



**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

**Évaluation de l'intégration
des services pour les personnes
ayant une déficience physique,
intellectuelle ou un trouble
du spectre de l'autisme (DP, DI-TSA)**

Rédaction :

Ginette Côté et Martin Gravel en collaboration avec Alexandre Tourigny
Direction de l'évaluation

Personnes ayant participé à la collecte et à l'analyse des données :

Christine Lanctôt et Stéphane Aubut
Direction de l'organisation des services en déficience et en réadaptation physique

Évaluation sous la direction :

Éric Fournier
Direction générale adjointe de l'évaluation et de la qualité

Éditique :

Jacinthe Trépanier

Révision linguistique :

Anne Fonteneau

Édition :

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

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

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

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017
Bibliothèque et Archives Canada, 2017

ISBN : 978-2-550-78886-7 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2017

Membres du Comité de suivi*

Membres du réseau de la santé et des services sociaux

Lyne Girard
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
Directrice, DP, DI-TSA

Marie-Josée Collard
CIUSSS de la Capitale-Nationale
Conseillère, DP, DI-TSA

Jacques Fortin
CISSS de la Montérégie-Centre
Directeur, qualité, évaluation, performance, éthique et Lean

Membres de la communauté scientifique

Normand Boucher
Institut universitaire de réadaptation - CIRRI
CIUSSS de la Capitale-Nationale

Marlène Galdin
CRDITED MCQ - Institut universitaire
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Membre d'un comité des usagers

Véronique Vézina
CIUSSS de la Capitale-Nationale
Présidente du Comité des usagers

Autres commentaires

Daniel Garneau
Directeur de l'organisation des services en déficience et en réadaptation physique
MSSS

* Les affiliations des membres du comité de suivi indiquées sont celles qui prévalaient au moment de la constitution du comité.

Remerciements

Nous tenons à remercier cordialement toutes les personnes qui ont contribué à cette évaluation. En premier lieu, nos remerciements s'adressent aux usagers qui nous ont autorisés à consulter leurs dossiers cliniques et nous ont accordé une entrevue téléphonique sur leur expérience des services reçus.

Nous remercions de manière particulière les six directeurs des programmes-services déficience physique (DP), déficience intellectuelle (DI) et trouble du spectre de l'autisme (TSA), et leurs proches collaborateurs, qui nous ont offert leur soutien et leur temps pour mener à bien la collecte de données sur le terrain. Nous sommes également très reconnaissants envers les archivistes pour tout le travail qu'elles ont accompli. Nous remercions aussi toutes les personnes rencontrées lors des entrevues et des groupes de discussion (gestionnaires, intervenants et partenaires). Enfin, les commentaires éclairés des membres du Comité de suivi ont permis de bonifier l'ensemble du rapport. Merci pour leur apport.

Table des matières

Remerciements.....	III
Table des matières.....	IV
Liste des tableaux.....	V
Liste des graphiques.....	VI
Liste des acronymes.....	VII
Résumé.....	VIII
Introduction	1
Section 1 – Le contexte	2
Section 2 – L’objet d’évaluation : l’intégration des services en DP, DI-TSA.....	3
Section 3 – La démarche d’évaluation.....	5
Section 4 – Les résultats.....	7
4.1 Perspective organisationnelle	7
4.2 Perspective de l’usager.....	25
4.3 Résultats par profil clinique	41
Section 5 – Pistes d’amélioration et recommandations.....	45
Section 6 – Conclusion	48
Références.....	49
Annexe 1 : Les programmes-services en DP et en DI-TSA : brève description	52
Annexe 2 : Les enseignements tirés des travaux de la DOSDRP	54
Annexe 3 : Notes méthodologiques.....	56
Annexe 4 : Perspective organisationnelle – Dimensions de l’intégration des services	59
Annexe 5 : Perspective de l’usager – Dimensions de l’intégration des services	60
Annexe 6 : Typologie des irritants – Entrevues téléphoniques	61
Annexe 7 : Typologie des irritants – Collecte aux dossiers cliniques.....	63
Annexe 8 : Résultats détaillés de la perspective de l’usager par profil.....	64

Liste des tableaux

Tableau 1	Constats et recommandations pour le MSSS et les établissements	X
Tableau 2	Signification des cotes	6
Tableau 3	Échelle d'évaluation des réponses quantitatives	25
Tableau 4	Échelle d'évaluation des réponses qualitatives	25
Tableau 5	Résultats pour la dimension 1 transmission et utilisation de l'information clinique relative à l'usager selon le site évalué	27
Tableau 6	Résultats pour la dimension 2 besoins de l'usager selon le site évalué	29
Tableau 7	Résultats pour la dimension 3 fluidité du cheminement de l'usager selon le site évalué	31
Tableau 8	Résultats pour la dimension 4 accompagnement de l'usager selon le site évalué	33
Tableau 9	Résultats pour la dimension 5 options de services disponibles pour l'usager selon le site évalué	35
Tableau 10	Résultats pour la dimension 6 accessibilité aux services selon le site évalué	37
Tableau 11	Résultats pour la dimension 7 expérience de l'usager des services reçus selon le site évalué	39
Tableau 12	Échelle d'évaluation des réponses quantitatives – Évaluation globale des besoins	58
Tableau 13	Opérationnalisation de la dimension 1	58
Tableau 14	Dimensions de la perspective organisationnelle de l'intégration des services	59
Tableau 15	Dimensions de la perspective de l'usager de l'intégration des services	60
Tableau 16	Description des différents types d'irritants relevés par les usagers lors des entrevues téléphoniques selon les dimensions de la perspective de l'usager	61
Tableau 17	Description des différents types d'irritants relevés aux dossiers cliniques par les évaluateurs selon les dimensions de la perspective de l'usager.....	63
Tableau 18	Résultats pour la dimension 1 transmission et utilisation de l'information clinique relative à l'usager selon le profil clinique	64
Tableau 19	Résultats pour la dimension 2 besoins de l'usager selon le profil clinique	64
Tableau 20	Résultats pour la dimension 3 fluidité du cheminement de l'usager selon le profil clinique	65
Tableau 21	Résultats pour la dimension 4 accompagnement de l'usager selon le profil clinique	65
Tableau 22	Résultats pour la dimension 5 options de services disponibles pour l'usager selon le profil clinique	66
Tableau 23	Résultats pour la dimension 6 accessibilité aux services selon le profil clinique	66
Tableau 24	Résultats pour la dimension 7 expérience de l'usager des services reçus selon le profil clinique	67

Liste des graphiques

Graphique 1	Graphique en radar de tous les sites évalués pour la dimension 1 système d'information, transfert, communication et accès à l'information	9
Graphique 2	Graphique en radar de tous les sites évalués pour la dimension 2 culture organisationnelle et leadership	11
Graphique 3	Graphique en radar de tous les sites évalués pour la dimension 3 engagement à offrir des services intégrés	13
Graphique 4	Graphique en radar de tous les sites évalués pour la dimension 4 organisation clinique	15
Graphique 5	Graphique en radar de tous les sites évalués pour la dimension 5 développement des compétences	17
Graphique 6	Graphique en radar de tous les sites évalués pour la dimension 6 incitatifs à l'utilisation optimale des ressources	19
Graphique 7	Graphique en radar de tous les sites évalués pour la dimension 7 qualité et évaluation des services	21
Graphique 8	Graphique en radar de tous les sites évalués pour la dimension 8 accent mis sur le rôle des usagers	23
Graphique 9	Graphiques en radar de tous les sites évalués pour la perspective organisationnelle.....	24
Graphique 10	Graphiques en radar de tous les sites évalués pour la perspective de l'utilisateur	40
Graphique 11	Graphique en radar des usagers TSA pour la perspective de l'utilisateur	41
Graphique 12	Graphique en radar des usagers DL pour la perspective de l'utilisateur	42
Graphique 13	Graphique en radar des usagers DI pour la perspective de l'utilisateur	43
Graphique 14	Graphique en radar des usagers DM pour la perspective de l'utilisateur	44

Liste des acronymes

AVC	Accident vasculo-cérébral
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CPE	Centre de la petite enfance
CR	Centre de réadaptation
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CRDITED	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement
DI	Déficience intellectuelle
DL	Déficience du langage
DM	Déficience motrice
DOSDRP	Direction de l'organisation des services en déficience et en réadaptation physique
DP	Déficience physique
DQÉPÉ	Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique
HPS	Heures de prestation de services
I-CLSC	Système d'information clientèle en CLSC
JED	Jeunes en difficulté (programme-service)
LMRSSS	Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences
OÉMC	Outil d'évaluation multiclientèles
PI	Plan d'intervention
PII	Plan d'intervention interdisciplinaire
Plan d'accès	Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience
PPH	Processus de production du handicap
PSI	Plan de services individualisé
PSIAS	Plan de services individualisé et d'allocation de services
RLS	Réseau local de services
RSI	Réseau de services intégrés
RSIPA	Réseau de services intégrés personnes adultes (solution informatique)
RTS	Réseau territorial de services
SAD	Soutien à domicile
SAF	Soutien à la famille (programme financier)
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SEP	Sclérose en plaques
SIPAD	Système d'information pour les personnes ayant une déficience
SIRTF	Système d'information sur les ressources intermédiaires et de type familial
TSA	Trouble du spectre de l'autisme

Résumé

Cette évaluation fait suite aux différents bilans et évaluations dans le domaine de la déficience physique (DP), de la déficience intellectuelle (DI) et du trouble du spectre de l'autisme (TSA) ainsi qu'aux travaux ministériels entrepris au cours des dernières années. Elle s'inscrit également dans le contexte plus large de la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux initiée par la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, loi qui remet la notion d'intégration des services au cœur des préoccupations.

Cette restructuration présente certaines singularités, dont celle d'intégrer des établissements qui avaient échappé jusque-là aux différentes vagues de fusion, en l'occurrence, les centres de réadaptation (CR). Une autre particularité concerne l'organisation des services en DP et en DI-TSA, maintenant regroupés dans une même direction, et ce, peu importe le modèle d'organigramme choisi à ce niveau. À cela s'ajoute le fait que, dans certains cas, les missions CR relèvent d'un autre centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou d'un autre centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS). La combinaison de ces éléments implique de construire de nouveaux arrimages intra, interprogrammes et interrégionaux en plus d'ouvrir également la voie à une redéfinition des modalités de collaboration avec les partenaires sectoriels et intersectoriels des réseaux territoriaux de services (RTS).

Objectifs et méthodologie

L'objectif principal de l'évaluation est d'analyser l'intégration des services offerts aux personnes ayant une déficience afin de soutenir la prise de décision et de donner aux établissements des leviers d'action.

Les objectifs spécifiques visent à :

- Documenter la manière dont s'actualisent le réseau de services intégrés (RSI) et les liens de collaboration entre les acteurs du RTS au regard de la réorganisation du réseau.
- Mettre au jour les enjeux et les éléments qui facilitent ou contraignent l'intégration des services pour les personnes ayant une déficience (incluant TSA).
- Proposer une démarche aux établissements quant à l'évaluation de l'intégration de leurs services offerts aux personnes ayant une déficience (incluant TSA).

La stratégie d'évaluation s'appuie sur une démarche terrain dans six CISSS ou CIUSSS et sur deux temps de mesure, l'un en 2016 et l'autre est prévu en 2019. Ce deuxième temps de mesure permettra de constater le chemin parcouru par les organisations et d'évaluer toute la portée des efforts effectués en vue d'améliorer les services aux personnes ayant une DP, une DI ou un TSA. Cette deuxième mesure permettra également de fournir une réponse plus complète aux objectifs de l'évaluation et notamment en ce qui concerne le troisième objectif.

La collecte de données s'est déroulée au printemps 2016. La démarche s'articule autour de deux perspectives, l'une relevant de l'organisation, l'autre, de l'usager. L'analyse de la perspective organisationnelle est fondée sur des entrevues et des groupes de discussion auprès de gestionnaires, d'intervenants et de partenaires (230 personnes). La perspective de l'usager, elle, repose sur la reconstruction d'itinéraires d'utilisateurs à partir des dossiers cliniques et d'entrevues téléphoniques auprès d'eux (91 usagers). La combinaison de ces deux perspectives constitue l'originalité et la force de cette démarche. De plus, les enseignements tirés de cette évaluation pourront servir à l'ensemble des programmes-services, puisqu'ils mettent en exergue les composantes de l'intégration des services.

Les résultats

Dans l'ensemble, les résultats concernant la perspective organisationnelle démontrent peu de variation et sont pour la plupart insatisfaisants. Cette situation s'explique par les transformations majeures vécues par les organisations et par les ajustements nécessaires pour améliorer l'intégration des services. Toutefois, l'évaluation démontre que tous les sites évalués sont en action et que les démarches entreprises tendent vers une meilleure intégration des services, même si chacun d'entre eux peut avoir privilégié des approches, des stratégies ou des actions différentes pour y arriver.

Ainsi, des points forts et communs à tous ont été relevés :

- Le message des directions DP, DI-TSA insiste sur le fait que « ce n'est plus mon client, ton client, c'est maintenant NOTRE client » et qu'« il n'y a plus de 1^{re} et de 2^e lignes ».
- La volonté d'offrir des services mieux intégrés est partagée par tous les acteurs.
- Les litiges, auparavant arbitrés par les agences de la santé et des services sociaux, sont réglés plus facilement et rapidement entre les directeurs, puisqu'ils font tous partie de la même organisation.
- Des gains sont rapportés pour les usagers, en matière d'accessibilité et de fluidité des services, pour les « cas complexes » qui nécessitent une collaboration plus étroite entre les différentes missions de l'établissement ou les programmes-services.
- Les travaux qui balisent l'arrimage interdirections et le décloisonnement des programmes sont entrepris.
- Des mécanismes d'évaluation et de suivi de la performance sont présents partout.

Les résultats concernant la perspective de l'utilisateur sont généralement satisfaisants, et les points forts retenus sont les suivants :

- Les usagers jugent en grande majorité que les services reçus répondent à leurs besoins.
- Les besoins des usagers sont généralement identifiés aux dossiers cliniques.
- Les usagers rapportent peu de duplication entre les évaluations ou les questionnaires.
- Autant les usagers que les évaluateurs constatent un bon niveau de continuité relationnelle entre les usagers et les intervenants.
- La majorité des usagers juge avoir accès à de l'information claire, adaptée et facile à comprendre sur leurs services, leur état ou leur situation.
- Une grande part des usagers jugent leur expérience des services très positive.

Parallèlement à ces points forts, le rapport contient 14 recommandations s'adressant au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et aux établissements, qui s'appuient sur l'analyse croisée des deux perspectives. De plus, des actions prioritaires sont identifiées pour les établissements afin de tendre vers une meilleure intégration des services.

Les constats et les recommandations, présentés au tableau 1, visent à soutenir l'amélioration des services pour les usagers ayant une DP, une DI ou un TSA. Ils visent également à fournir des pistes d'action pour faire contrepoids aux lacunes organisationnelles en matière d'intégration des services, souvent compensées par le personnel, et qui font en sorte que les usagers ne subissent pas tous les désagréments liés à une intégration insuffisante.

Bien que les deux perspectives aient contribué au développement des constats et des recommandations, le tableau 1 a été structuré selon la perspective organisationnelle, les leviers d'une meilleure intégration se situant dans les organisations. La perspective de l'utilisateur fait davantage état de résultats concrets, pour les usagers, des différents mécanismes en place, et une meilleure intégration des services devrait améliorer ces résultats.

TABLEAU 1

Constats et recommandations pour le MSSS et les établissements**Dimension 1 : Système d'information, transfert, communication et accès à l'information**

Constats	Recommandation issue de l'analyse des deux perspectives pour le MSSS :
- Présence de plusieurs systèmes d'information qui ne communiquent pas entre eux; - Variabilité dans la consignation des données qui alimentent ces systèmes; - Présence de plusieurs erreurs de codification, principalement pour la mission CLSC; - Méconnaissance de I-CLSC par les cadres; - Difficultés dans la comparaison et le suivi des données; - Mauvaise circulation des dossiers cliniques entre les installations; - Critères d'admissibilité jugés parfois très restrictifs en CR; - Répétitions fréquentes de leur histoire par les usagers; - Problèmes de communication entre installations; - Difficultés éprouvées par les partenaires lors des références et du transfert d'information.	Que le MSSS mette en place des mécanismes qui facilitent le jumelage des bases de données, notamment I-CLSC, SIPAD et RSIPA.
Constats	Recommandation issue de l'analyse des deux perspectives pour les établissements :
	Que les établissements, en considérant les enjeux de confidentialité et avec l'aide du service des archives, mettent en place des mécanismes qui facilitent la libre circulation des dossiers cliniques entre les intervenants, les installations de l'établissement et les autres établissements du réseau, le cas échéant.
Constats	Actions prioritaires pour les établissements :
	- Appropriation de l'utilisation de I-CLSC par les cadres afin de mieux comprendre les enjeux qui s'y rattachent. - Harmonisation, vérification régulière et suivi minutieux de la codification tant dans la mission CLSC (attention particulière pour le soutien à domicile [(SAD), SAPA et JED]) que dans les missions CR. - Révision des mécanismes de référence intra et interprogrammes incluant la révision des critères d'admission en CR. - Partage des nouveaux mécanismes de référence avec les partenaires. - Arrimage avec les équipes des ressources informationnelles pour appuyer les équipes DP, DI-TSA.

Dimension 2 : Culture organisationnelle et leadership

Constats	Actions prioritaires pour les établissements :
- Chefs de programmes issus majoritairement des CR; - Gestion à distance accrue (étendue des territoires); - Perte de repères et état de déséquilibre engendrés par la réorganisation pour plusieurs acteurs rencontrés; - Changements d'ordre administratif plutôt que clinique et qui demeurent théoriques pour les intervenants; - Variation de l'adhésion à la vision et aux changements proposés selon le type d'acteurs rencontrés; - Partenaires peu informés des changements.	- Appropriation de la mission CLSC par les cadres. - Poursuite de l'organisation des services en DP, DI-TSA, incluant l'intégration harmonieuse des équipes en provenance d'autres programmes-services, notamment avec SAPA et JED. - Poursuite de la transmission de la vision de l'intégration des services auprès des intervenants ancrée sur des projets concrets et centrés sur les besoins des usagers. - Diffusion en continu de l'information aux partenaires sectoriels et intersectoriels afin d'expliquer les changements en cours et à venir, et ce, en vue de développer une vision et un langage communs.

Dimension 3 : Engagement à offrir des services intégrés

Constats	Recommandation issue de l'analyse des deux perspectives pour le MSSS :
- Connaissance limitée du Plan d'accès qui se résume aux délais d'accès; - Implantation partielle des mécanismes du réseau de services intégrés, notamment : - Intervenant-pivot; - Plan d'intervention; - Guichet d'accès unique; - Évaluation globale des besoins. - Difficultés d'accès aux services notés par les usagers; - Nombreux problèmes en lien avec la quantité ou l'inadaptation des services offerts en fonction des besoins relevés par les usagers; - Suspension de plusieurs mécanismes de concertation; - Consensus régionaux et inter CISSS et CIUSSS à reconstruire.	Que le MSSS renforce la compréhension et l'application du Plan d'accès et des mécanismes du réseau de services intégrés (RSI) par les établissements et s'assure d'un suivi rigoureux et systématique des différents mécanismes.
Constats	Recommandations issues de l'analyse des deux perspectives pour les établissements :
	- Que les rôles et les responsabilités attendus des intervenants-pivots soient connus et compris par l'ensemble des intervenants en DP, DI-TSA et par ceux des autres programmes. - Que de nouveaux moyens soient explorés pour que l'utilisateur connaisse l'identité de son intervenant-pivot et ses responsabilités. - Que tous les usagers aient un plan d'intervention au dossier. - Que le guichet unique soit implanté, qu'il réunisse toute l'expertise nécessaire sur l'ensemble de la gamme de services et qu'il informe l'utilisateur des services auxquels il peut avoir accès selon ses besoins. - Que l'évaluation globale des besoins soit réalisée systématiquement pour tous les usagers et que les informations pertinentes soient utilisées par les différents acteurs des établissements afin d'éviter la répétition des évaluations.
Constats	Actions prioritaires pour les établissements :
	- Réappropriation du Plan d'accès, ce qui implique une compréhension commune des mécanismes du RSI. - Élaboration de trajectoires de services. - Reprise du dialogue avec les partenaires concernant la reconfiguration des tables de concertation, la révision des ententes de collaboration et les projets conjoints.

