venir de l'organisation universitaire des services sociaux. Par ailleurs, la négociation actuelle des conventions collectives dans le réseau de la santé et des services sociaux interviendra dans le processus de mise en œuvre des réseaux locaux, du moins à court terme.

L'implantation des RLS et leur succès dépendent donc d'un ensemble d'éléments. Rappelons que certaines régions avaient déjà procédé, avant 2004, à la fusion d'établissements couvrant les trois missions (CH, CLSC, CHSLD). Par conséquent, le processus d'intégration, du moins structurel, est plus avancé dans certains territoires.

Enfin, dans la mesure où les résultats doivent éclairer le Ministère sur les actions à mener pour permettre une intégration fonctionnelle des réseaux, les résultats doivent être livrés de façon continue, et ce, dans de courts délais. Cette condition limite le choix des stratégies d'évaluation possibles. Rappelons que l'évaluation s'effectue dans les premières années du processus d'intégration. De ce fait, les effets n'auront pas ou auront peu de temps pour faire surface; les résultats pouvant être évalués s'en trouvent donc limités.

Ainsi, comme le précisaient McDonnell et ses collaborateurs (2000), alors que les aspects méthodologiques ont des implications concrètes dans le processus de recherche et d'évaluation, l'inverse est aussi vrai. Dans le processus actuel, les aspects pratiques (délai pour la réalisation de l'évaluation, disponibilité des ressources, charge de travail du personnel du réseau affecté à la mise en place des réseaux...) ont joué un rôle majeur dans la démarche proposée.

Pour éviter, en partie du moins, les effets négatifs de cette limitation, la stratégie adoptée consiste à mettre à profit l'information déjà accessible (ex. : rapport annuel des agences...) ainsi que les diverses démarches déjà entreprises par le Ministère (ex. : suivi de gestion, évaluation des GMF...). À cet égard, l'équipe ministérielle d'évaluation de l'implantation des RLS a pris acte des messages des divers intervenants du réseau indiquant que plusieurs personnes sont déjà fortement impliquées dans la production d'indicateurs de gestion et de reddition de comptes à l'intention du Ministère.

Le calendrier de l'implantation des réseaux locaux et les objectifs mesurables à court terme

La Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de service de santé et de services sociaux sanctionnée en décembre 2003 précise le mandat dévolu au réseau local (art. 25) :

1. assurer à la population de son territoire l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux de première ligne, notamment des services de prévention, d'évaluation, de diagnostic et de traitement, de réadaptation et de soutien;
2. garantir à la population de son territoire, par le biais d'ententes ou d'autres modalités, l'accès aux services spécialisés disponibles sur le territoire de l'agence ainsi que l'accès à des services surspécialisés et ce, en prenant en considération les activités du réseau universitaire intégré de santé reconnu par le ministre et qui est associé au réseau local de services de santé et de services sociaux;
3. permettre la mise en place de mécanismes de référence et de suivi des usagers des services de santé et des services sociaux ainsi que l'instauration de protocoles cliniques à l'égard des services offerts à ces derniers;
4. impliquer les divers groupes de professionnels du territoire et permettre l'établissement de liens entre eux;
5. favoriser la collaboration et l'implication de tous les intervenants des autres secteurs d'activité du territoire ayant un impact sur les services de santé et les services sociaux.

En février 2004, le Ministère remettait aux agences régionales un document² exposant la vision de l'intégration des services et précisant les balises qui encadreront l'émergence des réseaux locaux de services. Ce document précise les aspects organisationnels qui orientent les modalités de l'organisation des services et des ressources. Au 30 avril de la même année, l'ensemble des propositions provenant des régions devait être déposé. Les dernières lettres patentes relatives à la fusion des établissements en une seule instance ont été délivrées en juillet 2004.

2. QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *L'intégration des services de santé et des services sociaux. Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, février 2004, 26 p.

Ainsi, en juillet 2004, on dénombrait 95 instances locales ou centres de santé et de services sociaux (CSSS), qui constituaient la structure du réseau local. De ce nombre, 36 avaient déjà fait l'objet d'une fusion d'établissements avant avril 2004. Les territoires couverts par ces 36 instances locales touchent moins de 15 % de la population québécoise.

Toutefois, la mise en œuvre du réseau local ne peut être complétée avec le seul volet organisationnel. Aussi, au début octobre 2004, un guide pour l'implantation du projet clinique a été remis aux divers réseaux locaux³. Le projet clinique est une démarche englobante qui permet la rencontre des volets clinique et organisationnel. Le projet clinique du réseau local renvoie à une démarche visant à répondre aux besoins de santé et de bien-être de la population du territoire par divers modes de prestation de services adaptés aux réalités locales, articulés entre eux et qui englobent l'ensemble des interventions relatives à la promotion, à la prévention, au traitement, au suivi, à la réadaptation, à l'adaptation et à la réinsertion sociale, et au soutien en fin de vie. Il tient compte du rôle et des responsabilités des acteurs sectoriels et intersectoriels, et du potentiel de contribution des divers acteurs. Il suppose que les divers interlocuteurs assument la responsabilité des services qu'ils offrent.

En vertu de l'entente de gestion entre le Ministère et les agences régionales, chaque instance locale doit avoir élaboré son projet clinique pour les clientèles prioritaires, et ce, pour le 31 mars 2005. Ces clientèles prioritaires sont :

- les groupes de la population vulnérable : groupes socioéconomiquement défavorisés et certaines communautés culturelles, dont les communautés autochtones;
- les clientèles particulières : personnes âgées en perte d'autonomie, personnes ayant des problèmes de santé mentale, personnes atteintes d'une maladie chronique, jeunes en difficulté, personnes nécessitant des soins palliatifs.

En ce qui concerne les objectifs relatifs aux personnes atteintes d'une maladie chronique, il est également précisé dans l'entente de gestion (2004-2005) que l'agence doit mettre en place ou poursuivre l'implantation, dans tous les territoires locaux, des services intégrés pour les personnes atteintes des maladies chroniques suivantes : diabète, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), problèmes cardiovasculaires.

En outre, l'agence doit, au cours de cette même période, améliorer l'accessibilité des services jeunesse dans les territoires locaux en touchant, par les services psychosociaux, plus de jeunes et de familles. Dans le cadre de l'entente, les agences devront indiquer au Ministère le nombre de territoires locaux ayant une équipe d'intervention jeunesse.

3. QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Projet clinique. Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Document principal*, Québec, octobre 2004, 81 p.

D'autres éléments de l'entente de gestion précisent également certains résultats attendus en relation avec la mise en œuvre des réseaux. Ainsi, l'agence doit soutenir les activités de préparation des directeurs généraux et des cadres des établissements à la mise en place des réseaux locaux, et elle doit produire, pour le 31 mars 2005, un état de situation sur le degré de mobilisation du personnel dans les établissements.

Il est également précisé, dans l'Entente de gestion et d'imputabilité 2005-2006, que les agences devront produire, pour l'automne 2005, un plan d'action régional 2005-2010. Celui-ci doit désigner les services de santé et de services sociaux qui doivent être déployés auprès de la population régionale pour faire face au vieillissement. Par ailleurs, le Ministère s'engage à produire d'ici décembre 2005, pour chacun des programmes ou services de la Direction générale des services sociaux, un document d'orientation décrivant les services à offrir à la population. D'ici mars 2006, le Ministère s'engage aussi à se doter d'un cadre de référence qui précisera les grands enjeux, les axes d'intervention, les priorités d'action et les rôles des différents partenaires en matière d'amélioration continue de la qualité des services et de satisfaction de la clientèle. D'autres engagements ministériels sont également prévus, notamment relativement à l'accès à des services médicaux.

Ainsi, les effets attendus de la mise en œuvre des RLS sont, en partie, circonscrits par certains mécanismes de reddition de comptes.

Les impacts attendus, en matière d'accessibilité et de continuité des services ne pourront être observés qu'une fois les modèles organisationnels mis en place et une fois le projet clinique implanté. Or, la première année de mise en œuvre permettra, tout au plus, à certaines instances de commencer les discussions et les réflexions sur le projet clinique.

Dans l'évaluation proposée, la période d'observation est donc trop courte pour conclure à des variations dans la continuité et l'accessibilité. Néanmoins, certains éléments liés au processus peuvent donner un éclairage sur les effets possibles des RLS sur la continuité et l'accessibilité. Ainsi peuvent être mesurés, en partie, les changements observés dans la gamme de services de première ligne ainsi que ceux relatifs aux trajectoires de services. En outre, certains indicateurs peuvent constituer des signaux précurseurs.

Quant à l'effet des RLS sur la satisfaction de la population, il sera à court terme lié uniquement à la fusion des établissements. Il n'est pas possible de mesurer la satisfaction à l'égard du réseau local.

Enfin, rappelons que, lors des discussions entourant la proposition d'évaluation, le Ministère a établi certaines priorités. Ainsi, seuls les services associés aux clientèles des personnes âgées en perte d'autonomie et des jeunes en difficulté feront l'objet d'une attention particulière.

Méthode d'évaluation retenue

L'étude de cas multiples a été retenue comme méthode d'évaluation. Les études de cas sont particulièrement appropriées lorsqu'il est difficile de dissocier un objet d'étude de son contexte ou lorsque l'accent est mis sur la compréhension d'un phénomène. De plus, elle sied bien quand il s'agit d'analyser des événements en cours ou des situations où on a peu ou pas de pouvoir sur un grand nombre de variables (Yin, 1999; McDonnell, 2002).

De plus, l'étude de cas multiples permet, dans le contexte actuel, de mieux répondre à une préoccupation ministérielle, celle de cerner un éventail de situations observées dans les divers réseaux de services au Québec. L'étude de cas multiples, en permettant une comparaison entre les établissements, offre la possibilité de vérifier certaines hypothèses. À partir des diverses situations observées, il devient possible de dégager les conditions qui favorisent ou entravent le fonctionnement et l'efficacité des RLS.

Le choix des réseaux a été fait sur la base des critères qui suivent.

Critères d'inclusion :

- Présence ou non d'expériences de fusion sur le territoire local
- Intégration structurelle complétée (centre de santé) ou non avant avril 2004
- Présence ou non d'un centre hospitalier dans l'instance locale
- Présence ou non d'un centre hospitalier régional dans l'instance locale
- Présence ou non d'un centre hospitalier universitaire (ou associé) sur le territoire local
- Présence ou non de GMF sur le territoire
- Région éloignée, périphérique, universitaire
- Instance locale en milieu rural ou urbain
- Taille des populations
- Répartition faible ou élevée des populations sur le territoire
- Consensus faible ou élevé des partenaires sur le territoire
- Autres éléments considérés, mais non déterminants dans le choix : ententes interrégionale, interprovinciale; communauté anglophone ou autochtone; pénurie importante de médecins; développement de centres médicaux associés

Critères d'exclusion :

- Situation unique au Québec
- Territoire faisant l'objet de projets de recherche ou d'évaluation, surtout si ces derniers impliquaient des mesures répétées

Considérant le nombre de critères retenus et l'importance de limiter le nombre de territoires pour des raisons de faisabilité (tant en matière de ressources humaines que financières), la sélection des cas s'est faite jusqu'à saturation pour chacun des critères (échantillonnage intentionnel). Quelques discussions préalables ont eu lieu, par ailleurs, avec l'équipe chargée de l'analyse des propositions soumises par les agences afin de connaître les dynamiques observées dans les territoires locaux et les régions. La saturation a été obtenue après huit cas.

Le choix d'une démarche formative s'est aussi imposé dès le départ. En effet, dans la mesure où l'évaluation s'inscrit dans un processus de mise en œuvre de nouveaux modèles organisationnels et que les facteurs facilitant ou entravant les démarches pourront être décelés en cours d'évaluation, certains résultats seront communiqués périodiquement. D'une part, des rapports préliminaires faisant état des résultats pour l'ensemble des cas seront présentés au comité de suivi; d'autre part, pour chaque cas, un retour sur les résultats qui lui sont propres sera effectué avec les responsables des instances locales concernées.

Outre la comparaison entre les cas sur les aspects qui leur seront communs (contexte, contraintes et leviers), chaque cas fera l'objet d'une évaluation d'implantation. Ainsi, une première mesure sera faite au temps 0, soit à partir de l'automne 2004, pour élaborer un état de situation, et une seconde mesure au temps 1, soit à partir du printemps 2006, afin de mesurer les changements observés. Dix-huit mois sépareront les deux collectes de données, sauf pour le volet concernant la trajectoire de services, pour lequel l'écart sera de deux ans.

Le temps 0 correspond à des réalités fort différentes d'un endroit à l'autre. Ainsi, dans deux cas, la fusion des établissements couvrant les trois missions est déjà chose du passé. Les centres de santé peuvent donc amorcer les changements liés à la mise en place du réseau local comme tel. Pour les autres cas, l'implantation, tant de l'instance locale que du réseau local, s'inscrit dans un contexte fort différent. En effet, dans certains cas, la fusion des établissements constituait une solution déjà envisagée et allant de soi pour favoriser l'intégration des soins et des services alors que, pour d'autres, il s'agit d'une avenue tout à fait nouvelle. De plus, dans certains cas, le réseau local s'appuie sur des réseaux intégrés déjà bien implantés et fonctionnels alors que, pour d'autres, tout est à construire. Ainsi, le degré d'implantation des réseaux locaux ne peut être comparé d'un cas à l'autre.