Constats et recommandations pour le MSSS et les établissements

Dimension 4 : Organisation clinique

Constats - Persistance du travail en silo; - Rôles et responsabilités flous entre les services spécifiques et les services spécialisés; - Méconnaissance ou insuffisance des services offerts en mission CLSC; - Flou autour de la notion d'épisode de service; - Collaboration interprogramme en redéfinition; - Chevauchement entre des services de nature semblable; - Plusieurs ruptures de service relevées par les évaluateurs; - Tensions entre la volonté d'une plus grande mobilité du personnel et le maintien d'une expertise suffisante pour les services spécialisés.	Recommandation issue de l'analyse des deux perspectives pour le MSSS : - Que le MSSS rende disponible rapidement l'offre de service en DP, DI-TSA afin de soutenir les directions dans l'organisation de leurs services. Recommandation issue de l'analyse des deux perspectives pour les établissements : - Que la redéfinition des tâches en services spécifiques et spécialisés soit faite en tenant compte du niveau d'expertise requis des intervenants pour les effectuer, tout en limitant au maximum les zones de chevauchements possibles. Actions prioritaires pour les établissements : - Clarification des rôles et des responsabilités des différents programmes et missions, ce qui facilitera l'harmonisation des pratiques et le travail conjoint. - Orientation des usagers vers le bon programme-service sur la base de leurs besoins plutôt que sur leur diagnostic ou sur leur âge (moins de 18 ans ou plus de 65 ans).
--	---

Dimension 5 : Développement des compétences

Constats - Diminution du nombre et du rythme des formations; - Très peu de formations communes entre les intervenants des différentes missions; - Transfert de connaissances et partage d'expertise demeurent des activités marginales; - Absence de formation sur l'intégration des services.	Recommandation issue de l'analyse des deux perspectives pour le MSSS : - Que le MSSS coordonne l'offre de formation selon les nouvelles modalités mises en œuvre dans le cadre de la formation continue partagée et veille au développement d'une formation sur l'intégration des services. Actions prioritaires pour les établissements : - Mise en œuvre du plan de développement des compétences qui favorise les interactions entre les intervenants des différentes missions. - Développement d'activités de transfert de connaissances accessibles aux intervenants des différentes missions.
--	--

Dimension 6 : Incitatifs à l'utilisation optimale des ressources; et Dimension 7 : Qualité et évaluation des services

Constats - Diversité des mécanismes de régulation et de suivi de la performance; - Décalage entre les effets recherchés par la mesure de la performance et ce qu'ils produisent sur le terrain; - Tensions entre l'efficacité, l'efficience et la qualité des services; - Inquiétudes en lien avec le redéploiement des ressources humaines en vue d'une utilisation optimale des ressources; - Initiatives timides de partage des ressources.	Recommandation issue de l'analyse des deux perspectives pour le MSSS : - Que le MSSS communique à son réseau une vision claire de ce qu'est la performance et de ses attentes dans ce domaine, et s'appuie sur les travaux déjà réalisés quant à l'évaluation de la performance en déficience physique en vue de produire rapidement un tableau de bord. Recommandation issue de l'analyse des deux perspectives pour les établissements : - Que la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique, la Direction des soins infirmiers et la Direction des services multidisciplinaires collaborent au développement des outils d'évaluation de la performance en lien avec le Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système de santé et de services sociaux. Actions prioritaires pour les établissements : - Suivi accru de la performance des services offerts en mission CLSC. - Poursuite des suivis et harmonisation des mécanismes de contrôle de la qualité pour l'ensemble des trois missions, tout en s'assurant que ces exercices fassent du sens pour les intervenants.
---	--

Dimension 8 : Accent mis sur le rôle des usagers

Constats - Méconnaissance de la notion d'utilisateur-partenaire; - Faible implication des usagers dans l'organisation des services; - Écart entre le discours centré sur l'utilisateur et le rôle réel qu'il joue dans son parcours de soins et de services; - Diversité des approches d'interventions, autant entre DP et DI-TSA qu'entre les missions CLSC et CR, allant de la prise en charge complète à l'autodétermination; - Disparité de l'offre pour les services spécifiques en fonction des réseaux locaux de service.	Recommandation issue de l'analyse des deux perspectives pour le MSSS : - Que le MSSS diffuse auprès de son réseau un Cadre de référence sur le partenariat avec l'utilisateur et ses proches et fournisse les outils nécessaires à l'appropriation du concept. Actions prioritaires pour les établissements : - Amélioration pour toutes les missions de la compréhension commune des notions d'autodétermination et d'utilisateur-partenaire pour mettre ces concepts en application et améliorer l'expérience de l'utilisateur. - Harmonisation de l'offre de service en prenant en compte les différents sous-territoires et profils de la population. - Sensibilisation auprès des usagers afin qu'ils puissent exercer pleinement leurs rôles et leurs responsabilités.
---	--

Introduction

Les programmes-services déficience physique (DP), déficience intellectuelle (DI) et trouble du spectre de l'autisme (TSA) s'adressent aux personnes de tous âges dont la condition entraîne des incapacités significatives et persistantes. Ces programmes regroupent un ensemble de services qui visent à développer et à maintenir les capacités de ces usagers, à compenser leurs incapacités, à favoriser leur autonomie et à soutenir leur pleine participation sociale. Les services visent aussi à soutenir leur famille et leurs proches et sont offerts par une multitude d'acteurs qui œuvrent dans divers lieux et relèvent notamment des missions des centres locaux de services communautaires (CLSC) et des centres de réadaptation (CR, qui incluent les CRDP et les CRDITED)[†].

Le mandat d'évaluation formulé conjointement par la Direction de l'organisation des services en déficience et en réadaptation physique (DOSDRP) et la Direction de l'évaluation, porte sur l'intégration des services offerts aux personnes ayant une DP, une DI ou un TSA. Soulignons que cette intégration vise à améliorer la qualité des soins et des services, la qualité de vie et la satisfaction des usagers ainsi que l'efficacité du système pour les personnes aux prises avec des problèmes complexes et à long terme. Cette évaluation cible donc les mécanismes du réseau de services intégrés (RSI) à mettre en place dans le contexte de la nouvelle dynamique de collaboration initiée par les récents changements législatifs.

Afin de prendre en compte la période nécessaire à l'approvisionnement des changements tant administratifs que cliniques par les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux (réseau), il a été convenu qu'une première collecte de données (Temps 0 ou T0) serait effectuée au printemps 2016, soit 1 an après la mise en œuvre de la réorganisation du réseau. Une deuxième collecte de données est également prévue (Temps 1 ou T1) environ 3 ans plus tard, dans le but d'évaluer le chemin parcouru par les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) quant à l'intégration des services dans le domaine de la déficience.

Ce rapport présente les premiers résultats d'évaluation et s'adresse aux autorités ministérielles, et plus particulièrement aux équipes de direction en DP, DI-TSA des établissements. De plus, les enseignements tirés de cette évaluation pourront servir à l'ensemble des programmes-services, puisqu'ils mettent en exergue les dimensions jugées essentielles à l'intégration des services.

Ce document est composé de six sections. La première section rappelle le contexte dans lequel évoluent les programmes en déficience et les raisons de leur évaluation. La deuxième section positionne l'intégration des services par rapport aux mécanismes inhérents d'un RSI et à sa mise en œuvre. La troisième section décrit succinctement les objectifs et la démarche d'évaluation. La quatrième section constitue le cœur du rapport et présente l'analyse des données selon deux perspectives, l'une relevant de l'organisation, l'autre de l'utilisateur. La perspective de l'utilisateur présente également les résultats en fonction de différents profils cliniques d'utilisateurs sélectionnés. Les pistes d'amélioration et les recommandations pour le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et le réseau sont formulées à la cinquième section. En guise de conclusion, la sixième section rappelle les questions d'évaluation. Enfin, la lecture des annexes facilite l'approfondissement de certains aspects abordés plus haut.

[†] Bien que le programme-services s'appelle dorénavant Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA), le nom des anciens établissements a été conservé, soit centre de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement (CRDITED).

Section 1 – Le contexte

Cette évaluation fait suite aux différents bilans et évaluations dans le domaine de la déficience ainsi qu'aux travaux entrepris par la DOSDRP au cours des dernières années et s'inscrit dans le contexte plus large de la réorganisation du réseau. Il faut noter qu'afin de guider les travaux, une description et un modèle logique des programmes-services DP et DI-TSA ont été produits et sont présentés à l'annexe 1.

Ainsi, plusieurs orientations ou démarches ministérielles, politiques ou plans d'action, dont certains datent du début des années 2000, insistaient déjà sur l'importance de la continuité, de l'intégration et de la coordination des services offerts aux personnes ayant une déficience¹⁻⁶ (voir l'annexe 2). Tous ces travaux convergent vers la nécessité d'une meilleure intégration des services, notamment par la mise en place d'un RSI pour les personnes ayant une déficience et par la volonté de développer une méthode pour évaluer l'intégration des services.

Par ailleurs, la réorganisation du réseau est principalement enchâssée dans la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences (RLRQ, chapitre O-7.2)[†] (LMRSSS). Cette réorganisation s'appuie sur un certain nombre de constats, dont la difficulté d'accès aux services, leur manque d'uniformité, la complexité des parcours de soins pour les usagers, l'échange d'information clinique difficile, la lourdeur bureaucratique et l'optimisation à poursuivre⁷. À la lumière de ces différents constats, c'est l'intégration des services offerts à la population qui est ciblée.

Cette restructuration présente certaines singularités, dont celle d'intégrer des établissements qui avaient échappé jusque-là aux différentes vagues de fusion. C'est le cas pour l'ensemble des CR incluant ceux qui offrent des services aux personnes ayant une déficience. Auparavant « partenaires » des réseaux locaux de services (RLS), les anciens établissements maintenant fusionnés qu'étaient les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et les CR exercent des « missions » différentes, mais à présent sous une même gouverne.

Une autre particularité de la restructuration touche également le domaine de la déficience. En effet, peu importe le modèle d'organigramme choisi par les CISSS ou CIUSSS, les deux programmes-services font désormais partie d'une même direction. Rappelons que, selon le choix des anciens CSSS, les programmes DP et DI-TSA pouvaient relever de deux directions différentes, d'une même direction ou encore être jumelés à un autre programme-services (p. ex. : DP avec le programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) et DI-TSA avec le programme Jeunes en difficulté (JED)).

Cela implique des changements majeurs dans l'organisation des services à l'intérieur même des directions DP, DI-TSA, et de nouveaux arrimages intra et interprogrammes sont à construire. La réorganisation proposée ouvre également la voie à une redéfinition des modalités de collaboration avec les partenaires sectoriels et intersectoriels du réseau territorial de service (RTS).

[†] Le Projet de loi n° 28 Loi concernant principalement la mise en œuvre de certaines dispositions du discours sur le budget du 4 juin 2014 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2015 2016, et l'entente récemment convenue avec les médecins omnipraticiens et spécialistes font également partie des éléments majeurs de cette réorganisation.

Section 2 – L’objet d’évaluation : l’intégration des services en DP, DI-TSA

L’intégration des services en DP et en DI-TSA constitue l’objet de cette évaluation. Dans cette section, l’intégration des services est considérée comme la résultante des mécanismes d’un réseau de services intégrés (RSI) et de la nécessaire collaboration pour qu’ils soient mis en œuvre.

Le réseau de services intégrés : ses mécanismes

Le RSI inclut l’ensemble des mécanismes et des processus qui facilitent le développement d’une gamme complète et disponible de soins et de services de qualité, organisée et coordonnée sur un territoire donné par un ensemble d’organisations et d’acteurs interreliés et complémentaires. Ces mécanismes visent à assurer la mise en place de conditions et d’un environnement propices à la prestation d’un continuum de services de manière personnalisée, équitable, efficace et efficiente en réponse aux besoins prioritaires des personnes ayant une déficience, de leur famille et de leurs proches⁸⁻¹⁰.

La plupart de ces mécanismes sont en cours d’implantation en DP et en DI-TSA, notamment le guichet unique, les mesures d’appoint, les mesures supplétives, le recours à un intervenant-pivot, le recours à un plan d’intervention (PI) ou à un plan de services individualisé (PSI) et les questionnaires d’accès.

Les mécanismes du RSI constituent la base qui permet l’amélioration de l’intégration des services, mais elle est insuffisante pour atteindre cet objectif. Il est primordial que les différents acteurs s’approprient cette base, l’animent et collaborent afin qu’elle puisse tenir ses promesses.

Le réseau de services intégrés : sa mise en œuvre

La collaboration entre les organisations (intra et inter CISSS ou CIUSSS) et les acteurs est considérée comme l’ingrédient essentiel de la mise en œuvre des mécanismes du réseau de services intégrés¹¹⁻¹³.

Différentes définitions et une grande variété de termes (coopération, partenariat, concertation, coordination, etc.) sont utilisés pour parler du travail collaboratif. Dans le contexte de cette évaluation, la notion de collaboration est retenue comme terme générique. Cette notion englobe les autres termes, qui font souvent référence à la plus ou moins grande formalisation des relations entre des acteurs individuels (les intervenants) ou collectifs (les organisations)¹⁴.

La collaboration est définie comme « l’ensemble des actions menées conjointement par des intervenants, des gestionnaires ou des dirigeants d’une ou de plusieurs unités de production [les organisations] en vue d’atteindre un résultat concret »¹⁵, la mise en œuvre d’un RSI, par exemple. La collaboration entre les acteurs est également nécessaire pour résoudre des problèmes communs ou certains aspects de ces problèmes, puisque chacun d’eux en assume les conséquences, mais qu’aucun ne détient à lui seul les leviers nécessaires pour y répondre adéquatement.

Il y a donc dans la notion de collaboration une volonté d’agir et d’interagir qui fait appel notamment aux notions de leadership, de partage d’expertise et de ressources, de vision commune, de connaissance et de confiance entre les acteurs ainsi qu’à la formalisation d’ententes entre les organisations¹⁶.

L'intégration des services

L'intégration est la combinaison des mécanismes du RSI et de la collaboration des acteurs impliqués. Afin d'évaluer l'intégration des services, il est nécessaire d'étudier ces deux facettes. La présence de mécanismes du RSI ne garantit pas plus l'intégration optimale des services qu'une très bonne collaboration entre les acteurs. Ces deux éléments sont essentiels à l'atteinte de cet objectif.

L'intégration des services de santé et des services sociaux est une priorité du MSSS depuis plusieurs années. L'intérêt porté à ce concept est grandissant et ne se limite pas au Québec. Partout, dans les sociétés développées, le vieillissement de la population, l'augmentation de la proportion de personnes aux prises avec des problèmes chroniques ou complexes nécessitant des soins et des services à plus long terme, et l'engagement à contrôler la croissance des dépenses publiques, font de l'intégration des services un enjeu majeur. Ajoutons que la spécialisation et la division du travail dans les systèmes de santé et de services sociaux ont entraîné, entre autres, la fragmentation des services, le cloisonnement des organisations, les chevauchements et les doublages de services : autant de difficultés auxquelles il est impératif de remédier¹⁷⁻¹⁹.

Il existe une abondante littérature concernant l'intégration des services. S'il n'existe pas de définition commune, certains concepts gravitent toujours autour de cette notion d'intégration : « tout le long du continuum, coordination, complémentarité, continuité, vision unifiée et systémique »¹⁸. La définition suivante est retenue aux fins de cette évaluation.

[Traduction[§]] L'intégration est un ensemble cohérent de méthodes qui mobilisent des modèles de financement et d'organisation administrative et clinique de la prestation des soins visant à créer davantage de liens, d'alignement et de collaboration à l'intérieur des secteurs de la santé et des services sociaux et entre eux. L'objectif de ces méthodes est d'améliorer la qualité des soins et des services, la qualité de vie et la satisfaction des usagers ainsi que l'efficacité du système pour les patients aux prises avec des problèmes complexes et à long terme qui impliquent plusieurs acteurs (organisations et intervenants) et qui requièrent des arrangements particuliers²⁰.

La littérature souligne également que l'intégration ne repose pas sur un seul mécanisme, mais sur la combinaison d'un grand nombre d'activités intégrées qui se réalisent à différents niveaux²³. L'intégration des services semble donc la solution à mettre en œuvre afin de contrer les dysfonctionnements des systèmes mentionnés plus haut, en vue d'améliorer à la fois l'expérience de soins et de services des usagers et la performance globale du système. Ultimement, les résultats de l'intégration des services devraient se refléter par une amélioration des services pour la population notamment en matière d'accessibilité, de qualité et d'utilisation optimale des services.

Toutefois, si les études tendent à démontrer que l'intégration des services contribue à l'amélioration de la qualité des services, à ce jour, les données sont insuffisantes pour estimer l'impact économique net^{19, 21}. La possibilité est également soulevée que l'intégration des services ne soit efficace que pour certaines populations et que, dans le cas des populations vulnérables, les résultats pourraient prendre beaucoup de temps à se matérialiser²².

[§] Integration is a coherent set of methods and models on the funding, administrative, organisational, service delivery and clinical levels designed to create connectivity, alignment and collaboration within and between the cure and care sectors. The goal of these methods and models is to enhance quality of care and quality of life, consumer satisfaction and system efficiency for patients with complex, long-term problems cutting across multiple services, providers and settings.

Section 3 – La démarche d'évaluation

L'objectif principal de l'évaluation est d'analyser l'intégration des services offerts aux personnes ayant une déficience afin de soutenir la prise de décision et de donner aux établissements des leviers d'action.

Les objectifs spécifiques visent à :

- Documenter la manière dont s'actualisent le réseau de services intégrés (RSI) et les liens de collaboration entre les acteurs du RTS au regard de la réorganisation du réseau.
- Mettre au jour les enjeux et les éléments qui facilitent ou contraignent l'intégration des services pour les personnes ayant une déficience (incluant TSA).
- Proposer une démarche aux établissements quant à l'évaluation de l'intégration de leurs services offerts aux personnes ayant une déficience (incluant TSA).

Les questions d'évaluation :

- Les démarches entreprises par les établissements favorisent-elles l'intégration des services en DP et en DI-TSA?
- La nouvelle structure et les orientations ministérielles en DP et en DI-TSA favorisent-elles une meilleure réponse aux besoins prioritaires identifiés aux différents plans de services?
- Comment les différents volets de l'expérience usager ont-ils évolué à la suite des démarches liées à l'intégration des services?

Notons que les réponses à ces différentes questions seront partielles au T0. Le T1 permettra d'obtenir une réponse plus complète et de juger de l'évolution des établissements.