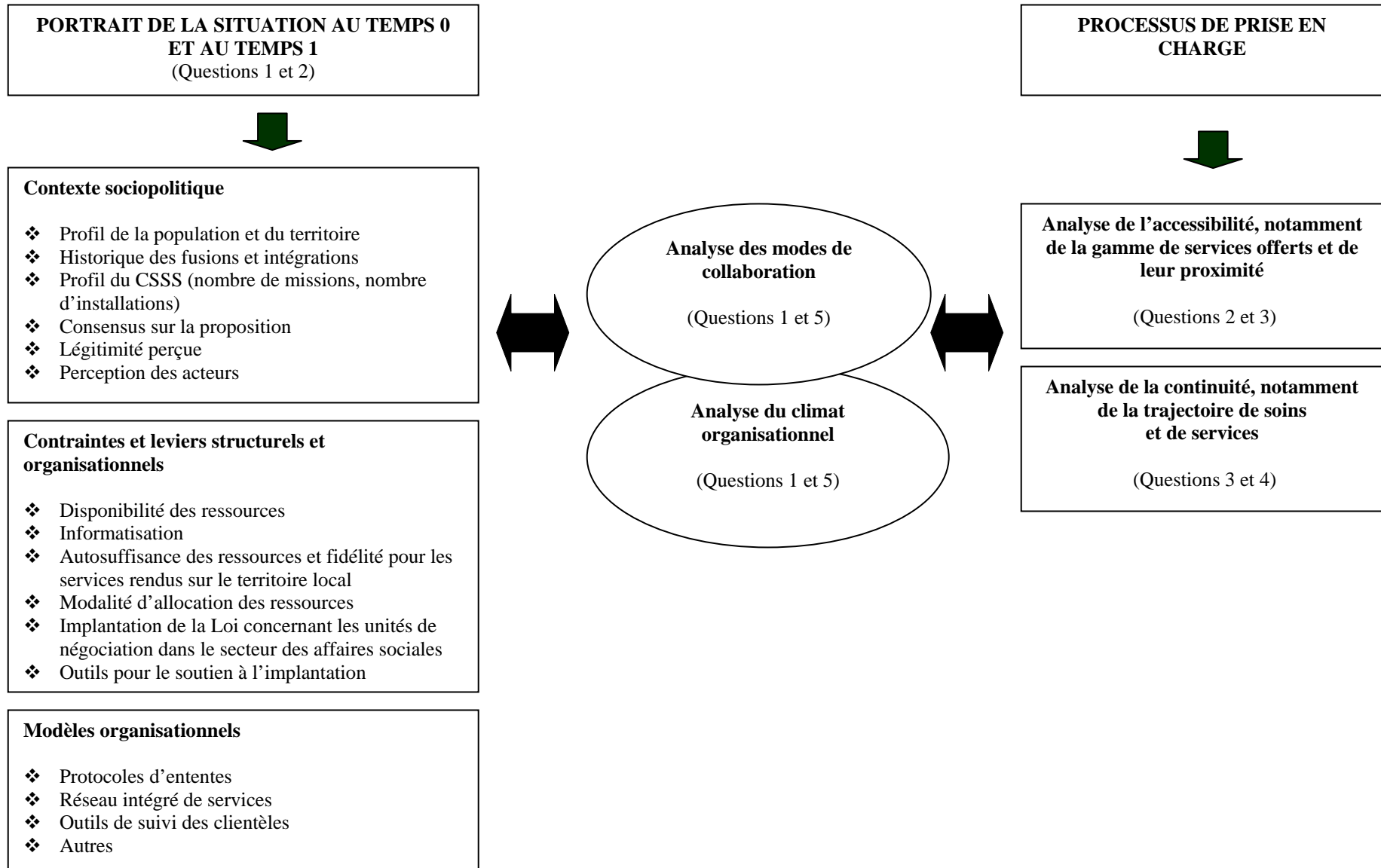
Pour cette raison, l'évaluation proposée, comme le montre le schéma de la page suivante, consistera à décrire, à la fois au temps 0 et au temps 1, la situation observée dans chacun des cas. Le degré d'implantation du réseau local sera, en outre, mis en perspective avec, d'une part, le contexte, les contraintes et les leviers et, d'autre part, le degré de mobilisation et d'implication des divers prestataires.

Le degré d'implantation du réseau local sera évalué, par ailleurs, à l'aide de deux mesures, soit les changements observés dans la gamme de services offerts et dans la trajectoire de soins et de services. La correspondance entre la gamme de services et la trajectoire de services devra aussi être établie, et les mécanismes, analysés. Ces deux mesures constituent des variables intermédiaires de la mesure de l'accessibilité des services de première ligne, et de la continuité et de la coordination des soins et services. L'évaluation de la gamme de services ainsi que de la trajectoire de soins et de services sera donc limitée à l'évaluation du processus de prise en charge; on n'évaluera pas la qualité et la pertinence de la prise en charge.

La comparaison entre les cas servira, par ailleurs, à dégager, à partir des diverses expériences vécues, certaines conditions qui favorisent ou entravent le fonctionnement et l'efficacité des réseaux locaux. Certaines leçons pourront en être tirées pour compléter la mise en œuvre des réseaux locaux.

Outre l'étude de cas multiples, une enquête sera menée auprès de toute la population québécoise afin d'obtenir un portrait général de son utilisation et de sa connaissance de son CSSS (ou instance locale) ainsi que de sa satisfaction. Cela permettra de comparer la connaissance de l'instance locale et la satisfaction à son égard, selon qu'il s'agit d'un établissement fusionné avant avril 2004 ou d'une fusion récente, et ce, en distinguant les instances locales qui comprennent ou non un centre hospitalier. De plus, il sera possible de comparer la connaissance du réseau local et la satisfaction à son égard chez les utilisateurs, les utilisateurs indirects (accompagnateurs) et les non-utilisateurs.

SCHÉMA D'ANALYSE POUR L'ÉTUDE DE CAS AU TEMPS 0 ET AU TEMPS 1



Les sources de données et le choix des instruments de collecte de données

L'étude de cas doit être associée à plusieurs sources de données autour d'un même objet d'analyse pour permettre la validation des résultats. Dans la démarche proposée, plusieurs sources de données seront utilisées, correspondant à plusieurs outils de collecte.

Le tableau suivant résume le lien entre les techniques de collecte de données utilisées, les questions de l'évaluation et ses volets d'analyse. En annexe, des précisions sont apportées pour chacun des volets, tels qu'ils sont proposés dans le schéma d'analyse :

| Question de l'évaluation | Références au schéma d'analyse | Principales techniques de collecte de données |
|--|---|--|
| Y a-t-il adéquation entre les structures, leviers, contraintes... | Portrait de la situation; analyse des modes de collaboration; analyse du climat organisationnel | Entrevues individuelles; analyse documentaire; analyse de données administratives; sondage auprès du personnel |
| Dans quelle mesure les RLS permettent-ils d'offrir une gamme complète... | Portrait de la situation actuelle; analyse de la gamme de services | Entrevues individuelles; analyse documentaire; analyse de données administratives; inventaire; enquêtes |
| De quelle façon les RLS ont-ils fait évoluer l'accessibilité... | Analyse de l'accessibilité | Entrevues individuelles; analyse documentaire; analyse de données administratives; inventaire; enquêtes; trajectoire d'utilisateurs et d'utilisatrices |
| Quel est l'apport des RLS à la continuité et à la coordination... | Analyse de la continuité, notamment de la trajectoire de soins et de services | Entrevues individuelles; analyse documentaire; groupe de discussion; trajectoire d'utilisateurs et d'utilisatrices |
| Quel impact ont eu les RLS sur la mobilisation et l'implication... | Analyse des modes de collaboration | Sondage auprès du personnel; groupes de discussion; analyse de données administratives |

Les divers instruments sont ci-après brièvement présentés. Rappelons qu'il s'agit, pour plusieurs, de mesures répétées au temps 0 (automne 2004-été 2005) et au temps 1

(printemps 2006-printemps 2007). Quant à l'analyse documentaire, elle constitue un processus continu.

Par ailleurs, rappelons qu'un sondage visant cette fois l'ensemble de la population sera mené pour connaître l'évolution de la satisfaction et de la connaissance de la population, utilisatrice ou non du réseau de services de santé et de services sociaux, à l'égard de sa nouvelle instance locale. Il sera fait une seule fois, soit au début du processus d'implantation du réseau local. La démarche est présentée à l'annexe 7.

Analyse documentaire :

- Proposition d'organisation des réseaux locaux, proposition de projet clinique, rapport annuel, protocoles d'entente, documents d'orientation ou d'organisation de services diffusés par l'agence ou le CSSS qui sont pertinents aux programme-services retenus pour l'évaluation, compte rendu des réunions du conseil d'administration, résultats de projets de recherche et d'évaluation réalisés sur les territoires retenus pour l'évaluation, projets d'organisation du travail, cadre de référence sur la mobilisation du personnel, document produit sur le développement des compétences des cadres, etc.

Analyse de données administratives :

- Analyse des données sur le personnel salarié et le personnel du réseau (ex. : nombre d'heures travaillées par emploi, de départs, d'heures supplémentaires, par catégorie d'emploi, par établissement, taux de roulement, assurance salaire) (banque de données R-25 et indicateurs de suivi de gestion).
- Analyse des contours financiers par programme-clientèle, par instance locale (banque de données M-30).
- Analyse du taux de rétention des hospitalisations pour les spécialisations locales, par réseau local (fichier MED-ECHO).
- Analyse du profil d'utilisation des services et de l'accessibilité des services, incluant médicaux, par réseau local (logiciel CONSOM, fichier RAMQ, banque provinciale I-CLSC, indicateurs de suivi de gestion).

Sondage :

- Sondage auprès de la population générale âgée de 18 ans et plus, afin d'évaluer la satisfaction de la population à l'égard des réseaux locaux et de l'accessibilité à certains services. Questionnaire conçu par l'équipe d'évaluation de l'implantation des réseaux locaux.
- Sondage auprès du personnel salarié des établissements (et installations) des huit réseaux locaux sur le climat organisationnel, à partir de questionnaires retenus dans le cadre de référence ministériel sur la mobilisation du personnel du réseau.

Entrevues individuelles :

- Entrevues avec des intervenants-clés liées à l'implantation du réseau local. Les personnes rencontrées assument les responsabilités suivantes : responsabilité de l'implantation des réseaux locaux à l'agence régionale, direction générale ou adjointe du CSSS (instance locale) ou direction intérimaire de ce centre, présidence ou vice-présidence du conseil d'administration de l'instance locale, cadre intermédiaire (gestion des ressources humaines et des services de première ligne).

Inventaires :

- Afin de préciser la gamme de services (à l'aide du document ministériel sur le panier minimal de services⁴), un inventaire des services généraux de première ligne offerts sera effectué auprès de responsables du CSSS. En outre, une enquête téléphonique sera menée auprès des cliniques médicales sur le territoire du réseau local pour déterminer l'accès temporel à un médecin de famille et aux plateaux diagnostiques.

Groupes de discussion :

- Un groupe de discussion formé du personnel offrant des services directs à la population discutera des thèmes de la collaboration interorganisationnelle et interprofessionnelle et de sa satisfaction à l'égard de la mise en œuvre du réseau ainsi que relativement à la mise en place de la nouvelle loi sur les unités d'accréditation. Le groupe sera composé de huit à dix personnes provenant des diverses installations de l'instance (au moins une personne par installation) et de diverses catégories de personnel non cadre (infirmiers, travailleurs sociaux, intervenants-pivots ou gestionnaire de cas, auxiliaires familiaux, préposés aux bénéficiaires et préposés à l'accueil).
- Un groupe de discussion formé des partenaires de l'instance locale discutera des thèmes de la collaboration interorganisationnelle et de sa satisfaction à l'égard de la mise en œuvre du réseau. Le groupe sera composé de huit à dix personnes provenant d'établissements du réseau de la santé et des services sociaux (centres jeunesse, CHSLD privés, centres de réadaptation, etc.) avec lesquels l'instance a des ententes ou devra ultérieurement en établir, de l'agence et des autres partenaires (regroupements de cliniciens ou GMF, pharmacies communautaires, commissions scolaires, etc.).

4. QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux*, Québec, Direction générale des services sociaux, Ministère de la Santé et des Services sociaux. septembre 2004, 179 p.

Analyse des trajectoires d'usagers et d'usagères des services

- Les problèmes retenus pour l'analyse des trajectoires de services sont des problèmes sociosanitaires touchant la population générale (diabète et toxicomanie), les personnes âgées (perte d'autonomie avec pré démence et MPOC) et les jeunes en difficulté (déficience intellectuelle et troubles de comportement). Deux usagers sont sélectionnés pour chacun des problèmes retenus pour les études de cas multiples. Au total, on retrouve 96 trajectoires pour les 8 RLS. La description des trajectoires de services effectuée après analyse des dossiers sera complétée par une entrevue avec des intervenants-pivots ou gestionnaires de cas pour clairement définir le type de réseau intégré impliqué et son fonctionnement, sur une base locale. En outre, une entrevue sera menée avec les usagers et usagères pour permettre de compléter la description de la trajectoire de soins par l'information touchant au recours à des services intrarégionaux ou extrarégionaux ainsi qu'à des services privés ou communautaires. De l'information sur la continuité relationnelle sera aussi recherchée au cours d'entrevues.