Le type d'évaluation retenu :

Comme le réseau de services intégrés est déployé dans le contexte de la LMRSSS en application depuis le 1^{er} avril 2015, une évaluation d'implantation a été retenue²⁴⁻²⁹. Afin de répondre aux différentes questions et aux objectifs de l'évaluation, une démarche terrain qualitative a été réalisée au printemps 2016. Elle repose sur une étude de cas multiples ou multi-sites dans laquelle un cas équivaut à un CISSS ou à un CIUSSS (voir annexe 3).

Six régions ont été retenues, et la sélection des cas (quatre CISSS et deux CIUSSS) a été effectuée à partir des connaissances acquises sur le réseau, de la documentation écrite et des critères suivants en vue d'assurer une diversité des cas sélectionnés :

- Type de région : universitaire, périphérique, intermédiaire ou éloignée;
- Présence d'un ou de plusieurs CISSS ou CIUSSS dans la région;
- Présence ou non de centres de réadaptation sur le territoire (une ou plusieurs missions);
- Historique de la collaboration et de la concertation intrarégionale;
- Résultats du Plan d'accès;
- Absence de visite d'un organisme d'agrément au moment de la collecte de données.

L'évaluation de l'intégration des services s'articule autour de deux perspectives, celle relevant de l'organisation et celle de l'usager. La perspective organisationnelle s'appuie sur huit dimensions jugées essentielles à l'intégration des services^{23, 30-33} et dont le détail est présenté à l'annexe 4. Plusieurs sources d'information ont été prises en compte afin d'alimenter cette perspective. Ainsi, chacun des sites évalués a fait l'objet de groupes de discussions composés d'environ 8 à 10 personnes en fonction des catégories suivantes : gestionnaires, intervenants et partenaires. Chaque rencontre durait environ 2 heures. Des entrevues individuelles ont aussi été réalisées auprès du directeur de programmes DP, DI-TSA et du gestionnaire d'accès. Environ 230 personnes ont été rencontrées. Les bulletins d'information, les comptes rendus des rencontres portant sur la

réorganisation des services en DP et en DI-TSA, les ententes formelles existantes ou nouvelles et tous les documents jugés pertinents ont été pris en compte dans l'analyse des différentes dimensions.

La perspective de l'utilisateur est composée de sept dimensions^{34, 35} présentées en détail à l'annexe 5. L'analyse de cette perspective se fonde sur la reconstruction d'itinéraires d'utilisateurs qui illustrent le parcours réellement emprunté à travers les services, et s'appuie également sur leur expérience des services reçus. Certains mécanismes du RSI ont été recensés dans les dossiers, tels que la présence d'un plan d'intervention et d'une évaluation globale des besoins. Pour plus de détails, voir l'annexe 3.

Chacun des sites évalués a fourni une liste d'utilisateurs ayant signé un formulaire de consentement pour participer à l'évaluation. Par ce consentement, les utilisateurs ont donné leur autorisation à l'équipe d'évaluation de consulter leurs dossiers cliniques au CLSC, au CRDP ou au CRDITED, et à l'école ou au centre de la petite enfance (CPE), le cas échéant. L'autorisation incluait aussi une entrevue téléphonique. Les entrevues, réalisées entre le 29 février 2016 et le 14 juin 2016, ont été effectuées avec un répondant de l'utilisateur lorsque ce dernier n'était pas en mesure de répondre aux questions.

Les sites devaient obtenir le consentement pour quatre utilisateurs^{**} de chacun de ces groupes :

- Trouble du spectre de l'autisme (TSA), âgés de 0 à 5 ans;
- Déficience du langage (DL), âgés de 0 à 12 ans;
- Déficience intellectuelle (DI) en parcours socioprofessionnel, âgés de 18 à 22 ans;
- Déficience motrice (DM), « idéalement » amputés, âgés de 45 à 65 ans^{††}.

Ces individus devaient avoir reçu en 2015 des services du CRDP ou du CRDITED et du CLSC en lien avec leur déficience. Au total, 92 itinéraires d'utilisateurs ont été reconstruits, et 90 d'entre eux ont accepté de participer à une entrevue téléphonique.

Ces deux perspectives sont complémentaires et permettent de juger du niveau d'intégration des services pour chacun des six sites sélectionnés. L'analyse des données selon ces deux perspectives constitue l'originalité et la force de cette démarche. Les résultats des deux perspectives pour chacun des sites sont présentés aux annexes 6 et 7.

Évaluation de chacun des sites selon un système de cote

L'évaluation des sites repose sur un système de cotes attribuées à chacune des dimensions évaluées. La valeur maximale de la cote est de 3 et correspond à un résultat jugé « très satisfaisant », soit le résultat ultimement recherché en termes d'intégration de services (tableau 2).

L'attribution des cotes se fonde sur l'analyse de l'ensemble des sources de données ainsi que sur la comparaison avec les autres sites évalués. Plus de précisions sur ces méthodes sont fournies à l'annexe 3.

TABLEAU 2

Signification des cotes

Niveau de cote	Signification
3	Très satisfaisant
2	Satisfaisant
1	Insatisfaisant
0	Très insatisfaisant

^{**} Pour certains sites, il est arrivé que l'on n'atteigne pas le nombre de personnes requis pour l'une ou l'autre catégorie.

^{††} Les utilisateurs DM sélectionnés ont des profils cliniques très diversifiés, voir la section 4.3.

Section 4 – Les résultats

4.1 Perspective organisationnelle

Détermination des cotes pour la perspective organisationnelle

La perspective organisationnelle repose sur deux types de données : les entrevues individuelles et les groupes de discussion, qui ont tous été enregistrés, puis transcrits sous forme de *verbatim*. Les données ont été codées et analysées par site à l'aide du logiciel d'analyse qualitative NVivo 8. À cet effet, une grille de codification a été créée à partir des huit dimensions de la perspective organisationnelle (annexe 4) à laquelle ont été ajoutés des thèmes qui ont émergé de la collecte de données sur le terrain.

Chaque site a été codé et analysé par un membre de l'équipe d'évaluation, ainsi trois personnes ont codé et analysé les six sites évalués. La documentation écrite fournie par les milieux a été ajoutée à cette analyse pour appuyer certains éléments qui n'ont pas pu être développés lors des entrevues individuelles et des groupes de discussion. La liste des documents à fournir par les établissements a été déterminée avant le début des visites terrain. L'analyse a conduit à la production d'une synthèse de chacun des sites.

Sur la base de ces synthèses, les personnes ayant analysé les sites et un autre membre de l'équipe d'évaluation ont attribué individuellement une cote à chacune des dimensions pour chacun des sites. Ces appréciations ont par la suite été mises en commun, et les cotes ont été discutées jusqu'à l'obtention d'un consensus pour chacune d'elles. Ainsi, les cotes pour la perspective organisationnelle ont été déterminées selon un système interjuge.

L'appréciation des évaluateurs se base la fois sur le système de cotation présenté précédemment (tableau 2) et sur la comparaison des sites entre eux. Le fait que quatre mois se soient écoulés entre la première et la dernière visite terrain a également été pris en compte au moment d'attribuer les cotes du premier et du dernier site. Cet exercice a aussi permis de déterminer les particularités pour chacun des sites, ainsi que leurs ressemblances.

Les résultats sont arrondis à 0,5 près, et les niveaux de cote indiquent les planchers de chacune des catégories. Cela signifie qu'un résultat de 2,5 est qualifié de « satisfaisant » et un résultat de 3,5 est qualifié de « très satisfaisant ». La suite de la section 4.1 dévoile les résultats pour chacune des dimensions de la perspective organisationnelle, et une figure synthèse pour chacun des sites est présente à la fin de cette section.

Dimension 1 : Système d'information, transfert, communication et accès à l'information

La dimension 1 fait référence aux moyens utilisés pour transmettre l'information clinique entre les intervenants ou les installations de l'organisation ou avec les partenaires. Les éléments suivants sont pris en considération : l'informatisation des dossiers et leur facilité d'accès dans l'ensemble du CISSS ou du CIUSSS ainsi que la clarté des stratégies et des protocoles de communication assurant la circulation efficiente de l'information entre les professionnels et les organisations.

Faits saillants et cote pour l'ensemble des sites

Les nouvelles directions DP, DI-TSA composent avec plusieurs systèmes d'information clientèle, dont un pour les personnes qui ont une déficience dans chacun des CR (SIPAD), un pour les ressources intermédiaires et de type familial (SIRTF) et, surtout, transigent en CLSC avec plusieurs « plates-formes » I-CLSC. L'utilisation et la fonction de I-CLSC sont méconnues des cadres, car la grande majorité d'entre eux est issue des missions CR. Les données qui alimentent ces systèmes sont consignées d'une façon différente dans chacune des missions CR, de même que dans chacune des installations de la mission CLSC des anciennes organisations. De plus, les systèmes d'information ne communiquant pas entre eux, des erreurs de codification sont constatées. Par exemple, dès qu'un usager a une DP, une DI ou un TSA, il peut être automatiquement « codé » dans ces programmes, peu importe la nature de son problème, ou, au contraire, dès qu'il a 65 ans, un code SAPA peut lui être attribué. À l'inverse, les enfants ayant une déficience ou un TSA sont parfois inscrits dans le programme JED. Des erreurs de ce type se retrouvent partout, et ce, même si tous les sites sont dotés de mécanismes de contrôle normalisés de la qualité des données. Tous ces éléments entraînent, entre autres, des difficultés dans la comparaison et le suivi des données et ont une incidence sur le calcul de la richesse relative des programmes.

Dans les missions tant CR que CLSC, il existe une grande diversité dans la façon de consigner les notes d'évolution (manuscrites, numérisées, parfois informatisées dans un module particulier⁺⁺), selon les installations et les intervenants. La circulation de l'information clinique manque de fluidité, et les dossiers des usagers sont rarement accessibles dans toutes les installations^{§§} de chacun des sites évalués. Dans l'ensemble, le processus de référence entre les programmes de chacun des sites manque d'aisance.

En ce qui concerne les références entre les missions CR et CLSC, les critères d'admissibilité parfois jugés « très restrictifs » (l'obligation d'un diagnostic) pour obtenir des services spécialisés se sont soit assouplis, soit maintenus, soit resserrés, selon la catégorie de personnes interviewées (directeurs, chefs de programmes ou intervenants) pour un même site. De leur côté, les partenaires soulignent des difficultés lors des références et du transfert d'information en raison des nombreux « changements de chaises » des intervenants.

Pour l'ensemble des sites évalués, la cote moyenne attribuée à cette dimension est de 1,5, ce qui correspond à un résultat « insatisfaisant », notamment en raison des lacunes importantes dans la transmission de l'information clinique et des erreurs de codification.

⁺⁺ Par exemple, en CLSC, les notes peuvent être consignées dans le module PSIAS (plan de services individualisé et d'allocation de services) de la solution RSIPA (réseau de services intégrés personnes adultes).

^{§§} Le terme installation désigne des lieux physiques exploités autant par différentes missions d'établissement (CLSC, CRDP, CRDITED, CH, CJ) que par certains partenaires (CPE, écoles, secteur privé).

Constats sur les particularités des sites :

- Aucun site ne se distingue de la moyenne de l'ensemble des sites évalués sur cette dimension, mais en l'absence de mission CR, un site n'a pas à composer avec SIPAD.
- On note une variabilité importante dans l'application et l'interprétation du cadre normatif SIPAD, et ce, même dans le site pour lequel les missions CR étaient déjà fusionnées.
- Certains partenaires communautaires déplorent ne pas disposer de toute l'information à laquelle ils pensent avoir droit lors des références des usagers dans leurs organisations, et, ce, en raison des règles de confidentialité qui régissent la divulgation du contenu des dossiers cliniques.

Initiatives porteuses en cours dans au moins un site :

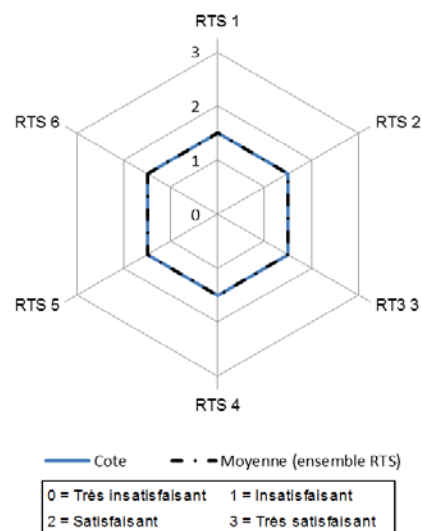
- Les informations aux dossiers pour les missions CLSC et CH d'un ancien établissement sont versées dans une plateforme informatique facilitant l'accès aux données.
- Une analyse rigoureuse des données des systèmes I-CLSC et plus particulièrement pour le SAD est effectuée.
- L'autorisation de l'utilisateur est requise une seule fois pour le transfert des informations cliniques entre les anciens établissements, et ce, tout en s'assurant de préserver la confidentialité.
- L'équipe des archives a entamé des travaux sur des politiques de transfert d'informations et de confidentialité.
- Les informations cliniques présentes dans les protocoles circulent dans un intranet fusionné (missions CLSC et CR).

Actions prioritaires à entreprendre ou à poursuivre :

- Appropriation de l'utilisation de I-CLSC par les cadres afin de mieux comprendre les enjeux qui s'y rattachent.
- Harmonisation, vérification régulière et suivi minutieux de la codification tant dans la mission CLSC (attention particulière pour le soutien à domicile (SAD), SAPA et JED) que dans les missions CR.
- Révision des mécanismes de référence intra et interprogrammes incluant la révision des critères d'admission en CR.
- Partage des nouveaux mécanismes de référence avec les partenaires.
- Arrimage avec les équipes des ressources informationnelles pour appuyer les équipes DP, DI-TSA.

GRAPHIQUE 1 :

Graphique en radar de tous les sites évalués pour la dimension 1 système d'information, transfert, communication et accès à l'information



Dimension 2 : Culture organisationnelle et leadership

La dimension 2 traite principalement de la vision, des valeurs et des objectifs poursuivis par l'organisation en matière d'intégration des services. Elle renvoie également aux notions de leadership et de partage dans la prise de décision et des responsabilités. La communication et l'ouverture quant aux changements proposés en vue d'améliorer l'intégration des services sont aussi prises en compte.

Faits saillants et cote pour l'ensemble des sites

Dans l'ensemble, la vision de l'intégration est portée par la haute direction et la direction de programmes, et leur leadership est reconnu dans l'organisation. Le message qui soutient cette vision insiste sur le fait que « ce n'est plus mon client, ton client, c'est maintenant NOTRE client » et qu'« il n'y a plus de 1^{re} et 2^e lignes ». De plus, la volonté que les services soient accessibles plus rapidement, que leur enchaînement soit plus fluide afin « d'éviter les bris de services » bref, qu'ils soient mieux intégrés, est partagée par tous. Par ailleurs, on rapporte que les litiges, auparavant arbitrés par les agences, sont maintenant réglés plus facilement et rapidement entre les directeurs puisqu'ils font tous partie de la même organisation.

La vision de l'intégration des services s'est d'abord concrétisée par l'élaboration de l'organigramme de la direction qui diffère selon les sites. Le modèle d'organisation choisi peut être construit autour des services offerts, des groupes d'âges, des profils cliniques ou par continuum de services. Certains organigrammes reflètent également des enjeux territoriaux (urbain et rural ou par RLS). La distinction entre la DP et la DI-TSA peut être inscrite dans les différentes équipes ou, au contraire, des équipes intégrées peuvent se déployer sur le territoire. De manière plus ciblée, les services du SAD et les négociations avec les programmes SAPA et JED sont au cœur des projets de réorganisation.

Au moment de la collecte de données, les chefs de programme, récemment nommés et issus majoritairement des CR, doivent éviter le piège de reconstituer « de petits CR » et s'approprier la mission CLSC. Par ailleurs, lorsqu'ils gèrent à la fois les services spécifiques et spécialisés, les intervenants y voient un gain pour l'intégration des services. Ces cadres doivent également composer avec la gestion à distance; ce qui signifie moins de temps en présence avec leurs équipes. Le manque de soutien technique et administratif pour les accompagner dans leurs nouvelles fonctions est aussi souligné. Comme les barrières organisationnelles sont levées en raison de la fusion, ils partagent avec les intervenants la perte de repères et l'état de déséquilibre engendrés par la réorganisation « Plus de frontières, plus de repères », dit-on. Pour les intervenants, les changements sont plutôt d'ordre administratif que clinique et demeurent théoriques. Les tâches quotidiennes s'exercent « comme avant », mais les changements prévus quant à la recomposition des équipes ou au déplacement de personnel créent de l'insécurité. En ce sens, l'adhésion à la vision et aux changements proposés varie selon le type d'acteurs rencontrés et les sites. Néanmoins, les projets concrets (p. ex., travaux sur les trajectoires) suscitent davantage d'engouement.

La communication des changements s'effectue principalement au moyen de tournées des PDG et des directeurs de programmes, des bulletins d'information et lors des rencontres d'équipe. La plupart des acteurs disent recevoir assez d'information sur les changements en cours, mais peu sur les changements cliniques à venir, et les questions sur le sujet demeurent souvent sans réponse. Enfin, les partenaires se disent peu informés des changements et, de ce fait, saisissent mal la vision de la nouvelle organisation.

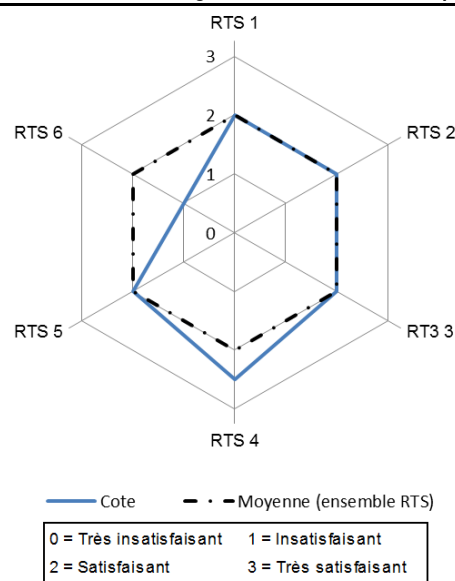
Pour l'ensemble des sites évalués, la cote moyenne attribuée à cette dimension est de 2,0, ce qui correspond à un résultat « satisfaisant ».

Constats sur les particularités des sites :

- Un site est légèrement au-dessus de la moyenne de l'ensemble des sites évalués en raison, entre autres, d'un leadership participatif assumé par la direction, d'une consultation de l'ensemble du personnel et de la prise en compte des commentaires, d'une vision nette des actions à entreprendre tant à l'intérieur de la direction qu'avec les autres CISSS, et d'un plan d'action détaillé qui facilite le suivi de l'implantation de l'offre de service.
- Un site est en dessous de la moyenne de l'ensemble des sites évalués. Dans ce cas, la direction attendait toujours l'arrivée en poste d'un chargé de projet pour accélérer le processus et donner corps au projet d'intégration. En conséquence, le personnel de la direction n'a pas été rencontré. Les intervenants, tout comme les partenaires, se sentent d'ailleurs « dans le néant », et mentionnent que les informations viennent plus du « tantam de brousse ».
- Dans deux sites, la taille de la direction au sein de l'organisation est considérée comme un avantage. Dans un cas, le fait d'être une petite direction améliore la connaissance, la collaboration et le partage d'expertise. À l'inverse, dans autre site, le grand nombre d'employés de la direction lui confère un poids significatif dans l'ensemble de l'organisation.
- Dans un autre site, même si des craintes sont énoncées, les intervenants montrent une plus grande ouverture aux changements proposés.
- Dans un site seulement, la grande majorité de partenaires communautaires a été rencontrée.

GRAPHIQUE 2 :

Graphique en radar de tous les sites évalués pour la dimension 2 culture organisationnelle et leadership



Initiatives porteuses en cours dans au moins un site :

- L'intégration des services en DP, DI-TSA a été retenue parmi l'un des projets prioritaires de l'organisation.
- Le découpage par réseau local étant maintenu, un responsable a été désigné par l'établissement afin d'établir les liens avec les partenaires.

Actions prioritaires à entreprendre ou à poursuivre :

- Appropriation de la mission CLSC par les cadres.
- Poursuite de l'organisation des services en DP, DI-TSA, incluant l'intégration harmonieuse des équipes en provenance d'autres programmes-services, notamment avec SAPA et JED.
- Poursuite de la transmission de la vision de l'intégration des services auprès des intervenants ancrée sur des projets concrets et centrés sur les besoins des usagers.
- Diffusion en continu de l'information aux partenaires sectoriels et intersectoriels afin d'expliquer les changements en cours et à venir, et ce, en vue de développer une vision et un langage communs.

Dimension 3 : Engagement à offrir des services intégrés

La dimension 3 s'intéresse d'une part aux procédures et aux mécanismes de collaboration développés avec les partenaires de l'organisation. D'autre part, elle regroupe les informations relatives aux différents mécanismes du RSI qui constituent le cœur de l'intégration des services. Cette dimension touche également le soutien organisationnel dans la mise en place des dispositifs et des activités qui facilitent la collaboration.

Faits saillants et cote pour l'ensemble des sites

Avec l'abolition des agences, les consensus régionaux sont à reconstruire et plusieurs mécanismes de concertation sont « sur la glace ». Les tables de concertation ou les comités avec les partenaires soit ont cessé leurs travaux, soit sont actifs seulement dans certaines portions du territoire. Les ententes formelles entre les organisations se poursuivent ou sont à revoir, alors que les partenaires sont en attente de la reprise des activités conjointes.

En ce qui concerne les mécanismes du RSI dont la plupart devaient être implantés à partir de 2008, on constate que l'esprit général du Plan d'accès⁶ s'est perdu au fil du temps, puisqu'on n'en parle qu'en termes de délais d'accès. Ainsi, la compréhension d'un « réel » premier service est équivoque. Dans certains CR, il se résume à une entrevue d'accueil ou à « un premier appel effectué auprès de l'utilisateur pour arrêter le compteur du plan d'accès ». Il en va de même pour la notion d'intervenant-pivot qui n'est pas actualisée partout et se décline de manières différentes selon les sites et les missions. Son rôle peut être abordé dans une perspective de coordination et d'accompagnement de l'utilisateur et de ses proches, ou encore considéré sous l'angle de la charge de cas et plusieurs centaines de dossiers peuvent lui être attribués, et ce, sans implication de sa part dans les démarches avec l'utilisateur.

De plus, les usagers bénéficient rarement d'une évaluation globale de leurs besoins, et l'outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC), dont la complétion est perçue comme une corvée administrative par les intervenants, est considéré comme particulièrement inadapté aux usagers ayant une DI ou un TSA. Par ailleurs, le manque d'uniformisation d'outils pour l'évaluation globale des besoins des enfants est déploré. L'élaboration des plans d'intervention (PI et les PSI, qui sont parfois une addition de PI) n'est pas systématique, pas plus que ne l'est la participation des usagers à ces plans, ou leur signature. Ajoutons que les partenaires communautaires ne sont pas toujours invités aux rencontres de PSI ou sont invités « cinq minutes » lorsqu'ils sont impliqués auprès de l'utilisateur. Ils mentionnent également ne pas disposer de toute l'information nécessaire pour exercer leur rôle. Ces constats semblent moins s'appliquer aux partenaires scolaires et aux CPE.

Notons également que le guichet unique n'est pas implanté ou n'est pas tout à fait fonctionnel. Cependant, tous les acteurs y voient un levier important afin d'améliorer notamment l'accès aux services, et d'éviter le dédoublement des évaluations et des listes d'attente. D'ailleurs, la centralisation des listes d'attente ainsi que l'élaboration ou la révision de trajectoires de services font partie des travaux en cours ou à venir dans l'ensemble des sites.

Enfin, parmi les nouveaux mécanismes organisationnels destinés à soutenir l'intégration, l'apport du bureau de soutien à la transformation et celui du comité de coordination clinique sont soulignés dans au moins la moitié des sites. Cependant, la cogestion médico-administrative n'est toujours pas au rendez-vous.

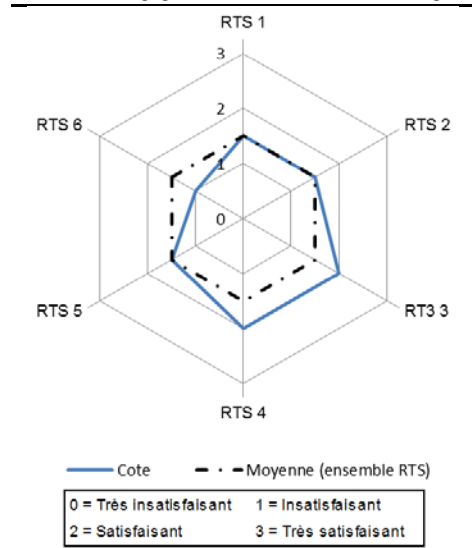
Pour l'ensemble des sites évalués, la cote moyenne attribuée à cette dimension est de 1,5, ce qui correspond à un résultat « insatisfaisant », notamment en raison des lacunes importantes dans l'actualisation des mécanismes du réseau de services intégrés.

Constats sur les particularités des sites :

- Deux sites sont légèrement au-dessus de la moyenne de l'ensemble des sites évalués en raison, entre autres, du nombre et de l'ampleur des travaux entrepris en vue d'actualiser les mécanismes du RSI. Un meilleur arrimage tant à l'intérieur (intra et interprogrammes) de l'organisation qu'avec les organisations partenaires est également constaté.
- Un site est légèrement en dessous de la moyenne de l'ensemble des sites évalués pour des raisons inverses : peu de travaux d'intégration ont été entrepris, et la connaissance et l'application des mécanismes du RSI sont limitées.
- Dans trois sites, les travaux sur les trajectoires de services sont commencés ou terminés. Dans l'un des cas, ces travaux ont été encadrés par une démarche Kaisen et appuyés par le bureau de soutien à la transformation.
- Dans deux sites, l'organisation des services pose un défi particulier, en raison de l'absence de mission CR dans un cas, ce qui nécessite le développement ou la consolidation de mécanismes de collaboration avec d'autres organisations. Dans l'autre cas, l'offre de service de la mission CR couvre également d'autres territoires. Dans ce site, ce défi s'ajoute à celui de la mise en œuvre du guichet unique.
- Un site n'avait aucune entente formelle avec les partenaires préalable à la réorganisation.
- Dans un site, la volonté de la part des organismes communautaires de participer à l'élaboration des trajectoires de services est exprimée.

GRAPHIQUE 3 :

Graphique en radar de tous les sites évalués pour la dimension 3 engagement à offrir des services intégrés



Initiatives porteuses en cours dans au moins un site :

- Une table DP, DI-TSA inter CISSS ou CIUSSS partenaires a été créée dans la perspective de soutenir l'harmonisation et l'intégration des services pour les personnes ayant une déficience.
- Des ententes de services avec d'autres CISSS ou CIUSSS ont été signées, et la signature d'ententes avec des partenaires est amorcée.
- Des travaux sont en cours afin de se redonner une définition commune de la fonction de l'intervenant-pivot.
- Un outil d'évaluation globale des besoins pour les enfants est utilisé.
- Le guichet d'accès, composé d'intervenants issus des trois missions, est implanté, et l'offre de service des psychologues a été révisée en vue d'accélérer le processus d'évaluation diagnostique des enfants.
- Les directions adjointes sont formées au processus LEAN, et elles assureront la liaison entre les programmes-services.

Actions prioritaires à entreprendre ou à poursuivre :

- Réappropriation du Plan d'accès, ce qui implique une compréhension commune des mécanismes du RSI.
- Élaboration de trajectoires de services.
- Reprise du dialogue avec les partenaires concernant la reconfiguration des tables de concertation, la révision des ententes de collaboration et les projets conjoints.

Dimension 4 : Organisation clinique

La dimension 4 fait référence à la fois à la qualité de la collaboration et à la clarté des rôles et des responsabilités entre les différentes missions CRDP, CRDITED et CLSC. Elle aborde également ces aspects entre les programmes DP, DI-TSA et les autres programmes de l'établissement ainsi qu'avec les partenaires. L'harmonisation des processus, la présence de lignes directrices et les approches cliniques préconisées sont également couvertes.

Faits saillants et cote pour l'ensemble des sites

On rapporte qu'en dépit de la vision qui se veut centrée sur le travail collaboratif autour de « NOTRE client », le travail en silo perdure. Toutefois, des gains sont constatés partout pour les « cas complexes » ou litigieux qui nécessitent une collaboration plus étroite entre les missions ou les programmes-services. Il y aurait moins de chasse gardée ou de « tirage de couverture », car les directeurs doivent s'entendre et trouver des solutions. Un consensus se dégage également sur la volonté et la nécessité de multiplier les occasions de rencontres afin de mieux se comprendre et de mieux s'arrimer.

Cependant, la clarification des rôles et des responsabilités entre les missions constitue toujours un enjeu majeur. En général, la méconnaissance ou le peu de services offerts en CLSC sont soulignés par les différents acteurs des missions CR : « la première ligne n'est pas présente » dit-on. L'offre du seul soutien financier à la famille (SAF) ou la cessation complète des services en CLSC lorsque l'usager est suivi en CR sont maintes fois évoquées. Des propos semblables sont également rapportés dans certains sites par les acteurs de la mission CLSC, qui affirment eux aussi pallier le manque d'accès aux services en CR ou la fermeture rapide des dossiers. D'ailleurs, « l'épisode de service » demeure une notion floue. De plus, la distinction entre les services spécifiques donnés en CLSC et les services spécialisés offerts surtout en CRDITED n'est pas nette. Notons que l'offre de service en DP, DI-TSA du MSSS est très attendue afin de dissiper les ambiguïtés qui subsistent à ce sujet.

La collaboration entre les programmes en déficience et les autres programmes-services est en redéfinition et varie selon le porteur du discours et le programme. En général, les liens sont personnalisés et la qualité de la collaboration dépend des personnes en place. Par ailleurs, dans tous les sites, des comités ont entrepris des travaux qui balisent l'arrimage interdirections (p. ex., entre les guichets d'accès) et visent le décroisement des programmes : on souhaite faire « tomber les barrières » et faciliter les discussions sur les responsabilités et les rôles attendus de chacun. Des enjeux particuliers se dessinent avec les programmes-services SAPA (SAD), JED et parfois Santé physique, pour lesquels la réorganisation du personnel ou le rapatriement d'une partie de celui-ci par la direction DP, DI-TSA est prévue. Avec le programme Santé mentale, l'accès aux psychiatres ou aux pédopsychiatres demeure problématique. De plus, la pratique répandue voulant qu'en présence d'un diagnostic de déficience, l'usager soit automatiquement référé en DP ou en DI-TSA est une préoccupation.

Enfin, des travaux d'harmonisation sont amorcés dans tous les sites, mais concernent le plus souvent des aspects administratifs (p. ex., site internet, formulaires, politiques et procédures). L'harmonisation des différentes pratiques cliniques reste à faire. Il en va de même pour la multitude d'approches cliniques, quoique l'adoption du Processus de production du handicap (PPH) semble celle que l'on privilégie dans la grande majorité des sites.

Pour l'ensemble des sites évalués, la cote moyenne attribuée à cette dimension est de 1,5, ce qui correspond à un résultat « insatisfaisant », notamment en raison de la persistance du travail en silo et du manque de clarification des rôles et responsabilités entre les missions et les programmes.

Constats sur les particularités des sites :

- Aucun site ne se distingue de la moyenne de l'ensemble des sites évalués sur cette dimension.
- Dans un site, on rapporte que le travail collaboratif est plus développé pour le programme DI-TSA en raison des ententes et des protocoles clairs en vigueur depuis longtemps.
- Dans un site, les rôles et responsabilités en CRDP sont plus clairs, mais somme toute cristallisés, et certaines pratiques sont à revoir. Par exemple, « on ne réfère pas au CLSC. On fait tout », ce qui contribue à justifier l'achalandage.
- Dans au moins un site, la rétention de certains usagers en CRDI est légitimée « parce que le communautaire n'est pas assez développé ». Par exemple, un atelier de chant est offert en CRDI.

Initiatives porteuses en cours dans au moins un site :

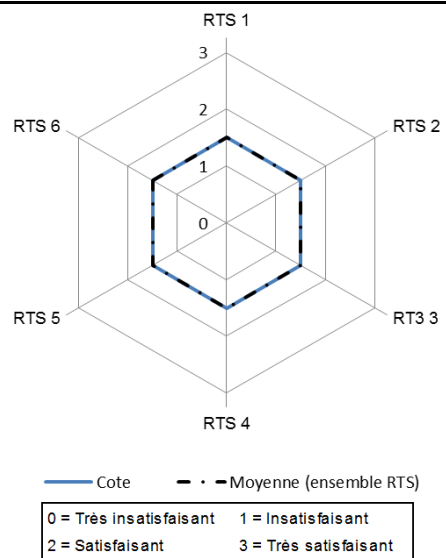
- Les travaux qui visent la mise en place d'une clinique intégrée d'évaluation pour la clientèle jeunesse ont débuté.
- Un projet concret d'adaptation d'une unité d'hébergement pour les enfants ayant une DI ou un TSA et un trouble grave du comportement a été réalisé grâce au travail étroit de collaboration entre les programmes DP, DI-TSA et JED.

Actions prioritaires à entreprendre ou à poursuivre :

- Clarification des rôles et des responsabilités des différents programmes et missions, ce qui facilitera l'harmonisation des pratiques et le travail conjoint.
- Orientation des usagers vers le bon programme-service sur la base de leurs besoins plutôt que sur leur diagnostic ou sur leur âge (moins de 18 ans ou plus de 65 ans).

GRAPHIQUE 4 :

Graphique en radar de tous les sites évalués pour la dimension 4 organisation clinique



Dimension 5 : Développement des compétences

La dimension 5 concerne le développement des compétences. Elle traite des formations, du partage d'expertise et du transfert des connaissances ainsi que des différentes opportunités d'apprentissage pour lesquelles une diversité d'interactions entre les professionnels des différents niveaux de services, missions et installations du RTS est favorisée.

Faits saillants et cote pour l'ensemble des sites

Dans l'ensemble, le souhait est surtout exprimé par les intervenants CLSC quant à la possibilité de bénéficier de formations communes et d'un plus grand partage d'expertise avec les intervenants CR.

Plusieurs formations dans chacune des missions avaient cours avant la réorganisation, mais leur nombre et le rythme ont diminué depuis. En général, les formations continuent de s'offrir aux intervenants d'une même mission. On retrouve peu ou pas de formations conjointes entre les missions CR et CLSC. Dans quelques sites, on souligne des formations données par l'un ou l'autre CR aux intervenants de la mission CLSC (p. ex.: sur le PPH, le PSI, l'autodétermination). Des CR ont également donné des formations à certains partenaires, mais dans la plupart des cas, ces formations sont elles aussi « sur la glace ».

Le transfert de connaissance, le partage d'expertise et de courtage de connaissance demeurent des activités marginales, et aucune formation sur l'intégration des services n'est recensée. Toutefois, un Plan de formation est en élaboration dans la totalité des sites, mais les intervenants ne sont pas toujours consultés lors de sa conception.

Pour l'ensemble des sites évalués, la cote moyenne attribuée à cette dimension est de 1,5, ce qui correspond à un résultat « insatisfaisant », notamment en raison de la quasi-absence de formations communes et de l'absence de formation sur l'intégration des services.

Constats sur les particularités des sites :

- Un site est légèrement inférieur à la moyenne de l'ensemble des sites évalués, car l'exercice de planification des formations qui s'effectue dans l'ensemble de l'organisation a mis en arrêt les formations en cours.
- Dans un site seulement, on souligne qu'une formation a été donnée par des intervenants de la mission CLSC aux intervenants CR. Cette formation portait sur l'approche écosystémique.

Initiatives porteuses en cours dans au moins un site :

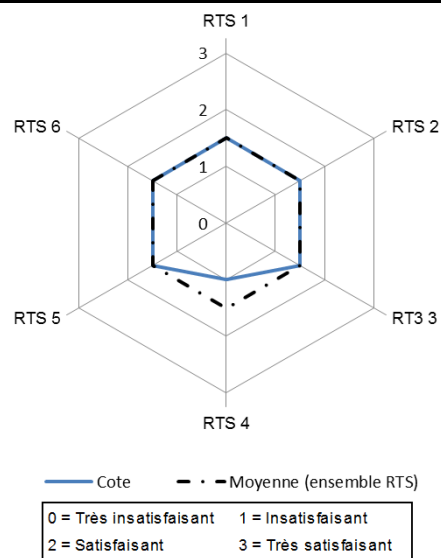
- Les troubles graves du comportement font l'objet de partage d'expertise et de formation, notamment avec les programmes JED, SAPA et Santé mentale.
- La participation des intervenants à des communautés de pratique est fortement encouragée par la direction.

Actions prioritaires à entreprendre ou à poursuivre :

- Mise en œuvre du plan de développement des compétences qui favorise les interactions entre les intervenants des différentes missions.
- Développement d'activités de transfert de connaissances accessibles aux intervenants des différentes missions.

GRAPHIQUE 5 :

Graphique en radar de tous les sites évalués pour la dimension 5 développement des compétences



Dimension 6 : Incitatifs à l'utilisation optimale des ressources

La dimension 6 aborde le sujet des incitatifs à la performance. Elle réunit les mécanismes de régulation qui influencent les actions des différents types d'acteurs dans l'atteinte des résultats d'une meilleure intégration des services (p. ex., suivi des indicateurs). Cette dimension rend aussi compte de la mise en commun des ressources humaines, financières et matérielles, qui permet de les allouer de manière équitable selon les besoins des usagers des différents programmes-services.

Faits saillants et cote pour l'ensemble des sites

Dans aucun site on ne rapporte de réels incitatifs financiers à l'intérieur des programmes DP, DI-TSA en vue d'améliorer sa performance et, par ricochet, celle de l'organisation. On note cependant la présence de mécanismes de régulation de la performance partout (p. ex., des suivis sur les heures de prestation de services [HPS], les listes d'attente et le plan d'accès), dont les résultats sont transmis aux gestionnaires. Comme ces mécanismes ne sont pas standardisés, c'est leur diversité qui est d'abord constatée.

Toutefois, peu importe le moyen choisi, tous les intervenants rencontrés remarquent une pression toujours croissante en vue d'augmenter la performance. Pour eux, cette pression crée une tension entre l'atteinte des résultats pour l'établissement et la qualité des services offerts. Il faut « faire vite, bien et tout faire » et que les « chiffres soient beaux ». Cet accent sur la performance peut entraîner des effets non désirés (p. ex., fractionnement des objectifs au PI pour faciliter l'atteinte des cibles). De leur point de vue, l'ère d'efficacité et d'efficience dans laquelle sont inscrits les établissements se conjugue mal avec l'augmentation de la clientèle, l'allongement des listes d'attente et la qualité des services centrés sur l'utilisateur. Selon eux, la résorption du déficit, le peu ou le « manque » de personnel, son non-remplacement ou les difficultés de recrutement, le cas échéant, ajoutent également du poids dans l'équation.