Analyse des données

Les résultats seront traités d'abord par cas. Une synthèse des premiers résultats sera faite pour chacun des cas, et un retour sur ceux-ci sera effectué avec les gestionnaires et le conseil d'administration du réseau local. Cette démarche permettra de mieux comprendre le cas et de corriger, si nécessaire, la lecture qui en est faite. Une analyse transversale des cas sera également effectuée, et les résultats seront discutés avec les membres du comité de suivi. Après la deuxième collecte de données, le cas fera l'objet d'une monographie. De plus, pour chaque cas, les divers résultats seront mis en perspective avec le portrait de la situation.

Un rapport synthèse viendra dégager les principaux leviers et contraintes liés à la mise en œuvre des réseaux locaux qui ressortent à la fois de l'analyse des huit cas et du sondage auprès de l'ensemble de la population.

Le traitement de l'information se fera essentiellement avec les techniques suivantes. D'abord, une analyse de contenu sera faite à partir d'une grille, pour couvrir l'ensemble des thèmes abordés. Toutes les entrevues individuelles ou de groupe ainsi que la documentation recueillie seront codifiées par le ou la professionnelle de recherche responsable du cas, et cette codification sera vérifiée par la suite par le ou la partenaire de terrain pour ce même cas. Cette validation par les deux personnes chargées de l'analyse des cas se fera de nouveau au moment des synthèses. En cas de divergences, les résultats seront discutés en équipe de travail.

L'analyse des trajectoires se fera en trois étapes distinctes. Dans un premier temps, les données qualitatives par trajectoire seront analysées sous l'angle d'indicateurs précis.

Dans un deuxième temps, une synthèse de ces données sera effectuée pour évaluer les cinq grandes caractéristiques de la continuité. En troisième lieu, des résultats seront mis en perspective avec les autres renseignements recueillis dans ce même projet. Tout comme pour l'analyse de contenu, les synthèses seront validées par les deux responsables de cas.

Les données des enquêtes auprès de la population et auprès du personnel du réseau seront analysées à l'aide du logiciel SPSS. Les données seront analysées pour les thèmes qui sont comparables (comparaison entre les cas pour une année donnée et comparaison des résultats entre le temps 0 et temps 1). Des analyses de base seront effectuées (moyennes, distribution de fréquence, analyse de dispersion, etc.). Pour mesurer la présence d'écarts entre les résultats selon les diverses variables d'analyse (ex. : sexe, âge, lieu, cohorte, etc.), on utilisera les tests statistiques appropriés.

Une attention particulière sera accordée à la gestion de l'information. Entre autres, afin de faciliter l'analyse des divers résultats, tant qualitatifs que quantitatifs, on construira une base de données Access pour permettre de relier les observations, selon les thèmes abordés dans les diverses collectes de données, pour chaque cas, entre les cas et entre les diverses périodes d'observation. Cette base de données vise également à faciliter la convergence des renseignements provenant des divers membres de l'équipe d'évaluation.

Aspects éthiques

Le projet de sondage auprès de la population a fait l'objet d'une évaluation par le responsable de l'application de la Loi sur l'accès à l'information du ministère de la Santé et des Services sociaux. Après analyse, la proposition soumise a été modifiée pour exclure toutes données nominatives. De plus, aucune donnée sensible ne sera recueillie. Par ailleurs, compte tenu de la difficulté que pose l'obtention d'une autorisation parentale dans le cas de sondages auprès de personnes de moins de 18 ans, seules les personnes de 18 ans et plus seront interrogées.

Dans le cas des sondages auprès du personnel du réseau, une autorisation du gestionnaire de l'établissement sera demandée avant d'administrer le questionnaire. Par ailleurs, aucun résultat ne sera diffusé s'il y a moins de dix répondants, afin d'éviter que des répondants ou répondantes soient reconnus. Le personnel de l'établissement sera invité à remplir le questionnaire. Il demeurera libre d'y répondre ou non.

Pour dresser les histoires de trajectoires de services, on demandera une autorisation au directeur des services professionnels de l'établissement responsable de l'application des articles 19.1 et 19.2 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Pour obtenir l'autorisation de l'usager ou de l'usagère, deux étapes sont prévues. D'abord, la personne sera contactée par l'établissement, qui lui expliquera brièvement l'objectif de l'évaluation pour qu'elle l'autorise à fournir son nom et son numéro de téléphone à l'agente de recherche. Cette autorisation obtenue, l'agente de recherche communiquera

Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

avec l'utilisateur ou l'utilisatrice pour obtenir un rendez-vous afin qu'il ou elle signe un formulaire de consentement dans lequel les objectifs et les attentes relatifs au projet seront clairement précisés. Avec le consentement dûment signé, l'agente de recherche pourra se présenter aux services d'archives des établissements concernés et effectuer un résumé de dossier. Ce résumé ne comprendra que des données sur le type de service utilisé (ex. : visite chez un médecin dans une clinique X dans un territoire Y), sans référence précise aux services offerts (ex. : examen complet) ou aux diagnostics posés (ex. : anxiété).

Échéancier

| Étape | Échéancier |
|--|------------------------------|
| Choix des territoires locaux pour l'évaluation | Été 2004 |
| Préparation des devis d'évaluation | Été 2004 |
| Préparation des outils de collecte des entrevues | Automne 2004 et hiver 2005 |
| Sondage auprès de la population | Automne 2004 |
| Sondage auprès du personnel du réseau | Printemps-été 2005 |
| Visites des établissements (entrevues et groupes de discussion) | Octobre 2004 à janvier 2005 |
| Inventaire du panier de services généraux et des cliniques médicales | Décembre 2004 à janvier 2005 |
| Analyse des trajectoires de services | Printemps-été 2005 |
| Rapport d'étape des résultats observés au temps 0 | Automne 2005-hiver 2006 |
| Visites des établissements (entrevues et groupes de discussion) | Avril-juin 2006 |
| Sondage auprès du personnel du réseau | Automne 2006-hiver 2007 |
| Analyse des trajectoires de services | Printemps-été 2007 |
| Rapport d'étape des résultats observés au temps 1 | Automne 2007 |
| Monographie des cas | Hiver 2008 |
| Synthèse et rapport final | Printemps 2008 |

Bibliographie

BOELEN, Ch. *Vers l'unité pour la santé. Défis et opportunités des partenariats pour le développement de la santé. Document de travail*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2001, 93 p.

CONTANDRIOPOULOS, A. P., et coll. « Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre », *Ruptures. Revue transdisciplinaire en santé*, vol. 8, n° 2, 2001, p. 38-52.

CONTANDRIOPOULOS, A. P., et coll. *Projet de capitation dans la municipalité régionale de comté du Haut-Saint-Laurent. Rapport d'évaluation Fonds pour l'adaptation des services de santé*, 2001, 62 p.

DEMERS, L., A. DUPUIS et M. POIRIER. « L'intégration de services passe-t-elle par des fusions d'établissements? », *Santé mentale au Québec*, vol. XXVII, n° 2, 2002, p. 74-92.

DESBIENS, F., et C. DAGENAI. *De l'innovation au changement. Les leçons tirées des projets québécois financés par le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS)*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 207 p.

D'AMOUR, D. *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec*, Thèse (doctorat), Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Faculté d'administration de la santé, Faculté de médecine, Université de Montréal, 1997, 253 pages

FLEURY, M. J. « Émergence des réseaux intégrés de services comme modèle d'organisation et de transformation du système sociosanitaire », *Santé mentale au Québec*, vol. XXVII, n° 2, 2002, p. 7-15.

FLEURY, M. J., et Y. OUADAHI. « Stratégies d'intégration des services en réseau, régulation et moteurs d'implantation de changement », *Santé mentale au Québec*, vol. XXVII, n° 2, 2002, p. 16-35.

FRIEDBERG, E. « Les quatre dimensions de l'action organisée », *Revue française de sociologie*, vol. 33, 1992, p. 531-557.

FRIEDBERG, E. *Le pouvoir et la règle : dynamique de l'action organisée*, Paris, Éditions du Seuil, 1993, 405 p.

HAGGERTY, J., et coll. *Continuité et accessibilité des soins de première ligne au Québec : barrières et facteurs facilitants. Rapport final*, Montréal, CHUM, mars 2004, 32 p. Projet subventionné par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

LAMARCHE, P. A., et coll. *Sur la voie du changement : pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada*, Ottawa, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, novembre 2003, 31 p. et annexes, 85 p.

MAYER, R., F. OUELLET, M. C. SAINT-JACQUES, D. TURCOTTE et coll. *Méthodes de recherche en intervention sociale*, Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur, 2000, 409 p.

MCDONNELL, A., M. LLOYD JONES et S. READ. « Practical considerations in case study research: the relationship between methodology and process », *Journal of Advances Nursing*, vol. 32, n° 2, 2000, p. 383-390.

PARENTEAU, J.-L. « Les équipes MRC en santé mentale dans la région Chaudière-Appalaches. Bilan d'une expérience de mise en réseau », *Santé mentale au Québec*, vol. XXVII, n° 2, 2002, p. 37- 52.

PEIRO, R., et coll. « Rapid appraisal methodology for “health for all” policy formulation analysis », *Health Policy*, n° 62, 2002, p. 309-328.

PELLETIER, J., et J. GIRARD. *Un réseau de services de base intégrés : le développer et en mesurer la perception qu'en ont la population et les intervenants. Rapport de recherche*, Fonds pour l'adaptation des services de santé et Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, mars 2001, 49 p.

QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'intégration des services de santé et des services sociaux. Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 3 février 2004, 19 p.

QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux*, Québec, Direction générale des services sociaux, Ministère de la Santé et des Services sociaux, septembre 2004, 179 p.

QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Guide à l'implantation du projet clinique. Document de consultation*, [Québec], Ministère de la Santé et des Services sociaux, juillet 2004, 60 p. [Document interne].

REID, R., J. HAGGERTY et R. MCKENDRY. *Dissiper la confusion : concept et mesures de la continuité des soins. Rapport final*, Ottawa, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, mars 2002, 18 p. et annexes.

RONDEAU, A., et S. LALIBERTÉ. *Comprendre la transformation d'établissements du réseau de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. Novembre 1999, Rapport présenté à la RRSSS de Montréal-Centre*, Montréal, 1999, 66 p.

TOUATI, N., et coll. « L'intégration des services sur une base locale : acquis et limites », *Santé mentale au Québec*, vol. XXVII, n° 2, 2002, p. 54-73.

TOURIGNY, A., et coll. « Évaluation d'implantation d'une expérience novatrice : le réseau intégré de services aux aînés des Bois-Francs », *Santé mentale au Québec*, vol. XXVII, n° 2, 2002, p. 109-135.

YIN, R. K. « Enhancing the Quality of Case Studies in Health Services Research », *Health Services Research*, vol. 34, n° 5, 2^e partie (décembre 1999), p. 1209-1224.

Annexe 1

Composition du comité de suivi de l'évaluation

| Membre | Organisme |
|--|---|
| Dr Marc Billard | Collège des médecins |
| Dr Laurent Boisvert (ex- membre) Dre Joëlle Lescop | Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux |
| Robert Granger | Conseil québécois d'agrément |
| Noël Neveu | Agence de développement de réseaux locaux de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue |
| Jacinthe Normand | Ordre des infirmières et infirmiers du Québec |
| Pierre Riley | Fédération des centres d'action bénévole du Québec |
| Louise Rousseau | Agence de développement de réseaux locaux de santé et de services sociaux de Laval |
| Gyslaine Samson-Saulnier | Direction de la coordination, ministère de la Santé et des Services sociaux |
| Ghyslaine Brosseau | Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec |
| Louise Petit (ex-membre) Michel Tassé | Ordre des pharmaciens du Québec |
| Mireille Dumont-Lemasson | Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux |

Composition du comité Aiseur

| Membre | Milieu de recherche |
|------------------|--|
| Jean-Louis Denis | Université de Montréal, Administration de la santé |
| Louis Demers | ENAP |
| Diane Morin | Université Laval, Faculté des sciences infirmières |
| Daniel Turcotte | Université Laval, École de service social |
| Jean Turgeon | ENAP |

Annexe 2 Portrait de la situation

Les éléments de contexte proviennent essentiellement de l'analyse des données administratives et de l'analyse documentaire. Pour quelques aspects toutefois, d'autres types de données doivent être recueillis. Le tableau suivant les résume.

| Thème | Techniques de collecte de données | Données recueillies |
|---|--|---|
| Soutien à l'implantation (Projets de lois n ^{os} 25 et 30) | Entrevues individuelles avec des gestionnaires et des administrateurs du CSSS ainsi qu'un représentant de l'agence | Réactions quant à l'utilité des démarches et des outils de référence Attentes non comblées |
| | Groupe de discussion avec les partenaires | Réactions quant à l'utilité des outils de référence |
| Légitimité perçue de la mise en place des RLS | Entrevues individuelles avec des gestionnaires et des administrateurs du CSSS ainsi qu'un représentant de l'agence | Réactions quant à la pertinence de fusionner des établissements et d'intégrer des services sur un territoire afin d'assurer de meilleurs services à la population |
| | Groupe de discussion avec les partenaires | |
| | Groupe de discussion avec le personnel de l'instance | |
| | Sondage auprès du personnel du CSSS | |
| Implantation de la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales | Entrevues individuelles avec des gestionnaires et des administrateurs du CSSS ainsi qu'un représentant de l'agence | Perception des acteurs quant à l'effet de la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales sur la mobilisation des ressources humaines ainsi que sur l'intégration structurelle et fonctionnelle |
| | Groupe de discussion avec le personnel de l'instance | |
| Autres éléments facilitateurs, tels que perçus par les acteurs eux-mêmes | Entrevues individuelles avec des gestionnaires et des administrateurs du CSSS ainsi qu'un représentant de l'agence | Perception des acteurs quant aux éléments favorisant la démarche en réseau local |
| | Groupe de discussion avec le personnel de l'instance | |
| | Groupe de discussion avec les partenaires | |

Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

| Thème | Techniques de collecte de données | Données recueillies |
|--|--|---|
| Autres éléments contraignants, tels que perçus par les acteurs eux-mêmes | Entrevues individuelles avec des gestionnaires et des administrateurs du CSSS ainsi qu'un représentant de l'agence | Perception des acteurs quant aux éléments qui entravent la mise en œuvre ou le bon fonctionnement du réseau local |
| | Groupe de discussion avec le personnel de l'instance | |
| | Groupe de discussion avec les partenaires | |
| Modèles organisationnels | Entrevues avec des gestionnaires et des intervenants-pivots | Compléter ou vérifier l'information obtenue à partir de l'analyse documentaire et des trajectoires de services |
| Intégrations structurelles | Entrevues individuelles avec des gestionnaires et des administrateurs du CSSS ainsi qu'un représentant de l'agence | Compléter ou vérifier l'information obtenue à partir de la revue documentaire. Mieux connaître et comprendre les aspects implantés depuis la fusion |
| | Groupe de discussion avec le personnel de l'instance | |

Annexe 3

Analyse des modes de collaboration

Le modèle d'analyse sur lequel s'appuie l'étude des modes de collaboration s'inspire des travaux effectués par D. D'Amour et ses collaborateurs (2003) dans une étude comparée de la collaboration interorganisationnelle et de ses effets dans le domaine de la périnatalité⁵. Une typologie de la collaboration basée sur l'approche organisationnelle conçue par E. Friedberg (1993) pose les assises de ce cadre d'analyse. On y retrouve quatre dimensions (*délégation de la régulation, finalisation de la régulation, intériorisation de la collaboration et formalisation de la régulation*). Ces dernières sont étudiées à l'aide de dix variables⁶. Ce modèle propose trois types possibles de collaboration : collaboration en action, collaboration en construction et collaboration en inertie. Pour les fins de la présente évaluation, les variables ainsi que les outils de collecte ont été adaptés au contexte de la mise en œuvre des réseaux locaux.

Dans le but de connaître la perception qu'ont les acteurs du degré de collaboration ainsi que des moyens mis en œuvre pour assurer l'intégration, deux groupes de discussion seront formés.

Le premier groupe sera constitué du personnel offrant des soins et services directs à la population. Les thèmes abordés seront la collaboration interorganisationnelle et interprofessionnelle, la satisfaction à l'égard de la mise en œuvre du réseau local ainsi que la mise en place de la nouvelle loi sur les unités d'accréditations syndicales. Le groupe sera composé de personnes provenant des diverses installations de l'instance et d'une gamme variée de catégories de personnel non cadre (infirmiers, travailleurs sociaux, personnel d'accueil, intervenants-pivots ou gestionnaires de cas, personnel auxiliaire et préposés).

Le deuxième groupe sera formé de partenaires de l'instance locale et s'articulera autour des thèmes de la collaboration interorganisationnelle et de la satisfaction des acteurs à l'égard de la mise en œuvre du réseau local. Le groupe sera composé de personnes provenant d'établissements du réseau avec lequel l'instance a, ou devrait avoir, des ententes (centres jeunesse, CHSLD privés, centres de réadaptation, etc.), de l'agence ainsi que des autres partenaires non institutionnels (regroupements de cliniciens ou GMF, pharmacies communautaires, commissions scolaires, organismes communautaires, etc.).

5. D'AMOUR, D., L. GOULET, R. PINEAULT, J. F. LABADIE et M. REMONDIN, *Étude comparée de la collaboration interorganisationnelle et de ses effets : le cas des services en périnatalité*, Montréal, GRIS, en collaboration avec le centre FERASI, R03-07, décembre 2003, p. 6.

6. Les dix variables sont la centralité, le leadership, l'expertise, la connectivité et la concertation, les finalités, les allégeances, la connaissance mutuelle, la confiance, l'existence d'ententes et l'infrastructure d'information.

L'information obtenue lors de ces rencontres sera complétée par celle obtenue lors des entrevues individuelles avec les gestionnaires et les administrateurs des CSSS. Des liens seront également établis avec les propos des gestionnaires de programme, intervenants-pivots ou gestionnaires de cas recueillis lors des entrevues effectuées pour le volet sur les trajectoires de services. De plus, quelques résultats provenant du sondage auprès du personnel sur le climat organisationnel fourniront certains éléments pertinents à l'analyse. L'analyse documentaire sera également mise à profit.

L'analyse des modes de collaboration sera effectuée sur deux niveaux. Le premier concernera la collaboration entre les acteurs des installations de l'instance locale, et le second examinera la collaboration entre les acteurs de l'instance, de l'agence régionale et des partenaires.

Afin de mesurer le plus adéquatement possible les changements observés dans les modes de collaboration entre le temps 0 et le temps 1, on rencontrera, si possible, les mêmes intervenants à l'automne 2004 et au printemps 2006. Lorsque ce sera impossible, la personne sera remplacée par quelqu'un ayant un profil semblable à l'égard de la fonction et du lieu de travail.

Les niveaux de collaboration seront cotés en fonction des trois types possibles de collaboration : collaboration en action, collaboration en construction et collaboration à établir. Les deux professionnels de recherche associés à une étude valideront la cote attribuée à chaque cas par le responsable de l'analyse des modes de collaboration. Advenant un désaccord, une discussion impliquant toute l'équipe d'évaluation aura lieu.

Collaboration entre les installations de l'instance locale

| Variable | Collaboration en action Niveau 3 | Collaboration en construction Niveau 2 | Collaboration à établir Niveau 1 |
|---|--|---|--|
| <i>Gestion</i> | | | |
| Centralité | Consensus sur les rôles et mandats des installations à l'intérieur de l'instance locale | Consensus partiel sur les rôles et mandats des installations à l'intérieur de l'instance locale | Consensus à établir |
| Leadership | Leadership partagé et consensuel | Leadership diffus, éclaté entre les installations ou missions | Leadership non consensuel, monopolisé |
| Partage des ressources | Consensus sur les règles de partage | Ententes sur les objectifs de partage mais non sur les règles | Consensus à établir |
| Connectivité et concertation | Multiplicité de projets soumis à une concertation | Quelques dossiers particuliers soumis à la concertation | Quasi-absence de projets ou dossiers soumis à la concertation |
| <i>Finalisation (partage de la vision et des objectifs)</i> | | | |
| Finalités | Vision commune et globale quant au rôle de l'instance locale | Quelques visions communes ponctuelles quant au rôle de l'instance locale | Visions en opposition ou absence d'objectifs communs |
| Allégeances du personnel | Orientations centrées sur l'ensemble des besoins de la population du réseau (intégration de l'ensemble des services) | Orientations centrées sur les besoins liés à la mission principale de l'installation | Orientations centrées sur les besoins professionnels, organisationnels et personnels |
| <i>Intériorisation de la collaboration (sentiment d'appartenance)</i> | | | |
| Connaissance mutuelle | Occasions fréquentes de se rencontrer Activités communes régulières | Rares occasions de se rencontrer Peu d'activités communes | Pas d'occasion de se rencontrer et aucune activité commune |
| Confiance | Confiance ancrée | Confiance contingente, en développement | Confiance à établir |
| <i>Formalisation</i> | | | |
| Existence de mécanismes pour faciliter les trajectoires de services | Mécanismes consensuels, règles définies de manière conjointe | Mécanismes non consensuels ou non conformes aux pratiques ou en processus de négociation et de construction | Mécanismes inexistants ou mécanismes non respectés faisant l'objet de conflits |
| Infrastructure d'information | Infrastructure commune de collecte et d'échange d'information | Infrastructure d'échange d'information incomplète, ne répondant pas aux besoins ou utilisée de façon inappropriée | Quasi-absence d'infrastructure ou de mécanisme commun de collecte ou d'échange d'information |

Collaborations entre l'instance locale, l'agence et les partenaires du réseau

| Variable | Collaboration en action Niveau 3 | Collaboration en construction Niveau 2 | Collaboration à établir Niveau 1 |
|---|---|---|--|
| <i>Délégation de la régulation</i> | | | |
| Centralité | Instance centrale forte et active permettant l'existence d'un consensus | Instance centrale au rôle confus. Rôle politique et stratégique ambigu | Quasi-absence de rôle politique de l'instance centrale |
| Leadership | Leadership partagé et consensuel | Leadership diffus, éclaté entre les partenaires | Leadership non consensuel, monopolisé |
| Partage des ressources | Consensus sur les règles de partage | Ententes sur les objectifs de partage mais non sur les règles | Consensus à établir |
| Connectivité et concertation | Pluralité des objets de concertation | Concertation ponctuelle liée à des dossiers particuliers | Quasi-absence d'objets de concertation |
| <i>Finalisation (partage de la vision et des objectifs)</i> | | | |
| Finalités | Consensus dans la perception de la responsabilité populationnelle | Quelques objectifs partagés | Absence de consensus ou de vision commune |
| Allégeances des professionnels et des organisations | Orientations centrées sur l'ensemble des besoins de la clientèle (responsabilité populationnelle) | Orientations centrées sur les besoins professionnels et organisationnels (en silos) | Orientations plutôt déterminées par des intérêts personnels |
| <i>Intériorisation de la collaboration (sentiment d'appartenance)</i> | | | |
| Connaissance mutuelle | Occasions fréquentes de se rencontrer Activités communes régulières | Rares occasions de se rencontrer Peu d'activités communes | Pas d'occasion de se rencontrer et aucune activité commune |
| Confiance | Confiance ancrée | Confiance contingente, en développement | Confiance à établir |
| <i>Formalisation</i> | | | |
| Existence d'ententes | Ententes consensuelles, règles définies de manière conjointe | Ententes non consensuelles ou non conformes aux pratiques ou en processus de négociation et de construction | Entente inexistante ou non respectée, fait l'objet de conflits |
| Infrastructure d'information | Infrastructure commune de collecte et d'échange d'information | Infrastructure d'échange d'information incomplète, ne répondant pas aux besoins ou utilisée de façon inappropriée | Quasi-absence d'infrastructure ou de mécanisme commun de collecte ou d'échange d'information |