En ce qui a trait au partage des ressources (humaines, financières, matérielles), seules quelques initiatives marginales sont mentionnées. En revanche, l'exercice de redistribution d'une partie du personnel entre différents programmes s'amorce dans la grande majorité des sites. Il s'agit le plus souvent d'un partage ou d'un rapatriement de certains intervenants des programmes-services SAPA (SAD) ou de l'équipe jeunesse (équipe multiprogramme) en vue d'améliorer la complémentarité des services à offrir en DP, DI-TSA. De manière plus particulière, les intervenants provenant des équipes Jeunesse entrevoient une perte à la fois pour eux et pour les usagers en raison du démantèlement de ces équipes. Notons que l'actualisation des liens hiérarchiques et fonctionnels dans la gestion quotidienne des intervenants rattachés à plus d'une direction est également au cœur des préoccupations. Enfin, tous les sites sont en attente d'un règlement concernant la fusion des unités d'accréditations syndicales afin d'optimiser le partage des ressources humaines.

Au-delà du transfert de personnel et une fois les obstacles syndicaux levés, c'est un appel à une plus grande mobilité dans les différents points de services qui est lancé. Dans l'ensemble, des gains de collaboration sont pressentis par le regroupement des effectifs dans une même direction. Cependant, est aussi très présente la crainte « d'aller boucher des trous un peu partout », et ce, sans formation adéquate pour les uns (en CLSC), alors que cette appréhension est doublée d'une peur de perte d'expertise pour les autres (en CR).

Pour l'ensemble des sites évalués, la cote moyenne attribuée à cette dimension est de 1,5, ce qui correspond à un résultat « insatisfaisant », notamment en raison du décalage entre les effets recherchés par le suivi et la mesure de la performance et ce qu'ils produisent sur le terrain et, également, en raison, des initiatives timides de mise en commun des ressources.

Constats sur les particularités des sites :

- Un site se distingue positivement de la moyenne de l'ensemble des sites évalués en raison de la vigilance rigoureuse exercée autour du suivi d'indicateurs, et d'un tableau de bord qui allie pertinence clinique et optimisation de la performance.
- Un site est légèrement inférieur à la moyenne de l'ensemble des sites évalués, la réflexion sur le partage des ressources débutant à peine.
- Dans au moins trois sites, un partage de locaux ou un prêt de personnel de l'établissement avec certains organismes communautaires sont mentionnés.
- Dans au moins deux sites, des pistes d'amélioration sont identifiées pour un partage plus efficace avec le volet médical, principalement avec la psychiatrie.
- Dans un site, l'atteinte des cibles ministérielles fixées notamment pour l'OÉMC et le PSIAS fait l'objet d'un suivi mensuel rigoureux par le conseil d'administration de l'établissement.

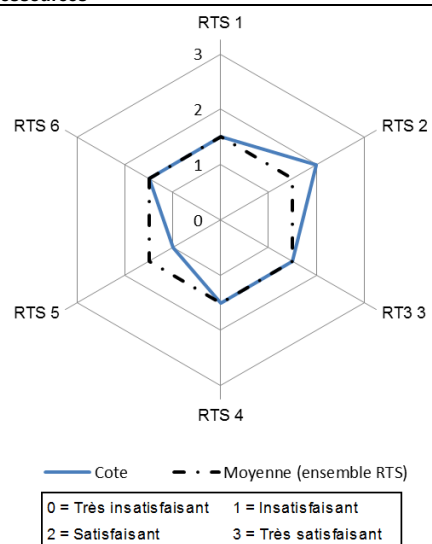
Initiatives porteuses en cours dans au moins un site :

- Plusieurs mécanismes de régulation sont mis en place en vue d'assurer l'atteinte des résultats et de suivre les cibles de la planification stratégique, tels qu'un outil intégré de suivi de l'ensemble des délais d'accès aux divers programmes de l'établissement et la gestion du portefeuille des projets.
- La mise en commun des équipements et des locaux entraîne la diminution des achats, et augmente l'efficacité et l'offre de service à proximité du domicile de l'utilisateur.

Actions prioritaires à entreprendre ou à poursuivre :

- Suivi accru de la performance des services offerts en mission CLSC.
- Appropriation d'une lecture commune de ce qu'est la performance afin de redonner du sens à l'exercice du suivi et de l'évaluation de la performance.

GRAPHIQUE 6 :
Graphique en radar de tous les sites évalués pour la dimension 6 incitatifs à l'utilisation optimale des ressources



Dimension 7 : Qualité et évaluation des services

La dimension 7 couvre les éléments qui traduisent l'engagement à offrir des services de qualité et à les évaluer, et dont la visée est l'amélioration continue des services.

Faits saillants et cote pour l'ensemble des sites

La volonté d'offrir des services de qualité est très présente chez tous les acteurs rencontrés. Toutefois, comme nous l'avons vu précédemment, on rapporte que cet engagement se trouve souvent freiné par des obligations de tous ordres, à commencer par des exigences budgétaires et administratives. Les intervenants estiment donc que l'on « ne donne pas toujours le meilleur service » aux usagers.

Cela étant, la démarche d'agrément constitue un gage de qualité et d'évaluation des services pour tous les sites évalués. Dans l'ensemble, un suivi rigoureux des plans d'amélioration continue issus de cette démarche est effectué. À cet exercice s'ajoutent divers autres suivis qui varient tant dans leur forme que dans leur intensité, allant des vérifications ponctuelles (p. ex., audits de la qualité des plans d'intervention et notes au dossier) à l'intégration dans un outil particulier du plan d'amélioration continue de la qualité.

Pour l'ensemble des sites évalués, la cote moyenne attribuée à cette dimension est de 2,0, ce qui correspond à un résultat « satisfaisant ».

Constats sur les particularités des sites :

- Deux sites sont légèrement au-dessus de la moyenne de l'ensemble des sites évalués en raison notamment de l'accent mis sur la « culture de l'excellence » et la qualité des services, et d'un nombre plus important de mécanismes mis en place pour l'évaluer.
- Dans deux sites au moins, l'évaluation des usagers est prise en compte dans le processus d'amélioration continue pour la mission CRDI.
- Dans au moins deux sites, des audits étaient effectués sur les plans d'intervention, les notes au dossier et leur pertinence avant la fusion des établissements. Dans l'un des sites, est émis le souhait de reprendre l'exercice pour l'ensemble de la direction.

Initiatives porteuses en cours dans au moins un site :

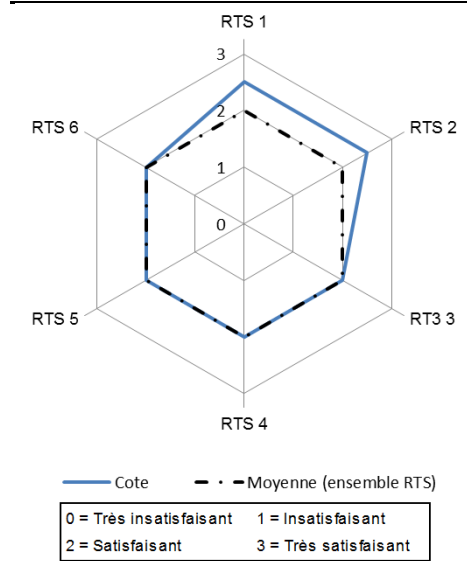
- La Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQÉPÉ) utilise différents outils qui conjuguent à la fois les objectifs d'amélioration de la qualité et la volonté de répondre aux critères de performance. On note, entre autres, la présence d'audits de qualité, des vérifications de la conformité des normes d'agrément, la prise en compte de mesures préventives et correctives faites à la suite d'enquêtes, de plaintes formulées par les usagers et les familles et de sondages auprès de la clientèle.

Actions prioritaires à entreprendre ou à poursuivre :

- Poursuite des suivis et harmonisation des mécanismes de contrôle de la qualité pour l'ensemble des trois missions tout en s'assurant que ces exercices fassent du sens pour les intervenants.
- Mise à profit de la DQÉPÉ, de la Direction des soins infirmiers et de la Direction des services multidisciplinaires dans les processus d'évaluation de la qualité.

GRAPHIQUE 7 :

Graphique en radar de tous les sites évalués pour la dimension 7 qualité et évaluation des services



Dimension 8 : Accent mis sur le rôle des usagers

La dimension 8 insiste surtout sur le rôle de l'utilisateur au regard des services qui lui sont offerts et sur la notion de partenariat avec l'utilisateur et ses proches. Ainsi, sont examinés les éléments suivants : l'importance accordée à l'identification des besoins prioritaires par l'utilisateur dans la prestation des services, la prise en compte de son implication dans ses services, mais aussi dans l'établissement, la volonté d'encourager son autodétermination et finalement l'intérêt démontré envers son expérience globale des soins et des services reçus. Cette dimension englobe également l'accent mis sur la responsabilité envers la population dans le but de mieux planifier l'offre de service, notamment en matière d'équité d'accès sur l'ensemble du territoire.

Faits saillants et cote pour l'ensemble des sites

Dans l'ensemble, le discours et les préoccupations des acteurs sont fondés sur les besoins des utilisateurs qui, selon eux, devraient être « au centre des services ». Dans les faits, l'évaluation globale des besoins n'est pas systématique, et la présence d'un diagnostic en DP, DI ou TSA demeure prépondérante dans l'orientation des utilisateurs vers ce programme. Notons que la mise en place du guichet unique et son rôle en matière d'évaluation des besoins suscitent tout de même l'espoir que ces aspects s'améliorent.

Bien que l'autodétermination des utilisateurs soit encouragée, on observe des extrêmes qui vont d'une culture de prise en charge, dont il est encore difficile de se défaire, à la fermeture du dossier ou de l'épisode de service si l'utilisateur ne se présente pas ou ne « collabore pas ». Les intervenants sont parfois amenés à accomplir des tâches qui débordent du cadre professionnel, comme aider un utilisateur à déménager, « sortir les chats, nettoyer les litières » et à compenser l'absence de ressources communautaires ou d'un réseau social autour de lui : « nos clients sont marginaux, sont tout seuls [...] ». C'est pas notre job, mais en même temps, si on le fait pas, personne le fait. »

De plus, la notion d'utilisateur-partenaire est très peu connue et, de ce fait, n'est pas actualisée. On la confond souvent soit avec l'idée que les services doivent être centrés sur l'utilisateur, soit avec celle qui se limite à sa participation au plan d'intervention ou encore à son implication au comité des utilisateurs. La présence d'utilisateurs sur des comités décisionnels est rarissime, mais fait partie des actions à venir. Notons également que l'expérience de l'utilisateur est rarement évaluée autrement que dans le sondage réalisé dans le cadre du processus d'agrément.

Si, dans l'ensemble, le portrait et les besoins de la population sont connus, l'offre de service en DP, DI-TSA n'est pas équitable sur le territoire de chacun des RTS, et ce, surtout pour les services spécifiques. À cet égard, un défi d'harmonisation est omniprésent, et la réflexion est amorcée quant aux services à offrir à l'échelle régionale et locale. Ainsi, les utilisateurs ne bénéficient pas toujours de l'ensemble de la gamme de services à proximité de leur domicile, et la réorganisation fait craindre une concentration accrue des services dans les zones plus peuplées des RTS au détriment des autres. Cela s'ajoute aux problèmes de transport (collectif ou adapté) rapportés dans la majorité des sites évalués. Enfin, plusieurs soulignent que les impératifs budgétaires ou les coupes de services freinent la capacité à assumer adéquatement le rôle de responsabilité populationnelle.

Pour l'ensemble des sites évalués, la cote moyenne attribuée à cette dimension est de 1,5, ce qui correspond à un résultat « insatisfaisant », notamment en raison de l'écart entre le discours, centré sur l'utilisateur, et le rôle réel qu'il joue tant dans son parcours de soins que dans son implication dans l'organisation.

Constats sur les particularités des sites :

- Un site est légèrement au-dessus de la moyenne de l'ensemble des sites évalués en raison notamment de la présence d'usagers-partenaires dans plusieurs comités et instances de concertation, dont le comité d'éthique clinique, les tables territoriales de continuum et dans d'autres travaux transversaux.
- Un site est légèrement en dessous de la moyenne de l'ensemble des sites évalués en raison, entre autres, de la quasi-absence de la notion de besoins des usagers dans le discours de la direction et des chefs.
- Dans trois sites, un défi supplémentaire est constaté quant à l'équité d'accès des usagers aux services, compte tenu de la position stratégique de ces RTS en tant que receveur ou fournisseur de services spécialisés qui les lient à d'autres RTS.
- Dans un site, on note l'existence d'une direction dédiée à la responsabilité populationnelle qui relève directement du conseil d'administration.

Initiatives portées en cours dans au moins un site :

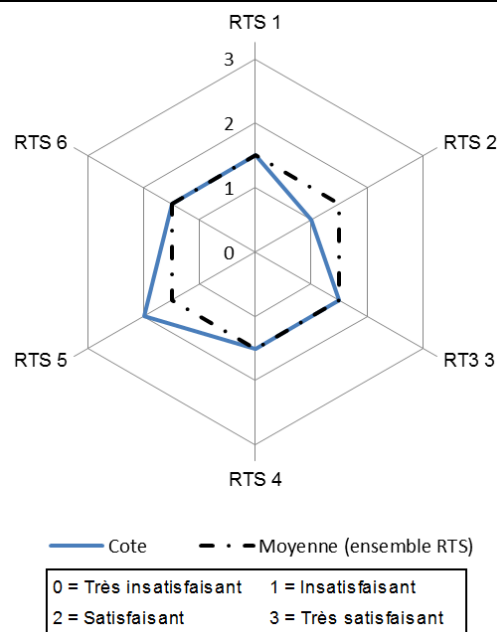
- Le portrait de la population a été présenté lors d'un forum citoyen.
- Un numéro 1-800 a été mis en place en vue d'améliorer l'accès aux services et d'éviter les frais d'appels interurbains aux usagers éloignés des grands centres.

Actions prioritaires à entreprendre ou à poursuivre :

- Amélioration pour toutes les missions de la compréhension commune des notions d'autodétermination et d'usager-partenaire pour mettre ces concepts en application et améliorer l'expérience de l'usager.
- Harmonisation de l'offre de service en prenant en compte les différents sous-territoires et profils de la population.
- Sensibilisation auprès des usagers afin qu'ils puissent exercer pleinement leurs rôles et leurs responsabilités.

GRAPHIQUE 8 :

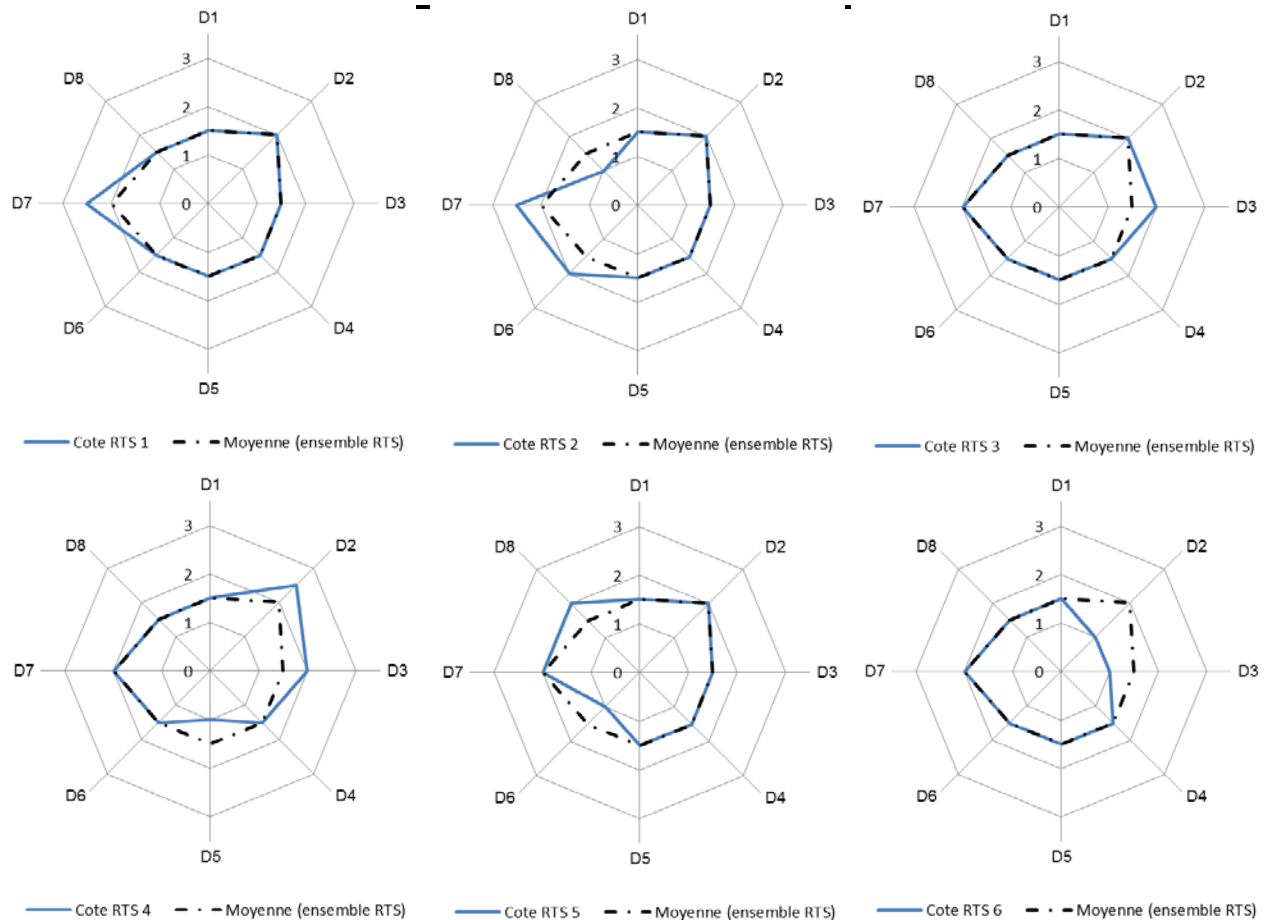
Graphique en radar de tous les sites évalués pour la dimension 8 accent mis sur le rôle des usagers



Résultats de la perspective organisationnelle pour chacun des sites

GRAPHIQUE 9

Graphiques en radar de tous les sites évalués pour la perspective organisationnelle



Interprétation des résultats

0 = Très insatisfaisant

1 = Insatisfaisant

2 = Satisfaisant

3 = Très satisfaisant

Dimensions de la perspective organisationnelle

D1: Système d'information, transfert, communication et accès à l'information

D2: Culture organisationnelle et leadership

D3: Engagement à offrir des services intégrés

D4: Organisation clinique

D5: Développement des compétences

D6: Incitatifs à l'utilisation optimale des ressources

D7: Qualité et évaluation des services

D8: Accent mis sur le rôle des usagers

4.2 Perspective de l'utilisateur

Interprétation des résultats

Les résultats de la perspective de l'utilisateur ont également été catégorisés selon le même système de cote que pour la perspective organisationnelle. Cependant, la nature des données de la perspective de l'utilisateur est différente de celle de la perspective organisationnelle, ce qui implique une autre mécanique pour déterminer les cotes et, ainsi, évaluer les résultats du point de vue des usagers. Ces résultats ont donc été déterminés à partir d'une comparaison avec deux types d'échelles préétablies. Plus de détails sur ces éléments sont fournis à l'annexe 3.