Annexe 4

Analyse du climat organisationnel

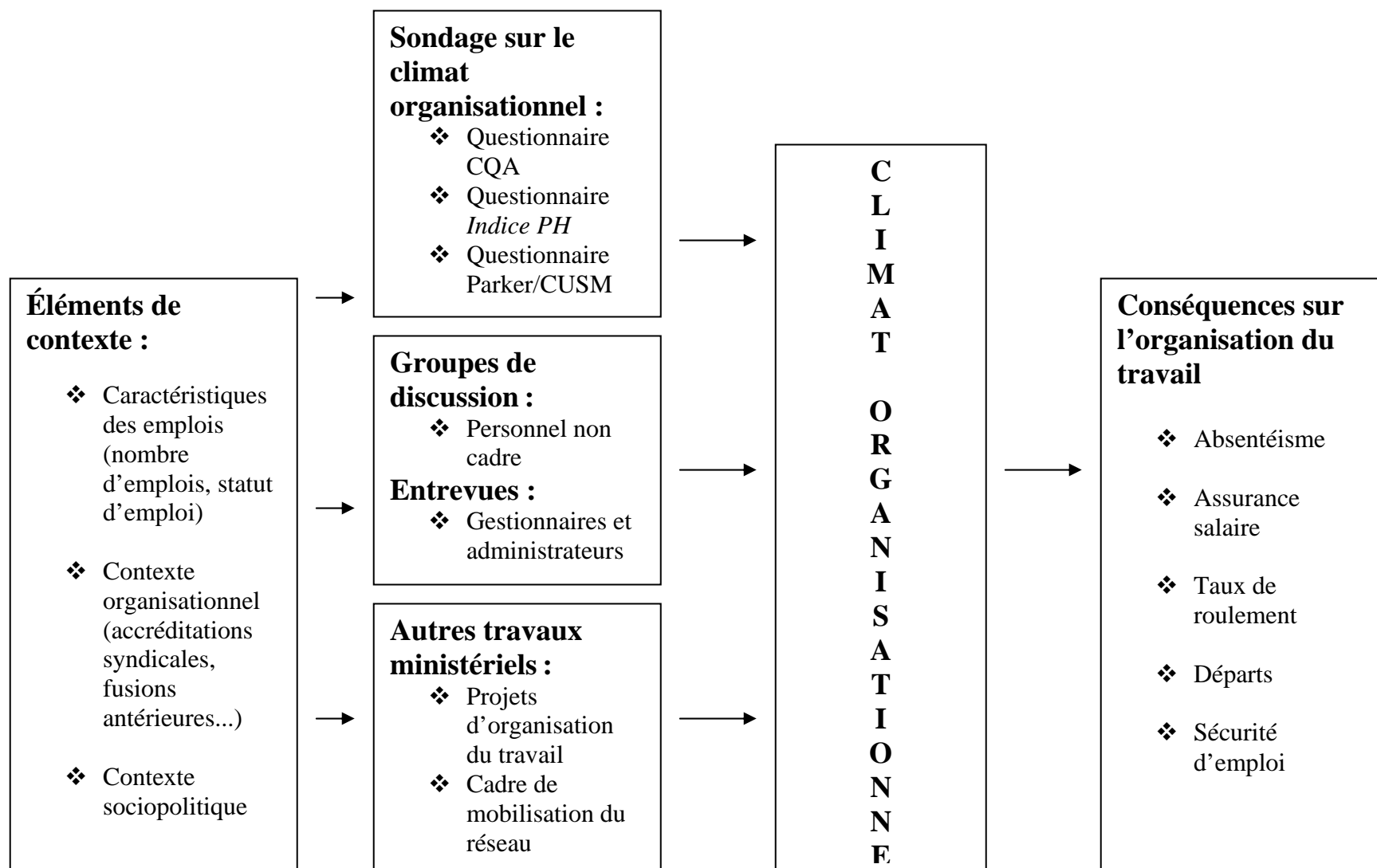
Pour faciliter l'intégration des services dans le cadre du projet organisationnel et clinique associé à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, un certain nombre de leviers sont prévus comme soutien au changement. Parmi ceux-ci se retrouvent la gestion et la mobilisation des ressources humaines.

Dans cette optique, une attention particulière sera accordée à la mise en œuvre de la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales et modifiant la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans le secteur public et parapublic. Les actions, relatives au regroupement des unités de négociation au sein des établissements et à la décentralisation, à l'échelle locale, de la négociation liée à l'organisation du travail, seront menées en complémentarité avec la mise en place des réseaux locaux de services

Ainsi, les employés du réseau vivent parallèlement des changements liés à la fusion d'établissements et à des regroupements d'unités d'accréditation. Ces changements modifient profondément l'environnement dans lequel ils évoluent. Or, la façon dont ces changements sont perçus et vécus influence le degré de mobilisation du personnel. Rappelons que les organisations syndicales se sont, lors des consultations régionales sur le développement des réseaux locaux, opposées de façon presque systématique aux fusions d'établissements.

L'analyse du climat organisationnel s'effectuera selon le schéma suivant. D'abord, on fera une mise en contexte du territoire et des emplois concernés, afin de mieux interpréter les résultats provenant des sondages et des diverses entrevues. Les actions menées, dans le cadre des ententes de gestion, concernant notamment le degré de mobilisation du réseau ainsi que le Programme de soutien à l'organisation du travail en soins infirmiers seront également prises en compte. L'ensemble de cette information devrait donner un portrait du climat organisationnel et de son effet sur l'organisation du travail. Par ailleurs, sans qu'il soit possible d'établir un lien de cause à effet entre le climat organisationnel et la prise en charge de la population, certaines hypothèses pourront être avancées à cet égard. Enfin, il faut se rappeler que deux lectures de la situation seront effectuées, soit une au temps 0 et une autre au temps 1. Cette double lecture offrira la possibilité d'évaluer certains effets liés à l'implantation des réseaux locaux.

SCHÉMA D'ANALYSE DU CLIMAT ORGANISATIONNEL



Les données recueillies proviennent essentiellement de trois sources :

Sondage auprès du personnel

Un sondage sera mené auprès du personnel des établissements au printemps 2005. Il sera réitéré à l'automne 2006. Selon le questionnaire utilisé, le sondage doit permettre de caractériser le climat organisationnel relativement à différentes dimensions (ex. : la collaboration, la communication...). De plus, le sondage mesurera la perception qu'a le personnel des effets appréhendés des fusions administratives.

Les sondages seront administrés en tenant compte de certaines contraintes. Par exemple, dans l'un des RLS, un sondage a été mené à l'automne 2004 dans le cadre de l'agrément de l'établissement. Il ne sera donc pas possible de refaire ce sondage au printemps 2005. Dans un autre cas, un processus d'agrément est déjà prévu pour l'automne 2006; il ne sera donc pas possible, dans ce cas, d'effectuer deux mesures du climat organisationnel dans le temps imparti pour la présente évaluation.

Les questionnaires sur le climat organisationnel ont été choisis par les établissements. Trois questionnaires seront utilisés, dont ceux reconnus par le Ministère comme permettant de procéder à un état de situation sur la mobilisation du personnel⁷. Il s'agit du questionnaire du Conseil québécois d'agrément (CQA), du questionnaire *Indice PH* ainsi que du questionnaire Parker/CUSM. Ces questionnaires ont été validés et déjà utilisés.

7. QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Cadre de référence sur la mobilisation du personnel du réseau de la santé et des services sociaux, approuvé par le Comité de gestion du Réseau (CGR) le 14 novembre 2002*, Québec, Direction du personnel réseau et Direction du personnel d'encadrement, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 5 p.

Chaque questionnaire mesure des dimensions précises du climat organisationnel :

| CONSEIL QUÉBÉCOIS D'AGRÉMENT | INDICE PH | PAKER/CUSM |
|------------------------------|--|--|
| Réalisation | Information | Caractéristiques de la tâche : importance, autonomie, défi |
| Implication | Relation avec le supérieur immédiat | |
| Collaboration | Développement du savoir-faire | Caractéristiques du rôle : ambiguïté, conflit, charge de travail |
| Soutien | | |
| Communication | Utilisation de l'expertise et du potentiel | Caractéristiques du (de la) superviseur(e) : confiance et soutien, importance donnée aux buts, facilitation du travail |
| Leadership | Travail en équipe | |
| | Organisation du travail | |
| | Climat de travail | Caractéristiques de l'équipe de travail : chaleur, fierté, coopération |
| | | Caractéristiques organisationnelles : innovation, justice, soutien |

Les questionnaires seront administrés intégralement. Certaines consignes ont cependant été données pour s'assurer d'avoir les renseignements suivants : provenance de la personne répondante selon les installations ou constituantes du CSSS, sexe, âge selon de grandes catégories, statut d'emploi, ancienneté dans l'établissement, catégorie d'emploi (personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires; personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers; personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration; personnel technique et professionnel de la santé et des services sociaux; personnel non visé par la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales et personnel d'encadrement).

Par ailleurs, une section concernant spécialement la fusion administrative a été ajoutée. Les questions portent sur la légitimité perçue des fusions, la cohésion des approches auprès des usagers d'une installation à l'autre et la collaboration inter installation.

Groupe de discussion et entrevues

Un groupe de discussion formé de membres du personnel offrant des soins et services directs à la population (huit à dix personnes provenant de diverses installations) dans chaque instance locale sera constitué. Ce groupe sera amené à discuter des modes de collaboration entre les installations (évaluation des modes de collaboration) et également de sa satisfaction à l'égard de la mise en œuvre du réseau et de la mise en place de la nouvelle loi sur les unités d'accréditation.

Ainsi, certaines des questions abordées avec ce groupe porteront plus spécialement sur le climat organisationnel.

Exemples :

- Sentez-vous que le climat de travail actuel est propice à une collaboration entre le personnel des diverses installations?
- Les fusions administratives et les regroupements à venir des unités d'accréditation ont-elles entraîné ou vont-elles entraîner des modifications dans l'organisation de votre travail?
- Ces modifications s'avèrent-elles positives pour vous?

Les personnes qui formeront le groupe de l'automne 2004 seront invitées à participer de nouveau au groupe de discussion au printemps 2006. Advenant le refus d'une personne ou l'impossibilité pour celle-ci d'y participer, elle sera remplacée par une autre personne ayant des tâches équivalentes et occupant un emploi dans la même installation.

Des entrevues seront également menées avec des gestionnaires des CSSS, notamment un cadre affecté aux ressources humaines.

Analyse de données administratives

Un suivi d'indicateurs de gestion à partir de la banque de données R-25 du Ministère (Service de la paye) sera effectué pour les huit instances locales (et par installation, si possible). Les années pour lesquelles le suivi sera effectué sont 2003-2004, 2004-2005, 2005-2006 et 2006-2007.

Les indicateurs qui paraissent les plus appropriés pour mesurer certains changements dans le climat organisationnel sont :

- Nombre d'heures par emploi
- Proportion des emplois selon les statuts
- Heures travaillées (régulières et supplémentaires) par statut d'emploi
- Proportion des heures de maladie utilisée, assurance salaire et CSST
- Pourcentage des départs durant l'année, taux de roulement

Les catégories d'emploi suivantes seront considérées :

- Personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires
- Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers
- Personnel aux soins (tout le personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires plus une partie du personnel paratechnique)
- Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration
- Personnel d'encadrement

Annexe 5

Évaluation de l'accessibilité

Le projet organisationnel et clinique associé à la mise en œuvre des réseaux locaux de services⁸ définit les engagements du Ministère relativement à la gamme de services que le réseau local doit offrir ou rendre accessible.

Cette gamme comprend deux niveaux de responsabilité de la part du réseau local, soit les services que l'instance locale⁹ doit elle-même offrir et, d'autre part, les services pour lesquels le réseau local doit prendre entente pour s'assurer que la population du territoire y ait accès. De plus, la gamme de services se décline en services de première ligne, de deuxième ligne ou de troisième ligne. Ce sont les services de première ligne qui doivent, dans la mesure du possible, être tous accessibles à la population du territoire local, et ce, sur ce territoire même.

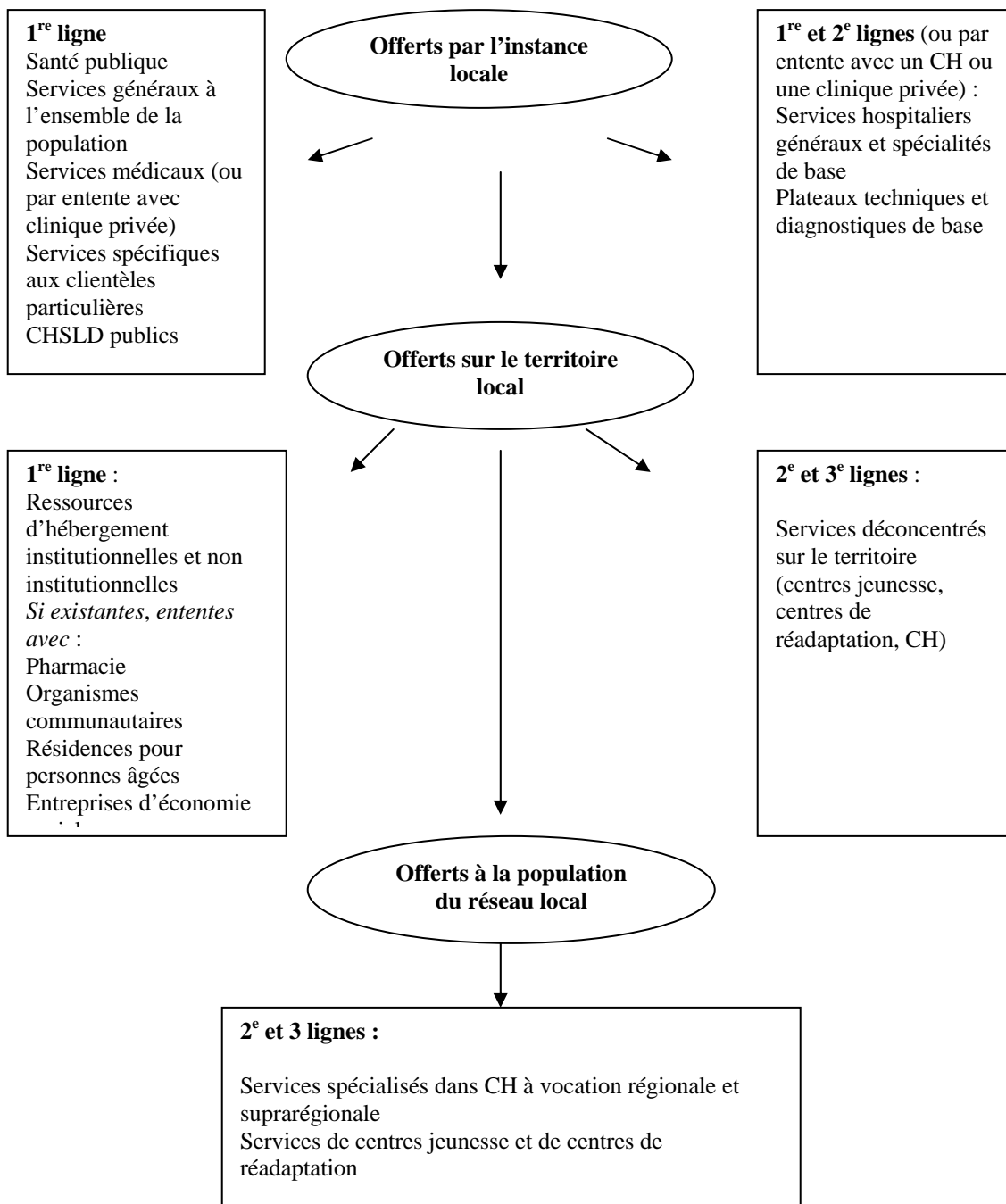
L'accessibilité des services sur le territoire local se définit également en fonction d'un autre paramètre, à savoir la masse critique de services offerts sur le territoire compte tenu de la taille de la population résidant sur ce territoire. Ainsi, les attentes quant aux services offerts par l'instance locale ou sur le territoire local doivent être adaptées à chaque réalité locale et régionale.

Dans ce contexte, l'évaluation de la gamme complète de services offerts et de leur intensité ne peut se faire de la même façon pour l'ensemble des réseaux locaux de services. Une stratégie d'évaluation recourant à l'étude de cas multiples offre donc la possibilité d'analyser la situation pour des contextes différents.

8. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, *L'intégration des services de santé et des services sociaux. Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, op. cit.*

9. L'instance locale est l'établissement qui couvre les missions CLSC et CHSLD. Cette instance peut aussi couvrir la mission CH.

La gamme complète de services peut se résumer ainsi :



L'évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux relativement à la gamme de services doit permettre de répondre aux questions suivantes :

- Quelle est la gamme de services locaux et régionaux de première ligne offerte à la population du territoire au moment de la mise en œuvre des RLS?
- Quels sont les services de deuxième et de troisième lignes offerts par l'intermédiaire des mécanismes de référence et de suivi?
- Quelles sont les différences entre l'offre observée au temps 0 et celle observée dix-huit mois plus tard, au regard de l'harmonisation entre les territoires locaux de la région, de la diversité des services offerts et des caractéristiques des producteurs de soins et de services?
- Les choix faits l'ont-ils été en respectant les balises budgétaires?

Pour répondre à ces quatre questions, deux séries d'analyses seront produites. La première concernera les services offerts en première ligne¹⁰. La deuxième servira à dresser un portrait des services utilisés, des ressources existantes et de l'efficacité.

Quant à la question plus particulière des services de deuxième et de troisième lignes offerts par l'intermédiaire des mécanismes de référence, celle-ci sera abordée plus précisément dans l'évaluation des trajectoires de soins et de services.

1. L'analyse des services offerts en première ligne

Pour couvrir l'éventail des services offerts à proximité, deux démarches seront entreprises. La première vise à dresser un inventaire par point de service des services cliniques et d'aide (services généraux). Cet inventaire sera refait au temps 1 pour connaître l'évolution de l'offre de service. La deuxième consiste à dresser un portrait des périodes de consultation et de l'accessibilité des plateaux techniques dans les cliniques médicales en omnipratique par territoire de RLS. Ce portrait sera aussi refait au temps 1. De plus, un inventaire des pharmacies communautaires sera dressé. Ce dernier sera réalisé une seule fois.

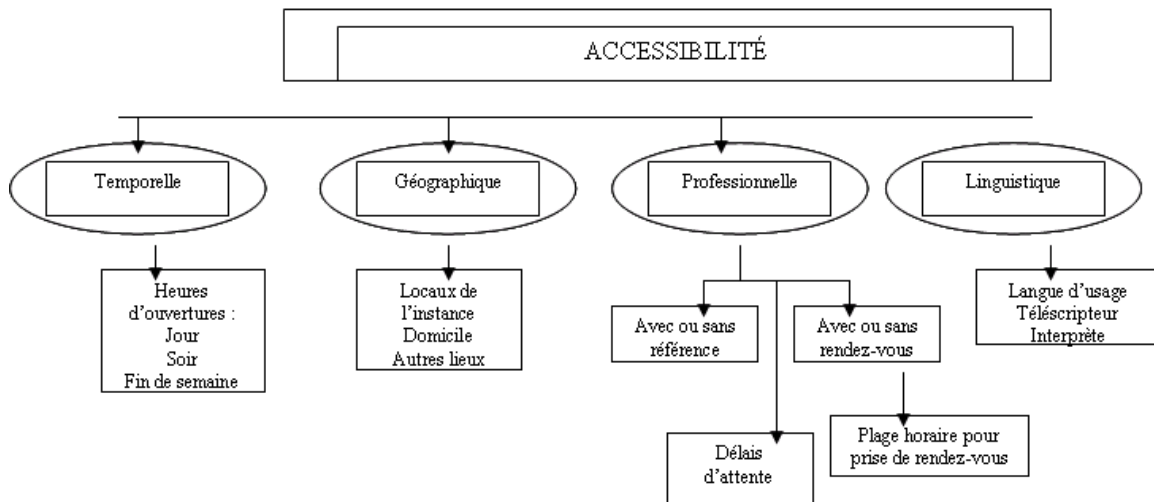
La grille de collecte pour les services cliniques et d'aide a été élaborée à partir du document *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux*¹¹, section « Activités cliniques et d'aide ». Sous format Excel et accompagnée d'instructions, elle sera fournie à des personnes-ressources des CSSS.

10. Le Programme national de santé publique 2003-2012 comprend déjà un volet d'évaluation. Les dimensions de l'évaluation sont : l'évaluation des fonctions de santé publique, et l'évaluation des activités et de leurs effets. Afin d'éviter toute redondance avec l'évaluation du programme de santé publique, le volet relatif à la gamme de services en santé publique ne sera pas couvert par l'évaluation de l'implantation des réseaux locaux.

11. QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux*, op. cit.

Les dimensions de l'accessibilité qui seront mesurées sont les suivantes : accessibilité temporelle (heures d'ouverture), géographique (services offerts dans les locaux de l'instance, à domicile ou en d'autres lieux), professionnelle (avec ou sans rendez-vous, avec ou sans recommandation, prise de rendez-vous et délais d'attente) et linguistique. Pour chacune des dimensions de l'accessibilité, l'information sera inscrite directement dans la grille par la personne chargée de collecter les données dans le CSSS. En ce qui concerne l'accessibilité temporelle, il est demandé d'inscrire en heures la plage horaire de la prestation de services associée à chacune des activités cliniques et d'aide. Pour les autres dimensions, il s'agit de questions à choix de réponses dichotomiques (oui/non), sauf pour l'item *Délai d'attente maximal pour recevoir le service*, qui demande une précision en unités de temps (minutes, heures, jours, mois).

Schéma
Opérationnalisation du concept d'accessibilité¹²



Les grilles remplies seront vérifiées, codées, puis compilées par des membres de l'équipe d'évaluation. Le barème de codification se base sur les attentes formulées dans le document *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux*.

Quant à l'inventaire des cliniques privées, les renseignements recueillis seront les suivants : plages horaires des consultations en omnipratique avec et sans rendez-vous, nature des plateaux diagnostiques existants et autres services offerts en clinique médicale (spécialités médicales et paramédicales). Les cliniques médicales comprennent les médecins travaillant en solo.

12. Ce cadre conceptuel reproduit la structure et les paramètres figurant dans le document *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux, op. cit.*

2. L'analyse des services rendus, des ressources financières disponibles et de l'efficience

Les données administratives seront principalement mises à profit pour cette analyse. Il s'agira essentiellement de suivre une série d'indicateurs de 2004-2005 à 2006-2007. Trois groupes de services seront analysés : les services généraux, les services aux jeunes en difficulté et les services aux personnes âgées en perte d'autonomie.

À l'aide d'un indice composite, on effectuera deux synthèses des diverses dimensions évaluées. D'une part, on comparera le réseau local (chacun des huit cas) avec les autres RLS de sa région et, d'autre part, on comparera le réseau local avec l'ensemble du Québec. L'indice va de 0 à + 2. Pour chacun des indicateurs (associés à une dimension), une distribution de fréquence permettra de mesurer l'écart entre le RLS et sa région ou l'ensemble du Québec. Par exemple, si l'indicateur sur le nombre de médecins omnipraticiens par mille habitants dans un RLS s'écarte de plus de 15 % de la moyenne provinciale, cet indicateur aura la cote de 0 (écart négatif) ou de + 2 (écart positif). Si l'écart est entre 5 % et 15 %, la cote sera de 0,5 ou 1,5. Par contre, si l'écart est de moins de 5 %, on ne considérera pas qu'il y a un écart par rapport à la moyenne. La cote sera alors de 1.

L'ensemble des cotes pour tous les indicateurs d'une dimension seront additionnées et divisées par le nombre d'indicateurs, ce qui implique donc que chaque indicateur aura le même poids. La méthode DELHI aurait pu être utilisée pour déterminer les poids relatifs. Toutefois, les délais pour effectuer l'évaluation ne le permettaient pas. Les retours sur le terrain après le temps 0 ainsi que les discussions avec des pairs permettront de valider cette méthode. À noter que les écarts par rapport à la moyenne seront adaptés à chaque indicateur selon les distributions de fréquence observées pour chacun d'eux.

Les dimensions mesurées seront :

- Accessibilité professionnelle (couverture des besoins, intensité des services fournis). Ex. : nombre d'heures travaillées par le personnel soignant.
- Accessibilité territoriale et géographique (présence des services sur le territoire, rétention de la population résidente). Ex. : taux de rétention des hospitalisations pour les soins de premier niveau (niveau local).
- Accessibilité populationnelle (la population jointe par rapport à la population potentielle). Ex. : nombre de personnes ayant reçu des services infirmiers par mille habitants.
- Accessibilité temporelle. Ex. : nombre d'heures sans rendez-vous en clinique privée les fins de semaine.
- Ressources budgétaires. Ex. : budget pour le programme de santé publique, per capita
- Efficience. Ex. : coût horaire de l'administration des soins.

Pour les services généraux, les résultats seront présentés par dimension. Par contre, pour les programmes concernant les jeunes en difficulté et les personnes âgées, l'ensemble des dimensions seront regroupées en un seul indice global; le moins grand nombre d'indicateurs disponibles pour ces programmes explique cette décision.

Les données administratives mises à profit seront :

- RAMQ (logiciel CONSOM et compilation spéciale sur les taux de consultation en omnipratique)
- MED-ECHO (données hospitalières)
- I-CLSC
- GESTRED (ententes de suivi de gestion)
- STATEVO (lits dressés)
- M-30 (contour financier)
- R-25 (fichier de paye du personnel du réseau)

Annexe 6

Analyse de la continuité, notamment de la trajectoire de services

1. Le contexte et le cadre général de l'analyse des trajectoires de services

L'analyse de trajectoires de services s'inscrit dans l'objectif plus large d'évaluer l'implantation des RLS et certains effets de la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux en vue de soutenir le développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS).

Cette analyse revêt les mêmes caractéristiques méthodologiques principales que celles exposées dans le devis de l'évaluation. Elle reposera sur l'étude des huit cas de mise en œuvre des RLS retenus ainsi que sur un examen de la situation à un temps 0, examen repris deux ans plus tard (temps 1) en vue de permettre une comparaison entre ces deux moments.

L'objectif principal de cette démarche est de brosser un portrait analytique de trajectoires de services observées dans les huit territoires de RLS. Les trajectoires de services examinées concerneront six situations problèmes touchant tant la population générale (diabète, toxicomanie) et les personnes âgées (MPOC, prédémence) que les jeunes en difficulté (déficience intellectuelle et troubles de comportement). Ces trajectoires de services devront être examinées au regard de la responsabilité populationnelle de chaque RLS et des conditions qui s'y rattachent (existence des services de première ligne dans tous les RLS, ententes de service avec les partenaires du RLS, ententes de service intrarégionales et extrarégionales, liens avec les réseaux universitaires intégrés de santé, etc.).

Les orientations ministérielles portant sur la façon dont les services doivent se développer dans le cadre des RLS (*Guide à l'implantation du projet clinique*) ainsi que la recension des écrits rédigée par Reid, Haggerty et McKendry en 2002 (FCRSS) servent de toile de fond à la stratégie de collecte de données et à l'analyse. L'objectif opérationnel de la constitution de trajectoires de services est de reconstruire l'enchaînement des services reçus par des usagers des services de santé et des services sociaux entre mai 2004 et avril 2005. Cette reconstruction repose sur la collecte d'information portant sur les caractéristiques chronologiques, séquentielles, informationnelles, relationnelles et de l'approche de la prestation des services aux usagers éprouvant des problèmes dits complexes. Ces caractéristiques permettront de dresser le portrait de la situation des dimensions « intégration », « coordination » et « continuité » des services reçus par les usagers. La collecte des données et l'analyse des trajectoires faites au temps 0 permettront de constituer la base à laquelle on comparera les trajectoires de services observées au temps 1.