Première échelle : réponses quantitatives

Les cotes pour les réponses quantitatives (choix de réponse) données par les usagers lors des entrevues téléphoniques sont calculées à partir des moyennes de leurs réponses aux différentes questions pour chacune des dimensions. Chaque question a donc un poids égal. La réponse moyenne est ensuite évaluée selon l'échelle suivante (tableau 3).

TABLEAU 3

Échelle d'évaluation des réponses quantitatives

Cote	Étendue	Seuils
3	[3 – 3,99]	≥ 90 % et ≤ 100 %
2	[2 – 2,99]	≥ 75 % et < 90 %
1	[1 – 1,99]	≥ 50 % et < 75 %
0	[0 – 0,99]	≥ 0 % et < 50 %

Cette échelle s'applique aussi aux données de nature quantitative recueillies aux dossiers (p. ex., PI, intervenant-pivot, rupture de service, identification des besoins).

Première échelle : réponses qualitatives

Les cotes des données qualitatives sont calculées à partir des commentaires formulés lors des entrevues téléphoniques et des données recueillies dans les dossiers des usagers. Cette technique est très sensible et capte tout ce qui a pu incommoder un usager durant son cheminement dans le Réseau. Nous avons catégorisé ces éléments par thème (annexes 8 et 9).

TABLEAU 4

Échelle d'évaluation des réponses qualitatives

Cote	Étendue	Seuils
3	[3,99 – 3]	≥ 0 % et ≤ 25
2	[2,99 – 2]	> 25 % et ≤ 50 %
1	[1,99 – 1]	> 50 % et ≤ 75 %
0	[0,99 – 0]	> 75 % et ≤ 100 %

La cote est calculée sur la base de la proportion d'utilisateurs ayant relevé un thème précis pour chacune des dimensions. Ces proportions ont été transformées en cotes selon l'échelle d'évaluation présentée au tableau 4.

En résumé, en fonction de la nature des données, un résultat de 20 % est catégorisé de « très insatisfaisant » si la donnée est de nature quantitative, et de « très satisfaisant » si elle est de nature qualitative. Afin de faciliter la compréhension, les tableaux détaillés des résultats ont été ajoutés à la suite de chacune des dimensions, et un code de couleur rend clairement compte du niveau de satisfaction lié à chaque résultat.

Dimension 1 : Transmission et utilisation de l'information clinique relative à l'utilisateur

La dimension 1 fait référence aux moyens utilisés pour transmettre l'information clinique entre les intervenants et les installations selon le point de vue de l'utilisateur, par exemple, la connaissance de l'histoire de l'utilisateur par les intervenants. Le tableau 5 présente les résultats de l'ensemble des sites évalués pour cette dimension.

Faits saillants et cote pour l'ensemble des sites

Pour l'ensemble des sites évalués, 36 % des utilisateurs ont relevé un irritant lié à cette dimension lors des entrevues téléphoniques, ce qui s'apparente à la proportion d'irritants relevée par les évaluateurs au moment de la consultation des dossiers cliniques (42 %). Ces deux résultats sont considérés comme satisfaisants.

Il faut noter que les fréquences d'irritants relevées tant par les utilisateurs que les évaluateurs, ont été compilées à partir des commentaires formulés lors des entrevues téléphoniques et des données recueillies dans les dossiers cliniques. Cette technique est très sensible et capte tout ce qui a pu incommoder un utilisateur au cours de son cheminement dans le réseau. Ainsi, même si l'irritant est noté une seule fois par l'utilisateur, il a le même poids que celui s'étant manifesté toute l'année. Ces données facilitent l'identification des enjeux très précis pour les utilisateurs, mais leur généralisation est plus limitée. Pour plus de détails, voir l'annexe 3.

Les irritants relevés le plus fréquemment par les utilisateurs et par les évaluateurs sont dus à une communication insuffisante ou à un manque de communication entre les intervenants ou les installations. Pour les utilisateurs, cela se manifeste par la lourdeur occasionnée par la répétition de leur histoire lors des entretiens avec les intervenants ou par une quantité trop importante d'informations demandées par ces derniers. Du côté des évaluateurs, cela se manifeste principalement par un bris de communication entre les intervenants ou entre les installations noté aux dossiers cliniques.

La moyenne des réponses données par les utilisateurs aux questions quantitatives est de 67 %, ce qui est un résultat insatisfaisant. Le résultat le plus faible est la proportion d'utilisateurs ayant rarement eu à répéter leur histoire à de nouveaux intervenants, qui est de 53 %, alors que la cible pour un résultat satisfaisant se situe à 75 %.

Ainsi, la cote moyenne attribuée à cette dimension est de 2,0 pour l'ensemble des sites évalués, ce qui correspond à un résultat « satisfaisant ». Le principal enjeu concerne la circulation de l'information entre les intervenants et les installations, et l'utilisation de cette information afin de diminuer la lourdeur ressentie par les utilisateurs.

Tableau 5

Résultats pour la dimension 1 transmission et utilisation de l'information clinique relative à l'utilisateur selon le site évalué

Indicateurs en lien avec la dimension 1		Sites					
		RTS 1	RTS 2	RTS 3	RTS 4	RTS 5	RTS 6
		N=15	N=13	N=16	N=15	N=16	N=15
Entrevue téléphonique avec les usagers	1.1 Moyenne des réponses quantitatives des usagers; et plus spécifiquement la proportion ayant rarement eu à :	80%	73%	69%	50%	60%	74%
	1.1.1 ...répéter leur histoire	60%	69%	63%	27%	44%	60%
	1.1.2 ...transmettre des papiers ou des documents à des intervenants	100%	77%	75%	73%	75%	87%
	1.2 Proportion des usagers ayant relevé un irritant**; et plus particulièrement en lien avec :	13%	38%	31%	60%	38%	33%
	1.2.1 ...un manque de communication	13%	31%	25%	53%	31%	27%
	1.2.2 ...l'utilisation de l'utilisateur comme courroie de transmission	7%	15%	19%	13%	19%	0%
	1.2.3 ...le caractère inapproprié d'un outil de collecte de données	0%	0%	0%	0%	0%	7%
		N=16	N=14	N=16	N=15	N=16	N=15
Collecte dossiers cliniques des usagers	1.3 Proportion des usagers pour lesquels un irritant** a été relevé par les évaluateurs; et plus particulièrement en lien avec :	31%	43%	6%	60%	50%	67%
	1.3.1 ...une communication insuffisante	25%	29%	0%	53%	44%	60%
	1.3.2 ...un manque d'informations lors d'un transfert	0%	21%	0%	7%	6%	0%
	1.3.3 ...l'utilisation de l'utilisateur comme courroie de transmission	0%	7%	6%	0%	6%	7%
	1.3.4 ...la méconnaissance des mécanismes de transfert	6%	0%	0%	13%	0%	0%
Cote		3,0	2,0	3,0	1,5	2,0	2,0
* Le N pour chacun des indicateurs peut être inférieur au N présenté en raison des non réponses ou des refus de répondre des usagers.							
** Le descriptif des irritants (sections 1.2 et 1.3) est présenté aux Annexes 8 et 9.							
		Très insatisfaisant	Insatisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant		
		0	1	2	3		

Particularités des sites

- Deux sites se distinguent positivement des autres sites évalués :
 - Dans le premier cas (RTS 1), tous les usagers jugent avoir rarement eu à transmettre des documents à des intervenants.
 - Dans l'autre cas (RTS 3), très peu d'irritants ont été notés aux dossiers par les évaluateurs (6 %).
- Un site (RTS 4) se situe sous la moyenne et se voit attribuer une cote de 1,5. Pour les trois grandes composantes de la cote, ce site affiche un résultat « insatisfaisant », mais le résultat le plus préoccupant concerne la forte proportion d'utilisateurs ayant eu à répéter leur histoire à de nouveaux intervenants (73 %).
- Dans un site (RTS 2), un manque d'informations plus élevé (21 %) lors des transferts a été noté par les évaluateurs lors de la consultation des dossiers cliniques comparativement à la moyenne de tous les sites évalués (5 %).

Dimension 2 : Besoins de l'utilisateur

La dimension 2 regroupe les éléments relatifs à la prise en considération des besoins de l'utilisateur tout au long de son cheminement clinique. Les outils de collecte visaient principalement à déterminer si les utilisateurs avaient eu l'occasion d'exprimer leurs besoins afin que les interventions soient adaptées en ce sens. Le tableau 6 présente les résultats de l'ensemble des sites évalués pour cette dimension.

Faits saillants et cote pour l'ensemble des sites

Généralement, les utilisateurs jugent dans une proportion d'environ 90 % avoir été évalués, que l'évaluation porte également sur leur famille, leurs proches et leur environnement, et que les services reçus ont répondu à leurs besoins. De leur côté, bien que le résultat soit satisfaisant, les évaluateurs ont noté une duplication des questionnaires ou des évaluations pour 27 % des utilisateurs. De plus, le caractère non commun des évaluations est relevé pour 16 % des utilisateurs, c'est-à-dire que des évaluations ont été réalisées sans concertation entre deux installations alors qu'elles auraient pu être planifiées pour se réaliser de façon commune. Ces résultats ne sont cependant pas corroborés par les utilisateurs qui affirment avoir été évalués en double dans une proportion de seulement 7 %.

Plus de la moitié des utilisateurs (57 %) ont noté un irritant en lien avec cette dimension, ce qui est un résultat insatisfaisant. Ceux relevés le plus souvent sont une quantité insuffisante de services reçus en lien avec leurs besoins (40 %) et le caractère des services reçus mal adapté à leur situation ou à leurs besoins (33 %). Pour ce dernier point, les utilisateurs évoquent généralement le fait qu'ils ont reçu un service dont ils avaient besoin, mais pas nécessairement celui qu'ils estimaient le mieux pour eux ou encore que les modalités d'intervention auraient pu être meilleures. Par exemple, ce n'était pas le bon moment pour donner un service particulier, ou encore le service n'était pas adapté à la situation de l'utilisateur, comme dans un cas où on travaillait sur la base de pictogrammes avec une utilisatrice ayant une déficience visuelle.

Les proportions d'utilisateurs pour lesquels une évaluation globale des besoins a été trouvée aux dossiers sont de 47 % pour les utilisateurs adultes (OÉMC) et de 65 %, indépendamment de l'outil, pour les utilisateurs de moins de 18 ans. Ces deux résultats sont insatisfaisants au regard des cibles à atteindre, qui sont de 90 % pour 2020. La cible de 90 % pour les utilisateurs adultes est celle fixée au *Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2015-2020*³⁶. Par souci de cohérence, la même cible a été appliquée aux utilisateurs de moins de 18 ans, mais sans que l'on recherche un outil d'évaluation particulier dans les dossiers. Pour plus de détails, voir l'annexe 3.

Ainsi, la cote moyenne attribuée à cette dimension est de 2,0 pour l'ensemble des sites évalués, ce qui correspond à un résultat « satisfaisant ». Le principal enjeu concerne l'évaluation globale des besoins. Cela pourrait expliquer en partie les proportions d'utilisateurs ayant déclaré avoir eu trop peu de services ou avoir reçu des interventions mal adaptées à eux.

Tableau 6

Résultats pour la dimension 2 besoins de l'utilisateur selon le site évalué

Indicateurs en lien avec la dimension 2		Sites						Moyenne
		RTS 1	RTS 2	RTS 3	RTS 4	RTS 5	RTS 6	
		N=15	N=13	N=16	N=15	N=16	N=15	
Entrevue téléphonique avec les usagers	2.1 Moyenne des réponses quantitatives des usagers; et plus spécifiquement la proportion jugeant :	93%	94%	87%	73%	92%	95%	90%
	2.1.1 ...avoir été évaluée	93%	92%	88%	73%	88%	93%	89%
	2.1.2 ...que l'évaluation a porté sur leur famille, leurs proches et leur environnement	92%	89%	100%	73%	93%	93%	91%
	2.1.3 ...que les services reçus ont répondu à leurs besoins	93%	100%	73%	73%	94%	100%	89%
	2.2 Proportion des usagers ayant relevé un irritant**; et plus particulièrement en lien avec :	33%	46%	69%	67%	56%	67%	57%
	2.2.1 ...une quantité insuffisante de services reçus	13%	31%	44%	53%	31%	67%	40%
	2.2.2 ...le caractère mal adapté d'une intervention	20%	23%	44%	40%	31%	40%	33%
	2.2.3 ...la duplication d'un questionnaire ou d'une évaluation	7%	15%	0%	7%	13%	0%	7%
Collecte dossiers cliniques des usagers		N=16	N=14	N=16	N=15	N=16	N=15	N=92*
	2.3 Proportion des usagers pour lesquels un irritant** a été relevé par les évaluateurs; et plus particulièrement en lien avec :	63%	36%	25%	40%	38%	53%	42%
	2.3.1 ...la duplication d'un questionnaire ou d'une évaluation	38%	36%	6%	27%	31%	27%	27%
	2.3.2 ...le caractère non commun des évaluations	25%	0%	19%	20%	6%	27%	16%
	2.4 Proportion des usagers pour lesquels les besoins sont identifiés aux dossiers par les évaluateurs	100%	88%	100%	81%	94%	88%	96%
	2.5 Proportion des usagers ayant une évaluation globale des besoins aux dossiers (usagers adultes, OEMC)	14%	29%	43%	100%	50%	43%	47%
	2.6 Proportion des usagers ayant une évaluation globale des besoins aux dossiers (usagers moins de 18 ans)	63%	43%	63%	71%	100%	50%	65%
	2.7 Proportion des usagers pour lesquels les besoins identifiés aux dossiers ont été répondus selon les évaluateurs	92%	67%	85%	67%	77%	82%	78%
Cote		2,5	2,0	2,0	2,0	2,5	2,0	2,0
* Le N pour chacun des indicateurs peut être inférieur au N présenté en raison des non réponses ou des refus de répondre des usagers.		Très insatisfaisant		Insatisfaisant		Satisfaisant		Très satisfaisant
** Le descriptif des irritants (sections 2.2 et 2.3) est présenté aux Annexes 8 et 9.		0		1		2		3

Particularités des sites

- Deux sites se distinguent positivement des autres sites évalués :
 - Dans le premier cas (RTS 1), peu d'irritants ont été déclarés par les usagers lors des entretiens téléphoniques (33 %), notamment en lien avec une quantité insuffisante de services reçus (seulement 13 %). De plus, les évaluateurs jugent que, pour la grande majorité des usagers, les services rendus ont répondu aux besoins identifiés aux dossiers (92 %).
 - Dans l'autre cas (RTS 5), les évaluateurs ont repéré aux dossiers une évaluation globale des besoins pour tous les usagers de moins de 18 ans.
- Dans un site (RTS 4), un OEMC a été trouvé aux dossiers pour tous les usagers adultes, ce qui le distingue fortement et de façon positive de la moyenne (47 %). De plus, on retrouve une évaluation globale des besoins aux dossiers de 71 % des usagers de moins de 18 ans, ce qui est semblable à la moyenne. Cependant, ces résultats ne se reflètent pas dans les réponses des usagers, qui sont moins nombreux à affirmer que les services ont répondu à leurs besoins et davantage à relever avoir reçu trop peu de services ou des interventions mal adaptées à eux.

Dimension 3 : Fluidité du cheminement de l'utilisateur

La dimension 3 traite du cheminement de l'utilisateur dans les services. Plus précisément, elle s'intéresse à la coordination et à la fluidité entre les différentes installations et entre les services, tant sur le plan de la duplication des services que sur le plan du suivi des demandes. Les ruptures de service sont également considérées. Le tableau 7 présente les résultats de l'ensemble des sites évalués pour cette dimension.

Faits saillants et cote pour l'ensemble des sites

La majorité des usagers juge que tous les services reçus étaient nécessaires (92 %) et ne pas avoir eu un service en double ni à remplir deux fois un questionnaire semblable (90 %). Ces deux résultats sont très satisfaisants. Par ailleurs, une proportion relativement faible d'irritants a été mentionnée par les usagers lors des entrevues téléphoniques (38 %), ce qui est satisfaisant. Les irritants les plus souvent mentionnés par les usagers sont le manque de suivi des demandes de service (18 %), le manque de coordination entre les installations (14 %) et les ruptures de service (14 %).

Dans plus de la moitié des dossiers des usagers (60 %), les évaluateurs ont noté des ratés relatifs à cette dimension, ce qui correspond un résultat insatisfaisant. Les thèmes problématiques suivants ont été recensés et sont associés à l'organisation des services :

- Dans 23 % des cas, des services spécifiques sont donnés par la mission CR, par exemple le répit, les activités socioprofessionnelles et communautaires.
- Dans une proportion de 22 % un chevauchement entre des services de nature semblable a été relevé, par exemple deux éducateurs spécialisés (CLSC et CRDITED) assurant le suivi d'un usager simultanément pour le même motif (p.ex., pour un stage en milieu de travail).
- Finalement, un manque de coordination de services a été noté pour 17 % des usagers.

De plus, pour 41 % des usagers, une rupture de service a été détectée aux dossiers cliniques, ce qui est également un résultat insatisfaisant. Pour qu'une rupture de service soit comptabilisée, les évaluateurs devaient constater un trou de service de plus d'un mois, sans que cela soit planifié aux dossiers (p. ex., fermeture de service ou rendez-vous de suivi dans trois mois). L'écart avec les réponses des usagers (14 % de rupture de service) peut s'expliquer, soit par le fait que les évaluateurs n'ont pas pu constater que ces ruptures de service étaient planifiées aux dossiers, soit parce que les usagers jugent que plus d'un mois sans service ne constitue pas une rupture de service.

Ainsi, la cote moyenne attribuée à cette dimension est de 2,0 pour l'ensemble des sites évalués, ce qui correspond à un résultat « satisfaisant ». Les principaux enjeux concernent l'arrimage entre les installations en ce qui a trait à l'organisation des services, et les ruptures dans le cadre des services offerts aux usagers.

Tableau 7

Résultats pour la dimension 3 fluidité du cheminement de l'utilisateur selon le site évalué

Indicateurs en lien avec la dimension 3		Sites						Moyenne
		RTS 1	RTS 2	RTS 3	RTS 4	RTS 5	RTS 6	
		N=15	N=13	N=16	N=15	N=16	N=15	
Entrevue téléphonique avec les usagers	3.1 Moyenne des réponses quantitatives des usagers; et plus spécifiquement la proportion jugeant :	97%	88%	79%	96%	87%	100%	91%
	3.1.1 ...tous les services reçus nécessaires	100%	100%	71%	92%	92%	100%	92%
	3.1.2 ...n'avoir eu aucun service en double ou à compléter deux fois le même type de questionnaire	93%	75%	87%	100%	81%	100%	90%
	3.2 Proportion des usagers ayant relevé un irritant**; et plus particulièrement en lien avec :	40%	31%	44%	53%	31%	27%	38%
	3.2.1 ...un manque de suivi d'une demande de service	7%	23%	19%	27%	6%	27%	18%
	3.2.2 ...un manque de coordination	7%	8%	13%	27%	25%	7%	14%
	3.2.3 ...une rupture de service	27%	8%	25%	20%	0%	7%	14%
	3.2.4 ...la prestation d'un service redondant	0%	15%	19%	13%	6%	0%	9%
	3.2.5 ...la prestation d'un service non désiré pour pallier le manque d'accès au service désiré	0%	0%	6%	7%	0%	0%	2%
Collecte dossiers cliniques des usagers		N=16	N=14	N=16	N=15	N=16	N=15	N=92*
	3.3 Proportion des usagers pour lesquels un irritant** a été relevé par les évaluateurs; et plus particulièrement en lien avec :	56%	71%	63%	73%	38%	60%	60%
	3.3.1 ...un service spécifique donné par la mission CR	13%	43%	31%	0%	25%	27%	23%
	3.3.2 ...un chevauchement entre des services de nature semblable	6%	29%	25%	40%	13%	20%	22%
	3.3.3 ...un manque de coordination entre les installations ou les partenaires	6%	14%	13%	33%	13%	27%	17%
	3.3.4 ...une fermeture de dossier à la suite d'une demande de service vers une autres installation	31%	0%	0%	0%	0%	0%	7%
	3.3.5 ...une rupture de service à la suite d'une demande de service vers une autres installation	0%	7%	0%	7%	0%	0%	2%
	3.4 Proportion des usagers pour lesquels aucune rupture de service n'a été relevée par les évaluateurs	62%	93%	56%	47%	50%	47%	59%
Cote		2,5	2,5	2,0	2,0	2,0	2,5	2,0

* Le N pour chacun des indicateurs peut être inférieur au N présenté en raison des non réponses ou des refus de répondre des usagers.