L'analyse des trajectoires de services devra donc permettre de décrire les services reçus par les usagers au cours d'une période d'un an, dans leur RLS ou à l'extérieur de celui-ci, selon les caractéristiques retenues, et de qualifier la situation des trois dimensions des services dans le cas de situations complexes (faisant appel à plus d'un établissement, installation ou partenaire) dans chacun des territoires des RLS étudiés aux temps 0 et 1.

2. Les questions

La démarche analytique repose en partie sur une hypothèse qui sera vérifiée dans une autre partie de l'évaluation, celle selon laquelle l'organisation structurale permettra d'augmenter l'accessibilité à une large gamme de services de première ligne et aux services de deuxième et de troisième lignes. Plus particulièrement, quatre hypothèses ont été avancées quant à l'effet que devrait avoir l'implantation des RLS et des CSSS sur les trajectoires de services des usagers :

- La réorganisation des services de santé et des services sociaux permettra de répondre aux besoins de services de la population de chaque RLS (responsabilité populationnelle).
- L'intégration des services permettra de proposer des services coordonnés et sans rupture de service.
- La coordination des services permettra à l'utilisateur ayant des besoins particuliers et plus complexes de transiter de façon transparente dans les services dont il a besoin.
- L'organisation fonctionnelle «instance locale-RLS» permettra d'améliorer la continuité informationnelle, la continuité relationnelle et la continuité de l'approche.

En ce qui a trait plus spécialement à l'analyse des trajectoires de services, les questions principales porteront sur la situation des services dans les huit RLS étudiés aux temps 0 et 1, et ce, pour six situations problématiques (MPOC, toxicomanie, diabète, prédémençe, déficience intellectuelle et troubles de comportement). Les dimensions explorées seront les suivantes :

- État de situation de l'intégration des services pour les six situations problématiques.
- État de situation de la coordination des services pour les six situations problématiques.
- État de situation de la continuité informationnelle, relationnelle et de l'approche pour les six situations problématiques.

Ces trois dimensions ne sont pas indépendantes les unes des autres, puisqu'elles se trouvent imbriquées dans le processus de prestation de services. De plus, elles se définissent par des caractéristiques communes dont l'articulation diffère de l'une à l'autre. Ces caractéristiques sont :

- d'ordre chronologique,
- d'ordre séquentiel,
- d'ordre informationnel,
- d'ordre relationnel,
- de l'ordre de l'approche.

3. Définition des principales dimensions

- **Intégration des services :** l'intégration des services est un modèle de soins et de services visant plus particulièrement les personnes présentant de multiples problèmes. Elle se caractérise par un enchaînement continu et ordonné des interventions nécessaires. L'intégration des services vise la globalité, la coordination et le suivi longitudinal basé sur la collaboration des intervenants. Elle fonde la notion de continuum de services. La forme usuelle de l'intégration des services est celle des réseaux intégrés de soins et de services, qui, dans les termes du projet clinique, renvoient aussi à la responsabilité populationnelle : un réseau d'organisations qui offre à une population donnée un continuum de services et qui prend cliniquement la responsabilité des effets des interventions. L'intégration des services implique la coordination sur tout le continuum.
- **Coordination des services :** la coordination des services renvoie à la prise en compte et à l'opérationnalisation de l'interdépendance des processus de soins ainsi qu'au maintien du contact avec l'utilisateur (*Guide à l'implantation du projet clinique*, p. 20).
- **Continuité informationnelle, relationnelle et de l'approche :** la continuité renvoie à plusieurs formes de communication concernant des usagers (connaissance, besoins, communication interpersonnelle, intervenant privilégié, approche d'intervention). Le *Guide à l'implantation du projet clinique* définit la continuité comme s'établissant à différents points de vue : même intervenant, même équipe, ou même organisation. Elle implique le passage, sans ruptures, entre les différents intervenants, niveaux de services et organisations. Pour favoriser la continuité, l'information sur des événements et des circonstances antérieurs devrait être utilisée dans le but d'adapter les soins courants au patient et à son mal, la relation thérapeutique entre le patient et le ou les soignants devrait être suivie, et le patient devrait recevoir des services complémentaires et opportuns dans le cadre d'un plan d'intervention commun.

4. Définition des caractéristiques des trajectoires de services

Ces caractéristiques seront étudiées à l'aide d'indicateurs colligés lors de la collecte de données. Il n'est pas question ici de mesurer la pertinence clinique ou administrative des services mais plutôt de déterminer si, aux temps 0 et 1, on observe des différences dans les trajectoires, et si ces différences peuvent être comprises ou expliquées.

- **Chronologique** : renvoie à la dimension temporelle de la prestation des services, à la durée entre diverses actions qui doivent être accomplies, tant en termes de référence, de transmission d'information ou de prestation des services. L'étude de cette caractéristique doit aussi permettre de saisir un des aspects du « trou de services », celui du retard dans la prestation des services jugés importants ou essentiels.
- **Séquentielle** : touche l'ordonnancement temporel des diverses actions définies comme nécessaires dans un cas. Cette caractéristique renvoie à la présence de services intégrés, d'un plan d'intervention (PI) ou de plans de services individualisés (PSI) et au respect de ce qui est prévu dans ces outils de planification des services. L'étude de cette caractéristique doit aussi permettre de recueillir de l'information sur un autre aspect du « trou de services », celui de l'incidence de la non-prestation d'un service prévu sur la suite des services.
- **Informationnelle** : un des aspects importants de la prestation de services est la collecte et la communication de l'information pertinente entre les diverses personnes intervenant auprès d'un usager. L'étude de cette caractéristique renseignera particulièrement sur le contenu de l'information recueillie et les modes de transmission de cette information.
- **Relationnelle** : cette caractéristique touche tout particulièrement les contacts entre l'usager et l'intervenant-pivot ainsi que les liens et la transmission d'information entre ce dernier et l'intervenant privilégié ou usuel de l'usager.
- **De l'approche** : lorsque des interventions doivent être entreprises par plusieurs intervenants, une même approche des difficultés rencontrées par l'usager devrait caractériser les interventions. L'ensemble des intervenants devrait connaître cette approche et convenir de sa pertinence. De même, cette approche commune devrait être modifiée lorsque les circonstances le commandent (passage à un autre aspect des difficultés vécues et modification des modes d'intervention en conséquence).

5. La collecte de données

La collecte de données sera coordonnée par les membres de l'équipe d'évaluation des RLS de la Direction de l'évaluation. Elle sera faite par des personnes-ressources désignées par les CSSS des huit territoires participant à l'étude de cas. Ces personnes auront reçu une formation d'une journée sur le contexte de l'étude ainsi que sur les divers outils de collecte de données.

Le choix des usagers interrogés et la prise de contact avec ceux-ci seront effectués par des professionnels agissant dans les services du CSSS en relation avec les problèmes retenus. Ceux-ci choisiront des usagers répondant à certains critères précis (diagnostic principal, présence d'un gestionnaire de cas ou d'un coordonnateur, intervenant-pivot ou agent de liaison, recours à plus d'un service ou installation du CSSS ou du RLS durant l'année précédente, soit entre avril 2004 et mars 2005, usagers non hébergés de façon

permanente au moment de la collecte). Ils communiqueront, par la suite, avec ces usagers ou leur responsable légal pour obtenir leur consentement verbal à participer à l'étude.

La personne-ressource embauchée par le CSSS pour la collecte de données rencontrera l'utilisateur une première fois afin de lui expliquer les objectifs de la recherche et d'obtenir son consentement à la consultation de ses dossiers cliniques ainsi qu'à une rencontre avec son intervenant-pivot et à une entrevue.

Les documents suivants seront utilisés pour la collecte de données par les personnes-ressources retenues par les CSSS des huit cas à l'étude :

- Détermination des critères de sélection des usagers
- Lettres de consentement
- Feuille d'identification du dossier et d'autres renseignements
- Grille de collecte de données dans les dossiers des usagers (dans les établissements du RLS et les installations du CSSS)
- Grille de collecte de données auprès des usagers (entrevue-questionnaire)
- Grille de collecte de données auprès des intervenants-pivots (entrevue-questionnaire)
- Document synthèse de la trajectoire de services de chaque usager (« Dépliant/Calendrier »)

Annexe 7

Évaluation de la satisfaction de la population québécoise à l'égard de l'implantation des réseaux locaux

Une des questions d'évaluation retenue est relative à la perception que la population a des RLS. Il est donc nécessaire de procéder à un sondage auprès de la population québécoise. Le sondage s'avère également le seul moyen pour vérifier l'accessibilité de certains services.

Pour les fins de l'évaluation, une seule mesure sera effectuée, soit au début du processus d'implantation des réseaux locaux, à l'automne 2004.

Objectifs

Le sondage doit fournir des éléments de réponse aux quatre questions suivantes :

- Le degré de satisfaction des usagers quant à l'offre des services et à leur accessibilité s'est-il modifié avec la mise en place des RLS?
- La trajectoire semble-t-elle plus continue aux yeux des usagers?
- La mise en place des RLS favorise-t-elle les contacts de la population, et la qualité de ceux-ci, avec le réseau de la santé et des services sociaux (humanisation)?
- L'instance locale correspond-elle au territoire naturel d'utilisation des services de première ligne?

En outre, le sondage doit permettre d'évaluer l'accès à certains services de première ligne (ex. : accès à un médecin de première ligne sur le territoire local du RLS).

Population visée

Le sondage s'adressera à la population âgée de 18 ans et plus vivant au Québec. L'échantillon a été établi de façon aléatoire. La taille de l'échantillon a été déterminée de façon à tenir compte des variables suivantes : les non-utilisateurs *versus* les utilisateurs, et les caractéristiques du RLS d'appartenance du répondant (nombre de missions et ancienneté des fusions de l'instance locale). La taille maximale a été fixée à 3 500 individus. Aucun suréchantillonnage, de territoires ou de groupes de la population, n'a été prévu. On interrogera une seule personne par ménage. Celle-ci devra répondre en fonction des contacts qu'elle a eus avec le réseau de la santé et des services sociaux, soit parce qu'elle a utilisé les services pour elle-même, soit parce qu'elle a accompagné une tierce personne ou a utilisé des services pour cette dernière. Ont par ailleurs été exclues de l'échantillon les personnes hébergées dans un établissement administré par le réseau de la santé et des services sociaux.

Paramètres généraux du sondage

Les principales questions sont liées à la satisfaction quant à l'accès aux services de santé et aux services sociaux ainsi qu'à la connaissance des services offerts. La perception de l'accès sera aussi mesurée chez les non-utilisateurs. Ces dimensions seront explorées au regard de diverses variables telles que le sexe, le groupe d'âge, la langue d'entrevue, la région géographique, le type de réseau local et la zone géographique (rurale, semi-urbaine, urbaine). Aucune donnée sensible (santé, religion, orientation sexuelle, opinions politiques) ne fera l'objet de questions.

Les données recueillies permettront une comparaison exploratoire des paramètres étudiés selon les types de réseaux locaux (variable dépendante). La typologie des réseaux a été construite en fonction du nombre de missions de l'instance locale de santé et de services sociaux (CSSS) et du caractère plus ou moins récent des fusions. Trois types de réseaux ont été définis : 1) les réseaux à fusion récente dont l'instance locale a deux missions (comprend environ 2 300 000 individus), 2) les réseaux à fusion récente dont l'instance locale a trois missions (comprend environ 3 millions d'individus) et 3) les réseaux à fusion ancienne, peu importe le nombre de missions (comprend environ 725 000 individus). La mission était considérée comme « ancienne » quand la fusion avait été effectuée avant le 31 mars 2004. La collecte du code postal¹³ permettra de déterminer si les usagers habitent et reçoivent des services dans le territoire de leur réseau local, ce qui constitue un paramètre important de l'analyse.

13. La codification sera effectuée directement par la maison de sondage, à l'aide d'une table de correspondances code postal-code de CLSC fournie par le Ministère. Le fichier remis au Ministère ne comprendra donc pas les codes postaux, donc de données nominatives.

Choix des questions de sondage et validation du questionnaire

Les questions du sondage ont été déterminées à partir d'une recension des outils accessibles dont les objectifs correspondaient à ceux du présent outil. Les questionnaires suivants ont été consultés :

- Conseil québécois d'agrément, *Questionnaire de la satisfaction de la clientèle*, mars 2004
- M. Gagnon (PRISMA), *Questionnaire sur la satisfaction*
- J. Haggerty, *Primary Care Assessment Questionnaire*
- Agence de développement de réseaux locaux de santé et de services sociaux de Montréal-Centre, *Mesure de la qualité du service dans les organismes de santé et de services sociaux de la région de Montréal-Centre*, avril 2001

La validation du questionnaire a été effectuée au moyen d'un prétest auprès de vingt répondants de langue française et de vingt répondants de langue anglaise. Les évaluateurs ont eu accès à l'enregistrement des entrevues du prétest. Ils auront aussi accès à l'enregistrement fait au cours de l'administration du questionnaire dans sa version finale.