** Le descriptif des irritants (sections 3.2 et 3.3) est présenté aux Annexes 8 et 9.

Très insatisfaisant	Insatisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant
0	1	2	3

Particularités des sites

- Trois sites se distinguent positivement des autres sites évalués :
 - Dans deux de ces sites (RTS 1 et RTS 6), les réponses aux questions quantitatives des usagers ont été très positives, respectivement de 97 % et de 100 %, ce qui améliore la cote de ces sites.
 - Pour l'autre site (RTS 2), le résultat s'explique par la très faible proportion (seulement 7 %) d'utilisateurs pour lesquels une rupture de service a été notée aux dossiers.
- Dans un site (RTS 3), les utilisateurs ont été particulièrement critiques de la nécessité des services, puisque 29 % ne les ont pas tous jugés nécessaires, alors que cette proportion est en moyenne de 8 %.
- Dans un autre site (RTS 4), aucun service spécifique donné par la mission CR n'a été relevé par les évaluateurs. Cependant, ce site affiche les plus fortes proportions de chevauchement entre des services de nature semblable et de manque de coordination entre les installations, autant du point de vue des utilisateurs que de celui des évaluateurs.

Dimension 4 : Accompagnement de l'utilisateur

La dimension 4 fait référence aux mécanismes mis en place autour de l'utilisateur dans le but de le guider à travers les services. Elle aborde donc les aspects relatifs au soutien offert à l'utilisateur et à la constance de ce soutien, notamment sur le plan du roulement de personnel. Le tableau 8 présente les résultats de l'ensemble des sites évalués pour cette dimension.

Faits saillants et cote pour l'ensemble des sites

En moyenne, pour l'ensemble des sites évalués, des proportions acceptables d'irritants sont relevées par les usagers lors des entrevues téléphoniques (48 %) ainsi que par les évaluateurs lors de la consultation des dossiers cliniques (38 %). Ces deux résultats sont considérés comme satisfaisants. L'absence d'une personne ressource et un bris de la continuité relationnelle ont été notés dans des proportions semblables par les usagers et par les évaluateurs. Cependant, les usagers relèvent davantage l'absence de soutien lors de l'accès (20 %) que les évaluateurs (4 %). Il peut être difficile de détecter ce problème à l'aide des dossiers cliniques, car souvent peu de notes sont consignées avant le début des services, ainsi les réponses des usagers sont sans doute plus représentatives de la réalité.

Les résultats aux questions quantitatives sont globalement insatisfaisants. Cela s'explique d'une part par le fait que le tiers des usagers jugent l'accès aux services difficile. D'autre part, seulement 63 % des usagers jugent avoir un intervenant-pivot, ou du moins, une personne qui les aide à organiser leurs services, étant donné que le concept d'intervenant-pivot est inconnu pour plusieurs usagers.

Ce dernier résultat est logique compte tenu de la proportion d'utilisateurs pour lesquels un intervenant-pivot a été relevé aux dossiers (54 %). Ce résultat, insatisfaisant, est probablement sous-estimé. En effet, les coordonnateurs cliniques n'ont été comptabilisés comme intervenant-pivot par les évaluateurs que s'ils étaient identifiés comme tels au dossier. Ce type d'intervenant est principalement présent au CRDP. Pour le CRDITED (TSA et DI), les usagers ont déclaré avoir un intervenant-pivot dans une proportion similaire à celle trouvée aux dossiers par les évaluateurs. Or, pour les usagers du CRDP (DL et DM), les évaluateurs ont trouvé beaucoup moins d'intervenants-pivots que ce qui a été déclaré par les usagers. Cependant, même si cette proportion était similaire, le résultat global demeurerait insatisfaisant.

Ainsi, la cote moyenne attribuée à cette dimension est de 2,0 pour l'ensemble des sites évalués, ce qui correspond à un résultat « satisfaisant ». Les principaux enjeux concernent la présence d'un intervenant-pivot et la connaissance de sa fonction de la part des usagers. Cela pourrait expliquer en partie les difficultés mentionnées par les usagers quant à l'accès aux services.

Tableau 8

Résultats pour la dimension 4 accompagnement de l'utilisateur selon le site évalué

Indicateurs en lien avec la dimension 4		Sites						Moyenne
		RTS 1	RTS 2	RTS 3	RTS 4	RTS 5	RTS 6	
		N=15	N=13	N=16	N=15	N=16	N=15	
Entrevue téléphonique avec les usagers	4.1 Moyenne des réponses quantitatives des usagers; et plus spécifiquement la proportion :	80%	79%	69%	63%	64%	78%	72%
	4.1.1 ...sachant quoi faire pour avoir accès aux services	93%	69%	81%	60%	81%	87%	79%
	4.1.2 ...jugant l'accès aux services facile	80%	92%	50%	53%	56%	73%	67%
	4.1.3 ...sachant à qui s'adresser en cas de problème	80%	77%	75%	80%	81%	80%	79%
	4.1.4 ...affirmant avoir un intervenant pivot	67%	77%	67%	60%	38%	73%	63%
	4.2 Proportion des usagers ayant relevé un irritant**, et plus particulièrement en lien avec :	27%	46%	44%	60%	50%	60%	48%
	4.2.1 ...l'absence d'une personne ressource	7%	8%	38%	20%	13%	33%	20%
	4.2.2 ...l'absence de soutien lors de l'accès aux services	13%	23%	6%	33%	25%	20%	20%
	4.2.3 ...un bris dans la continuité relationnelle	13%	23%	6%	20%	19%	27%	18%
		N=16	N=14	N=16	N=15	N=16	N=15	N=92*
Collecte dossiers cliniques des usagers	4.3 Proportion des usagers pour lesquels un irritant** a été relevé par les évaluateurs; et plus particulièrement en lien avec :	50%	43%	25%	47%	38%	27%	38%
	4.3.1 ...un bris dans la continuité relationnelle	44%	29%	13%	33%	19%	20%	26%
	4.3.2 ...un soutien insuffisant durant les services	6%	21%	0%	20%	19%	7%	12%
	4.3.3 ...l'absence de soutien lors de l'accès aux services	6%	0%	13%	7%	0%	0%	4%
	4.4 Proportion des usagers pour lesquels un intervenant pivot a été trouvé aux dossiers	44%	36%	56%	67%	50%	73%	54%
Cote		2,0	2,0	2,0	1,5	2,0	2,0	2,0
* Le N pour chacun des indicateurs peut être inférieur au N présenté en raison des non réponses ou des refus de répondre des usagers.		Très insatisfaisant		Insatisfaisant		Satisfaisant		Très satisfaisant
** Le descriptif des irritants (sections 4.2 et 4.3) est présenté aux Annexes 8 et 9.		0		1		2		3

Particularités des sites

- Un site se distingue négativement des autres sites évalués :
 - Ce site (RTS 4) affiche de faibles proportions d'utilisateurs sachant quoi faire pour avoir accès aux services et jugeant facile l'accès aux services. De plus, une part plus grande des utilisateurs relève un manque de soutien lors de l'accès.
- Globalement, les utilisateurs sont plus nombreux à déclarer savoir quoi faire pour avoir accès aux services et moins nombreux à juger facile l'accès aux services. Cela est vrai pour tous les sites à l'exception du RTS 2, où ces proportions sont inversées.

Dimension 5 : Options de services disponibles pour l'utilisateur

La dimension 5 traite du rôle de l'utilisateur vis-à-vis de l'offre de service. En bref, elle cherche à savoir si des options de services ont été offertes à l'utilisateur, si les informations données par les intervenants sont claires, complètes, et lui permettent de participer pleinement au choix de ses services. Le tableau 9 présente les résultats de l'ensemble des sites évalués pour cette dimension.

Faits saillants et cote pour l'ensemble des sites

Les résultats aux questions quantitatives sont somme toute satisfaisants. Plus de 80 % des usagers jugent avoir eu accès à de l'information claire, adaptée et facile à comprendre autant sur leur état ou leur situation (81 %) que sur les services reçus (82 %). La majorité des usagers affirme avoir été impliquée au moment de choisir leurs services (89 %).

Même si aucune question de l'entrevue téléphonique ne portait sur cet élément, 21 % des usagers ont mentionné avoir manqué d'informations sur les services disponibles autres que ceux qu'ils ont reçus.

Pour seulement 39 % des usagers, un plan d'intervention a été trouvé au dossier CLSC. Ce résultat est très faible et insatisfaisant. La part des usagers pour lesquels un plan d'intervention a été trouvé au CR est plus élevée et se situe à 78 %. Cependant, une grande disparité est notée entre les proportions retrouvées pour les usagers ayant eu des services au CRDITED (96 %) et ceux ayant eu des services au CRDP (60 %). Ce résultat est difficilement explicable et mérite d'être plus investigué. Par ailleurs, il est important de noter qu'en 2015, un seul plan d'intervention, peu importe le type (PI, PII, PSI), est nécessaire pour être comptabilisé. Cela ne donne aucune indication, par exemple, sur la révision systématique des PI tous les trois mois au CR, sur la qualité des plans ou sur l'utilisation du PSI lorsque c'est requis.

Ainsi, la cote moyenne attribuée à cette dimension est de 2,0 pour l'ensemble des sites évalués, ce qui correspond à un résultat « satisfaisant ». Le principal enjeu concerne la part importante d'usagers qui n'ont pas de plan d'intervention à leur dossier au CLSC et au CRDP, ce qui peut avoir une incidence sur la compréhension des services offerts à l'utilisateur autant pour les usagers eux-mêmes que pour les différents partenaires impliqués.

Tableau 9

Résultats pour la dimension 5 options de services disponibles pour l'utilisateur selon le site évalué

Indicateurs en lien avec la dimension 5		Sites						Moyenne N=90*
		RTS 1	RTS 2	RTS 3	RTS 4	RTS 5	RTS 6	
		N=15	N=13	N=16	N=15	N=16	N=15	
Entrevue téléphonique avec les usagers	5.1 Moyenne des réponses quantitatives des usagers; et plus spécifiquement la proportion :	87%	87%	83%	67%	86%	91%	83%
	5.1.1 ...ayant accès à de l'information claire, adaptée et facile à comprendre sur son état ou sa situation	87%	92%	81%	60%	88%	80%	81%
	5.1.2 ...ayant accès à de l'information claire, adaptée et facile à comprendre sur les services offerts	93%	85%	75%	67%	75%	100%	82%
	5.1.3 ...jugant avoir été impliquée au moment de choisir les services rendus	80%	85%	94%	73%	94%	93%	89%
	5.2 Proportion des usagers ayant relevé un irritant**; et plus particulièrement en lien avec :	60%	46%	44%	53%	38%	47%	48%
	5.2.1 ...un manque d'informations sur les services reçus	47%	15%	38%	20%	13%	27%	27%
	5.2.2 ...un manque d'informations sur les autres services disponibles	13%	15%	19%	27%	31%	20%	21%
	5.2.3 ...un manque d'informations sur son état ou sa situation	27%	23%	6%	20%	13%	20%	18%
	5.2.4 ...l'absence d'options de services	0%	0%	6%	40%	6%	13%	11%
	5.2.5 ...un manque de temps pour faire un choix sur les services	0%	8%	0%	0%	0%	0%	1%
		N=16	N=14	N=16	N=15	N=16	N=15	N=92*
Collecte dossiers cliniques	5.3 Proportion des usagers pour lesquels un plan d'intervention a été trouvé au dossier CLSC par les évaluateurs	21%	36%	36%	75%	20%	53%	39%
	5.4 Proportion des usagers pour lesquels un plan d'intervention a été trouvé au dossier CR par les évaluateurs	94%	79%	69%	67%	81%	80%	78%
Cote		2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,5	2,0

* Le N pour chacun des indicateurs peut être inférieur au N présenté en raison des non réponses ou des refus de répondre des usagers.
 ** Le descriptif des irritants (section 5.2) est présenté à l'Annexe 8.

Très insatisfaisant	Insatisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant
0	1	2	3

Particularités des sites

- Un site se distingue positivement des autres sites évalués :
 - Ce site (RTS 6) se démarque principalement en raison de l'unanimité des usagers affirmant avoir eu accès à de l'information claire, adaptée et facile à comprendre sur les services reçus. De plus, bien que le résultat soit insatisfaisant, 47 % des usagers n'avaient pas de plan d'intervention au CLSC, ce qui est quand même mieux que la moyenne de 14 points.
- Un site (RTS 1) se situe dans la moyenne malgré la très forte proportion d'utilisateurs qui n'ont pas de plan d'intervention au CLSC et une proportion élevée d'utilisateurs ayant déclaré un irritant (60 %), notamment en raison d'un manque d'informations sur les services reçus (47 %). En contrepartie, presque tous les utilisateurs (94 %) ont un plan d'intervention au CR, alors que la moyenne est de 78 %.
- À l'inverse, pour un autre site (RTS 4), seulement 67 % des utilisateurs ont un plan d'intervention au CR, mais le résultat global se situe dans la moyenne puisque 75 % des utilisateurs ont un plan d'intervention au CLSC, ce qui est le meilleur résultat parmi tous les sites évalués.

Dimension 6 : Accessibilité aux services

La dimension 6 traite de la question de l'accessibilité, que ce soit sous l'angle des délais ou encore sous l'angle économique. Ainsi, la planification des services et le recours à des services privés sont pris en compte. Le tableau 10 présente les résultats de l'ensemble des sites évalués pour cette dimension.

Faits saillants et cote pour l'ensemble des sites

En moyenne, les résultats quantitatifs sont satisfaisants, puisque la grande majorité des usagers (96 %) juge que les services ont été généralement donnés comme convenu. Cependant, 37 % des usagers affirment avoir payé pour obtenir un service ou de l'équipement, et 29 % se sont privés d'un service pour des raisons économiques. Ces deux résultats pris seuls sont insatisfaisants.

Une grande part des usagers (80 %) a relevé un irritant en lien avec cette dimension. La longueur des délais d'accès aux services et entre les services arrive de loin en tête des problèmes rencontrés par les usagers pour toutes les dimensions confondues : en effet, 64 % d'entre eux l'ont mentionnée.

Plusieurs usagers ont souligné la longueur des délais d'accès aux services, mais jugent également que les délais entre les services sont déraisonnables. Pour d'autres, un premier service est obtenu rapidement, mais avoir les services subséquents prend beaucoup de temps. La situation inverse est aussi évoquée. Ainsi, les barrières d'accès aux services pour les usagers ne se situent pas seulement au premier service.

Par ailleurs, 28 % des usagers ont relevé qu'à l'occasion, la planification des services était problématique, par exemple que les rendez-vous d'une heure sont écourtés de 30 minutes en raison du retard de l'intervenant, et 18 % affirment s'être privés d'un service jugé nécessaire. Dans le dernier cas, une très vaste gamme de services sont mentionnés par les usagers, tels que des services professionnels (ergothérapie, orthophonie) ou des services d'autres intervenants comme d'un éducateur spécialisé ou d'un auxiliaire aux services santé et sociaux.

Ainsi, la cote moyenne attribuée à cette dimension est de 1,5 pour l'ensemble des sites évalués, ce qui correspond à un résultat « insatisfaisant ». Les principaux enjeux concernent la longueur des délais d'accès aux services et entre les services, ainsi que l'achat de service ou d'équipement.

Tableau 10

Résultats pour la dimension 6 accessibilité aux services selon le site évalué

Indicateurs en lien avec la dimension 6		Sites						Moyenne N=90*
		RTS 1	RTS 2	RTS 3	RTS 4	RTS 5	RTS 6	
		N=15	N=13	N=16	N=15	N=16	N=15	
Entrevue téléphonique avec les usagers	6.1 Moyenne des réponses quantitatives des usagers; et plus spécifiquement la proportion :	69%	82%	81%	65%	75%	89%	77%
	6.1.1 ...jugant avoir eu accès aux services à la date fixée, à l'endroit et avec l'intervenant tel que convenu	93%	92%	94%	100%	94%	100%	96%
	6.1.2 ...n'ayant pas payé pour obtenir des services ou de l'équipement	33%	69%	75%	47%	69%	87%	63%
	6.1.3 ...ne s'étant pas privé de services pour des raisons économiques	80%	85%	75%	47%	62%	80%	71%
	6.2 Proportion des usagers ayant relevé un irritant**; et plus particulièrement en lien avec :	73%	69%	75%	87%	88%	87%	80%
	6.2.1 ...la longueur des délais d'accès	73%	62%	63%	53%	75%	60%	64%
	6.2.2 ...une planification problématique d'un service	13%	23%	50%	13%	31%	33%	28%
	6.2.3 ...la privation d'un service	7%	0%	19%	40%	31%	7%	18%
	6.2.4 ...le recours au privé pour pallier les problèmes d'accès	27%	0%	6%	33%	6%	0%	12%
	6.2.5 ...la privation de matériel lié à la déficience de l'utilisateur	0%	0%	13%	27%	6%	13%	10%
	6.2.6 ...l'indisponibilité d'un service à proximité	0%	0%	6%	7%	0%	7%	3%
	Cote	1,5	2,0	1,5	1,0	1,5	1,5	1,5

* Le N pour chacun des indicateurs peut être inférieur au N présenté en raison des non réponses ou des refus de répondre des usagers.

** Le descriptif des irritants (section 6.2) est présenté à l'Annexe 8.

Très insatisfaisant	Insatisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant
0	1	2	3

Particularités des sites

- Un site se distingue positivement des autres sites évalués :
 - Ce site (RTS 2) se démarque par une plus faible proportion d'utilisateurs ayant payé pour obtenir un service ou de l'équipement (25 %) et par l'absence d'utilisateurs à avoir déclaré s'être privés d'un service, de matériel ou d'avoir eu recours à des services au privé pour pallier les problèmes d'accès.
- Inversement, un site se distingue négativement des autres sites évalués :
 - Ce site (RTS 4) affiche une plus forte proportion d'utilisateurs à s'être privés de services ou d'équipement et à avoir eu recours à des services au privé pour pallier les problèmes d'accès, ce qui explique le résultat.
- Le recours à des services au privé pour pallier les problèmes d'accès a été identifié comme un irritant par 12 % des utilisateurs, ce qui est relativement peu, mais ceux-ci sont concentrés principalement dans deux sites (RTS 1 et RTS 4). Généralement, les utilisateurs se tournent vers les ressources privées pour avoir un premier avis, par exemple pour une évaluation diagnostique, et des pistes d'action pour intervenir rapidement et adéquatement face à la nouvelle situation de déficience.