L'analyse des données

Les types de réseaux locaux, déterminés à partir des variables énoncées ci-dessus, permettront donc une analyse selon des variables de base telles que l'étendue de la mission de l'instance locale (nombre de missions), la dynamique administrative instaurée (ancienneté des fusions) et la « captivité » des usagers des services (caractère rural ou urbain des territoires).

En plus des croisements de ces paramètres avec les caractéristiques générales de la population (âge, sexe, etc.), d'autres éléments seront considérés dans l'analyse. Par exemple, nous évaluerons la connaissance des répondants quant aux services existants dans leur territoire et leurs impressions générales sur l'organisation des services et l'accessibilité des services. Une distinction a été effectuée entre les utilisateurs de services et les non-utilisateurs de services. En outre, la variable relative aux services utilisés comprend les services médicaux, les services hospitaliers, l'urgence et les services pouvant être obtenus en CLSC (ou à l'instance locale).

Réalisation du sondage

Le sondage sera effectué à l'interne par le Ministère, à l'exception de la collecte de renseignements. Une firme de sondage effectuera la collecte des données (par téléphone) et sera mise à profit pour l'échantillonnage et la pondération des résultats.

Questionnaire

Introduction :

Bonjour, bonsoir, je suis... de la firme de recherche... Nous avons été mandatés par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour mener un sondage auprès de la population québécoise.

Nous sollicitons votre collaboration afin d'évaluer la perception de la population à l'égard des nouveaux réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS) qui ont été mis en place cette année.

Votre participation demeure facultative, et vos réponses seront traitées de façon confidentielle. Seules les personnes autorisées de notre entreprise et du ministère de la Santé et des Services sociaux auront accès aux données. Aucune donnée personnelle ne sera publiée.

Dans un premier temps, les questions qui vont suivre vont nous renseigner sur votre utilisation et votre connaissance du système de santé et de services sociaux. Pour assurer la qualité de nos travaux, cet appel pourrait être enregistré.

Bloc Commun :

Q_1 Avez-vous un médecin de famille (celui ou celle qui prend la responsabilité de vos soins de santé)?

- 1=*Oui
- 2=*Non->3a
- 9=*NSP/NRP->3a

Q_2 À quelle distance se trouve-t-il de votre domicile?

- 1=Moins d'un km
- 2=De 1 à 5 km
- 3=5 km et plus
- 9=*NSP/NRP

Q_3a Savez-vous où vous adresser pour des prélèvements sanguins (prises de sang)?

- 1=*Oui
- 2=*Non/NSP/NRP->4a

Q_3b Pouvez-vous me nommer le premier endroit où vous vous adresseriez pour des prélèvements sanguins (prises de sang)?

Sondez pour le nom exact si CLSC, hôpital, urgence ou centre de santé.

1=*Clinique médicale

90=*Autre <précisez>

99=*NSP/NRP

Q_4a Savez-vous où vous adresser pour obtenir une vaccination?

1=*Oui

2=*Non/NSP/NRP->5a

Q_4b Pouvez-vous me nommer le premier endroit où vous vous adresseriez pour obtenir une vaccination?

Sondez pour le nom exact si CLSC, hôpital, urgence ou centre de santé.

1=*Clinique médicale

90=*Autre <précisez>

99=*NSP/NRP

Q_5a Savez-vous où vous adresser pour obtenir une consultation pour des problèmes familiaux ou sentimentaux?

1=*Oui

2=*Non/NSP/NRP->6a

Q_5b Pouvez-vous me nommer le premier endroit où vous vous adresseriez pour obtenir une consultation pour des problèmes familiaux ou sentimentaux?

Sondez pour le nom exact si CLSC, hôpital, urgence ou centre de santé.

1=*Clinique médicale

2=*Psychologue

90=*Autre <précisez>

99=*NSP/NRP

Q_6a Savez-vous où vous adresser pour obtenir une consultation médicale?

1=*Oui

2=*Non/NSP/NRP->7a

Q_6b Pouvez-vous me nommer le premier endroit où vous vous adresseriez pour obtenir une consultation médicale?

Sondez pour le nom exact si CLSC, hôpital, urgence ou centre de santé.

1=*Clinique médicale

90=*Autre <précisez>

99=*NSP/NRP

Q_7a Avez-vous utilisé ou fréquenté le réseau de la santé ou des services sociaux pour vous-même ou pour d'autres personnes depuis le premier juillet de cette année (médecins, urgence, CLSC, test diagnostique, Info-Santé)?

1=*Oui

2=*Non->8

9=*NSP/NRP->8

Q_7b Était-ce...

1=Pour recevoir vous-même des services?

1=Pour un de vos enfants?

1=Pour votre conjoint ou un autre membre de votre famille?

1=Pour un proche (ami, voisin, etc.)?

Bloc Non-utilisateurs

Q_8 Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes. Je vais vous demander de répondre en utilisant une échelle de 0 à 10 où 0 veut dire totalement en désaccord et 10, totalement en accord. Vous pouvez choisir n'importe quel chiffre entre 0 et 10.

Vous vous sentez bien renseigné(e) sur les services de santé et les services sociaux que vous pouvez consulter en cas de besoin.

0=*0 totalement en désaccord

1=*1

2=*2

3=*3

4=*4

5=*5

6=*6

7=*7

8=*8

9=*9

10=*10 totalement en accord

99=*NSP/NRP

Q_9 En général, vous pouvez obtenir les services de santé dont vous avez besoin au moment où vous en avez besoin.

0=*0 totalement en désaccord

1=*1

2=*2

3=*3

4=*4

5=*5

6=*6

7=*7

8=*8

9=*9

10=*10 totalement en accord

99=*NSP/NRP

Q_10 En général, les professionnels de la santé et des services sociaux font preuve de sympathie envers les usagers et sont à l'écoute de leurs besoins.

0=*0 totalement en désaccord

1=*1

2=*2

3=*3

4=*4

5=*5

6=*6

7=*7

8=*8

9=*9

10=*10 totalement en accord

99=*NSP/NRP

Bloc Utilisateurs

Q_11 Nous aimerions maintenant obtenir quelques renseignements supplémentaires sur votre propre utilisation et sur votre propre opinion en tant qu'utilisateur des services de santé ou de services sociaux.

Précédemment, vous nous avez mentionné avoir utilisé ou fréquenté le réseau de la santé ou des services sociaux pour vous-même. Depuis le premier juillet, avez-vous utilisé au moins une fois, pour vous-même (sans tenir compte de l'utilisation que vous en avez faite pour une autre personne)...

1=La ligne Info-Santé?

1=Les services d'urgence de l'hôpital?

1=Les services d'une ambulance?

1=Les services sans rendez-vous d'un CLSC?

1=Les services sans rendez-vous d'une clinique médicale?

1=Les services avec rendez-vous d'un CLSC?

1=Les services avec rendez-vous auprès d'un médecin omnipraticien (généraliste) dans un hôpital ou une clinique médicale?

1=Les services avec rendez-vous auprès d'un médecin spécialiste (chirurgien, pédiatre, pneumologue, gynécologue, etc.) dans un hôpital ou une clinique médicale?

1=Un autre service de santé ou service social avec rendez-vous (exemple : centre de réadaptation, centre de jour, hôpital de jour...)?

/*Note : Si oui à « autre service de santé ou service social », poser Q11a*/

Q_11a Lequel précisément?

90=*Autre service <précisez>

99=*NSP/NRP

Q_12 Précédemment, vous nous avez mentionné avoir utilisé ou fréquenté le réseau de la santé ou des services sociaux pour d'autres personnes.

Depuis le premier juillet, avez-vous utilisé au moins une fois, pour d'autres personnes, c'est-à-dire pour votre conjoint, pour un de vos enfants ou pour un proche...

1=La ligne Info-Santé?

1=Les services d'urgence de l'hôpital?

1=Les services d'une ambulance?

1=Les services sans rendez-vous d'un CLSC?

1=Les services sans rendez-vous d'une clinique médicale?

1=Les services avec rendez-vous d'un CLSC?

1=Les services avec rendez-vous auprès d'un médecin omnipraticien (généraliste) dans un hôpital ou une clinique médicale?

1=Les services avec rendez-vous auprès d'un médecin spécialiste (chirurgien, pédiatre, pneumologue, gynécologue, etc.) dans un hôpital ou une clinique médicale?

1=Un autre service de santé ou service social avec rendez-vous (exemple : centre de réadaptation, centre de jour, hôpital de jour...)?

/*Note : Si oui à « autre service de santé ou service social », posez Q12a*/

Q_12a Lequel précisément?

90=*Autre service <précisez>

99=*NSP/NRP

/*Note : Si aucun « oui » à l'un ou l'autre des quatre derniers choix de Q11 et Q12, passez directement à la Q17*/

/*Note : Les questions doivent être posées pour chacun des quatre derniers services où l'on a répondu « oui » à Q11 ou Q12*/

Q_13a Depuis le premier juillet, la dernière fois que vous avez pris rendez-vous dans un CLSC pour <QUI>...

Le rendez-vous a-t-il été obtenu facilement?

1=*Oui

2=*Non

9=*NSP/NRP

Q_13b Le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous était-il raisonnable?

- 1=*Oui
- 2=*Non
- 9=*NSP/NRP

Q_13c Avez-vous été traité(e) avec ponctualité une fois sur les lieux du rendez-vous?

- 1=*Oui
- 2=*Non
- 9=*NSP/NRP

Q_14a Depuis le premier juillet, la dernière fois que vous avez pris rendez-vous avec un médecin omnipraticien (généraliste) dans un hôpital ou une clinique médicale pour <QUI>...

Le rendez-vous a-t-il été obtenu facilement?

- 1=*Oui
- 2=*Non
- 9=*NSP/NRP

Q_14b Le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous était-il raisonnable?

- 1=*Oui
- 2=*Non
- 9=*NSP/NRP

Q_14c Avez-vous été traité(e) avec ponctualité une fois sur les lieux du rendez-vous?

- 1=*Oui
- 2=*Non
- 9=*NSP/NRP

Q_15a Depuis le premier juillet, la dernière fois que vous avez pris rendez-vous avec un médecin spécialiste (chirurgien, pédiatre, pneumologue, gynécologue, etc.) dans un hôpital ou une clinique médicale pour <QUI>...

Le rendez-vous a-t-il été obtenu facilement?

- 1=*Oui
- 2=*Non
- 9=*NSP/NRP

Q_15b Le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous était-il raisonnable?

- 1=*Oui
- 2=*Non
- 9=*NSP/NRP

Q_15c Avez-vous été traité(e) avec ponctualité une fois sur les lieux du rendez-vous?

- 1=*Oui
- 2=*Non
- 9=*NSP/NRP

Q_16a Depuis le premier juillet, la dernière fois que vous avez pris rendez-vous dans un service de santé ou un service social autre qu'un CLSC, un hôpital ou une clinique médicale pour <QUI>...

Le rendez-vous a-t-il été obtenu facilement?

- 1=*Oui
- 2=*Non
- 9=*NSP/NRP

Q_16b Le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous était-il raisonnable?

- 1=*Oui
- 2=*Non
- 9=*NSP/NRP

Q_16c Avez-vous été traité(e) avec ponctualité une fois sur les lieux du rendez-vous?

- 1=*Oui
- 2=*Non
- 9=*NSP/NRP

Q_17 De façon générale, est-il... d'obtenir des services de santé ou des services sociaux quand vous en avez besoin?

- 1=Très facile
- 2=Assez facile
- 3=Assez difficile
- 5=Très difficile
- 9=*NSP/NRP

Q_18 Si vous en avez eu besoin, le personnel du réseau de la santé et des services sociaux que vous avez rencontré vous a-t-il facilité les démarches auprès d'autres établissements, organismes ou professionnels de la santé ou des services sociaux?

- 1=*Oui
- 2=*Non
- 8=*N'en a pas eu besoin
- 9=*NSP/NRP

Bloc Commun

Q_19 Selon-vous, le système de santé remplit-il sa mission de façon...

- 1=Totalement satisfaisante?
- 2=Plutôt satisfaisante?
- 3=Plutôt insatisfaisante?
- 4=Totalement insatisfaisante?
- 9=*NSP/NRP

Bloc Renseignements sur la personne

Q_20 Les dernières questions permettront de regrouper vos réponses avec celles des autres répondants.

Dans quel groupe d'âge vous situez-vous?

- 1=18-24 ans
- 2=25-34 ans
- 3=35-44 ans
- 4=45-54 ans
- 5=55-64 ans
- 6= 65-74 ans
- 7=75 ans et plus
- 99=*NSP/NRP

Q_21 Quelle est la langue que vous avez apprise en premier lieu à la maison dans votre enfance et que vous comprenez encore?

- 1=*Anglais
- 1=*Français
- 1=*Autre

Q_22 Quel est votre code postal?

Q_23

1=*Homme

2=*Femme

Q_FIN Encore une fois, je suis..., et je vous ai appelé(e) pour la maison de recherche...
Au nom du ministère de la Santé et des Services sociaux, je voudrais vous remercier du
temps que vous m'avez consacré. Nous voulons aider les gens à se faire entendre, et votre
opinion est importante pour permettre à... d'y arriver.