Dimension 7 : Expérience de l'utilisateur des services reçus

La dimension 7 couvre plusieurs aspects de l'expérience de l'utilisateur au regard des services obtenus. Par exemple, les questions cherchaient à connaître sa satisfaction globale sur les services reçus pour l'année 2015, le respect qu'il a ressenti et l'implication qu'il a eue dans le cadre de ses services. Le tableau 11 présente les résultats de l'ensemble des sites évalués pour cette dimension.

Faits saillants et cote pour l'ensemble des sites

Généralement, les résultats sont très positifs pour cette dimension. En effet, plus de 90 % des usagers jugent, dans le cadre des services, que :

- Les intervenants s'intéressent à leur environnement et à leurs habitudes de vie (93 %);
- Ils sont suffisamment impliqués à toutes les étapes (100 %);
- Ils se sont sentis en sécurité (96 %);
- Ils ont ressenti de l'empathie de la part des intervenants (94 %);
- Ils se sont sentis respectés (95 %);
- Les intervenants cherchent à améliorer leur situation (96 %).

Deux autres résultats, tout en étant positifs, sont moins partagés par l'ensemble des usagers. Ils se sentaient capables de faire ce que les intervenants ont demandé dans une proportion de 83 %, et ils sont satisfaits des services dans une proportion de 86 %.

Du côté des irritants relevés lors des entrevues téléphoniques, les résultats sont somme toute satisfaisants. Le thème rapporté le plus souvent par les usagers concerne le manque de compréhension de leur situation de la part des intervenants pour 32 % d'entre eux.

Ainsi, la cote moyenne attribuée à cette dimension est de 3,0 pour l'ensemble des sites évalués, ce qui correspond à un résultat « très satisfaisant ». Aucun enjeu particulier n'est présent, si ce n'est que de s'assurer que ce qui est demandé aux usagers correspond à leurs capacités et de tenir compte de la situation de l'utilisateur dans le cadre des services donnés.

Tableau 11

Résultats pour la dimension 7 expérience de l'usager des services reçus selon le site évalué

Indicateurs en lien avec la dimension 7		Sites						Moyenne N=90*
		RTS 1	RTS 2	RTS 3	RTS 4	RTS 5	RTS 6	
		N=15	N=13	N=16	N=15	N=16	N=15	
Entrevue téléphonique avec les usagers	7.1 Moyenne des réponses quantitatives des usagers; et plus spécifiquement la proportion :	93%	97%	92%	87%	92%	95%	93%
	7.1.1 ...jugant que les intervenants s'intéressent à leur environnement et leurs habitudes de vie	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	7.1.2 ...sentant avoir été impliquée à toutes les étapes des services reçus	87%	92%	88%	93%	94%	100%	93%
	7.1.3 ...se sentant capable de faire ce que les intervenants demandent	80%	92%	100%	73%	75%	80%	83%
	7.1.4 ...se sentant en sécurité durant les services	100%	100%	100%	93%	94%	93%	96%
	7.1.5 ...sentant de l'empathie de la part des intervenants	100%	100%	88%	80%	94%	100%	94%
	7.1.6 ...estimant avoir été respectée durant les services	100%	100%	81%	87%	100%	100%	95%
	7.1.7 ...estimant que les intervenants sont compétents et cherchent à améliorer leur situation	93%	92%	94%	93%	100%	100%	96%
	7.1.8 ...satisfaite des services reçus en 2015	87%	100%	88%	73%	81%	87%	86%
	7.2 Proportion des usagers ayant relevé un irritant**, et plus particulièrement en lien avec :	27%	38%	44%	60%	56%	20%	41%
	7.2.1 ...un manque de compréhension de la situation de l'utilisateur de la part des intervenants	7%	38%	38%	40%	50%	20%	32%
	7.2.2 ...un manque d'expertise d'un intervenant	13%	8%	13%	20%	19%	0%	12%
	7.2.3 ...une implication insuffisante de l'utilisateur dans ses services	7%	8%	6%	13%	6%	7%	8%
	7.2.3 ...un sentiment d'insécurité durant les services	7%	8%	6%	7%	0%	7%	6%
Cote		3,0	3,0	2,5	2,0	2,5	3,5	3,0

* Le N pour chacun des indicateurs peut être inférieur au N présenté en raison des non réponses ou des refus de répondre des usagers.

** Le descriptif des irritants (section 7.2) est présenté à l'Annexe 8.

Très insatisfaisant	Insatisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant
0	1	2	3

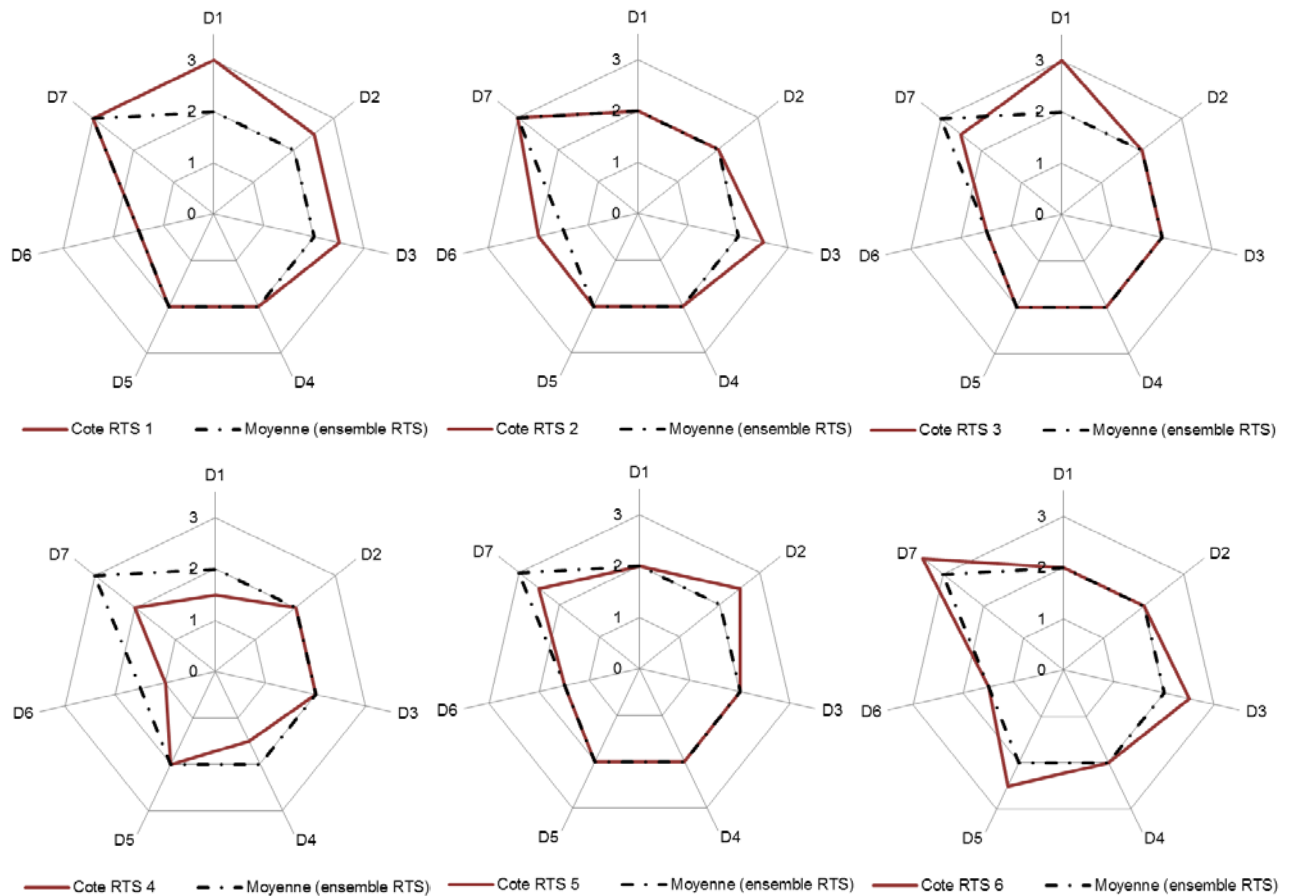
Particularités des sites

- Un site se distingue positivement des autres sites évalués :
 - Ce site (RTS 6) se démarque notamment en raison de la faible proportion d'utilisateurs ayant déclaré un irritant, seulement 20 %.
- Trois sites se distinguent négativement des autres sites évalués :
 - Deux de ces sites (RTS 3 et RTS 5) sont légèrement plus faibles que la moyenne en raison de la proportion des utilisateurs jugeant que les intervenants manquaient de compréhension à l'égard de leur situation.
 - Dans un site (RTS 4), cette problématique est également soulevée mais, de plus, 27 % des utilisateurs ne sont pas globalement satisfaits des services rendus et, dans la même proportion, ils ne se sont pas sentis capables de faire tout ce que les intervenants demandent.

Résultats de la perspective de l'utilisateur pour chacun des sites

GRAPHIQUE 10

Graphiques en radar de tous les sites évalués pour la perspective de l'utilisateur



Interprétation des résultats

0 = Très insatisfaisant
1 = Insatisfaisant
2 = Satisfaisant
3 = Très satisfaisant

Dimensions de la perspective de l'utilisateur

D1: Transmission et utilisation de l'information clinique relative à l'utilisateur
D2: Besoins de l'utilisateur
D3: Fluidité du cheminement de l'utilisateur
D4: Accompagnement de l'utilisateur
D5: Options de services disponibles pour l'utilisateur
D6: Accessibilité aux services
D7: Expérience de l'utilisateur des services reçus

4.3 Résultats par profil clinique

Les résultats de chacun des profils cliniques ont été calculés selon les paramètres de la perspective de l'utilisateur et les résultats détaillés sont présentés à l'annexe 10.

Premier profil : Usagers âgés de 0 à 5 ans présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA)

Tout d'abord, tous les sites ont recueilli le consentement pour quatre usagers TSA, ce qui porte le total à 24 usagers pour l'ensemble des sites évalués. Toutes les entrevues téléphoniques ont été réalisées avec un proche de l'utilisateur.

Comme le montre le graphique 9^{***}, pour cinq dimensions, les résultats sont similaires à la moyenne et, pour deux dimensions, les résultats se situent sous la moyenne.

Pour la dimension 6 (l'accessibilité aux services), le faible résultat s'explique par une forte proportion d'utilisateurs ayant payé pour des services ou de l'équipement (58 %) et s'être privés de services pour des raisons économiques (42 %). De plus, 83 % des utilisateurs mentionnent la longueur des délais d'accès aux services.

Pour la dimension 7 (l'expérience de l'utilisateur des services reçus), seulement 71 % des utilisateurs sont satisfaits des services reçus en 2015. Ce résultat se situe à 15 points sous la moyenne de l'ensemble des profils.

Globalement, les résultats suivants sont plus positifs pour les utilisateurs TSA, comparativement à la moyenne des autres profils et, notamment, pour les utilisateurs DL :

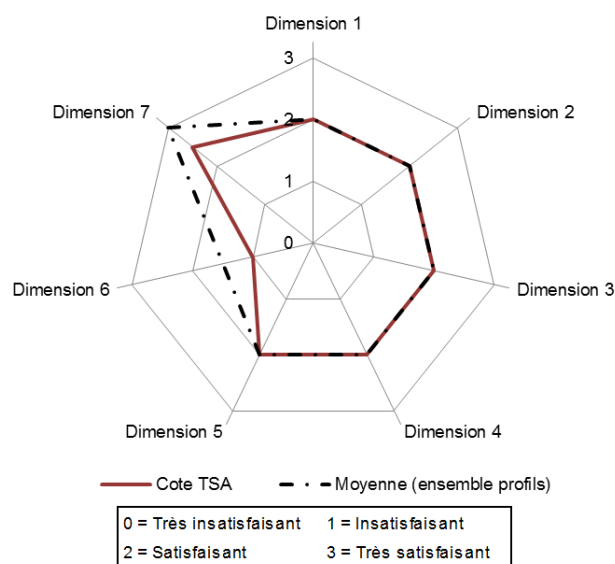
- Pour 88 % des utilisateurs, une évaluation globale des besoins se trouve aux dossiers (D2);
- 100 % des utilisateurs jugent que l'évaluation ne portait pas uniquement sur leur déficience, mais également sur leur famille, leurs proches et leur environnement (D2);
- Pour 96 % des utilisateurs, un plan d'intervention a été trouvé au dossier CR (D5);
- 92 % des utilisateurs jugent être capables de faire ce que les intervenants demandaient (D7).

D'autres résultats plus faibles que la moyenne méritent d'être mentionnés. Ainsi, plus de la moitié des utilisateurs TSA estime ne pas avoir eu suffisamment de services, ce qui pourrait expliquer que seulement 75 % jugent que les services reçus répondaient à leurs besoins (D2).

Les évaluateurs relèvent des services spécifiques donnés en mission CR pour 29 % des utilisateurs, et un manque de coordination entre les intervenants ou les installations pour 38 % d'entre eux. Ces constats peuvent s'expliquer par une présence simultanée plus longue du CLSC et du CR pour les utilisateurs TSA (3,1 mois) que pour les utilisateurs DL (0,7 mois) (D3).

Finalement, l'accès aux services semble plus problématique pour les utilisateurs TSA (D4). La moitié affirme ne pas savoir quoi faire pour avoir accès aux services et juge l'accès difficile.

GRAPHIQUE 11 :
Graphique en radar des utilisateurs TSA pour la perspective de l'utilisateur



*** D1 : Transmission de l'information relative à l'utilisateur; D2 : Besoins de l'utilisateur; D3 : Fluidité du cheminement de l'utilisateur; D4 Accompagnement de l'utilisateur; D5 : Options de services disponibles pour l'utilisateur; D6 : Accessibilité aux services; et D7 : Expérience de l'utilisateur des services reçus.

Deuxième profil : Usagers âgés de 0 à 12 ans présentant une déficience du langage (DL)

Tout d'abord, tous les sites ont recueilli le consentement de trois ou quatre usagers DL, pour un total de 22 usagers pour l'ensemble des sites évalués. Toutes les entrevues téléphoniques ont été réalisées avec un proche de l'utilisateur.

Pour trois dimensions, les usagers DL ont un résultat similaire à la moyenne, tandis que pour les dimensions 4, 5 et 7 les résultats se situent sous la moyenne.

Pour la dimension 4 (accompagnement de l'utilisateur), le résultat s'explique par une faible part des usagers affirmant avoir un intervenant-pivot (50 %) et la très faible part des usagers pour lesquels un intervenant-pivot a été identifié aux dossiers (18 %). De plus, 41 % des usagers jugent l'accès aux services difficile.

Pour la dimension 5 (options de services disponibles pour l'utilisateur), la cote s'explique par les faibles proportions d'utilisateurs pour lesquels un PI, PII ou PSI a été trouvé autant aux dossiers du CR qu'à ceux du CLSC.

Pour la dimension 7 (l'expérience de l'utilisateur des services reçus), 27 % des utilisateurs ont affirmé ne pas être capables de faire ce que les intervenants leur ont demandé. Cela met en relief un aspect important de la dynamique en DP, DI-TSA : les utilisateurs ont des besoins très variés et, conséquemment, les intervenants doivent être sensibles à leurs spécificités et à celles de leurs proches. Ainsi, les résultats portent à croire que pour plusieurs utilisateurs DL les efforts demandés (p. ex., exercices à la maison) sont trop exigeants pour les proches.

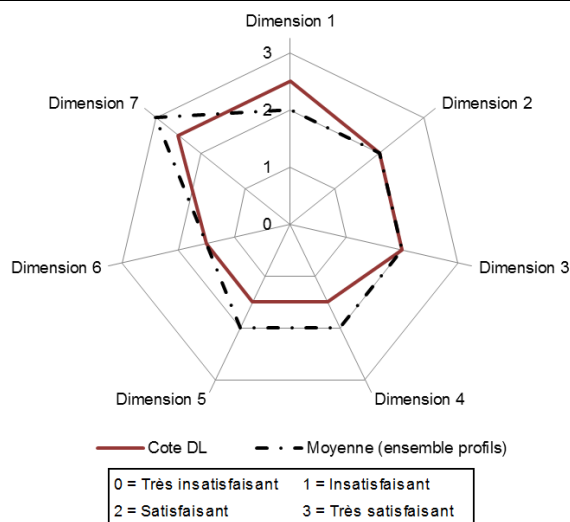
Des lacunes sont notées quant à l'évaluation des besoins des utilisateurs DL (D2) : aussi peu que 41 % d'entre eux ont une évaluation globale des besoins aux dossiers, bien qu'ils affirment tous avoir été évalués. Cela peut avoir une incidence sur les services rendus, car la moitié des utilisateurs notent que certaines interventions sont mal adaptées à leur situation.

Pour près de la moitié des utilisateurs, les évaluateurs jugent que les services ne répondent pas aux besoins prioritaires identifiés aux dossiers (D2). Cela contraste avec les réponses des utilisateurs qui, en grande majorité, affirment que les services répondent à leurs besoins. La différence peut s'expliquer par le fait que les utilisateurs ont été questionnés sur les services reçus en 2015, alors que les évaluateurs se sont référés à la gamme de services disponibles.

Les utilisateurs DL affichent un résultat supérieur à la moyenne pour la dimension 1, transmission et utilisation de l'information clinique relative à l'utilisateur. Ce résultat est attribuable, notamment, à la faible proportion d'utilisateurs pour lesquels une communication insuffisante est relevée par les évaluateurs. Concrètement, cela signifie que peu de cas ont été répertoriés où est observé un bris dans la communication entre les intervenants, les installations ou les partenaires.

Finalement, la continuité relationnelle est très bonne pour les utilisateurs DL (D4). Ainsi, peu de roulement de personnel est relevé par les évaluateurs et les utilisateurs, et ces derniers jugent avoir développé un lien de confiance avec les intervenants.

GRAPHIQUE 12 :
Graphique en radar des utilisateurs DL pour la perspective de l'utilisateur



Troisième profil : Usagers âgés de 18 à 22 ans présentant une déficience intellectuelle (DI)

Tout d'abord, tous les sites ont recueilli le consentement de trois ou quatre usagers DI, pour un total de 23 usagers pour l'ensemble des sites évalués. Presque toutes les entrevues téléphoniques ont été réalisées avec un proche de l'utilisateur, sauf une où l'utilisateur a fait l'entrevue lui-même. Par ailleurs, 2 usagers n'ont pas fait l'entrevue (1 refus et 1 non rejoint). Les usagers recherchés devaient avoir eu un parcours socioprofessionnel en 2015, ce qui s'est avéré le cas pour 13 d'entre eux (57 %).

Pour trois dimensions de la perspective de l'utilisateur, les usagers DI ont un résultat similaire à la moyenne. Pour les quatre autres dimensions (dimensions 1, 2, 5 et 6), les résultats sont supérieurs à la moyenne.

Une particularité des usagers DI par rapport à la plupart des usagers des autres profils est que leur déficience est connue depuis un certain temps : les intervenants les connaissent déjà bien, et leurs proches sont généralement habitués à intervenir auprès d'eux. Ainsi, certains résultats sont plus positifs que pour les autres profils, mais ils ne sont pas étonnants au regard des particularités de cette clientèle.

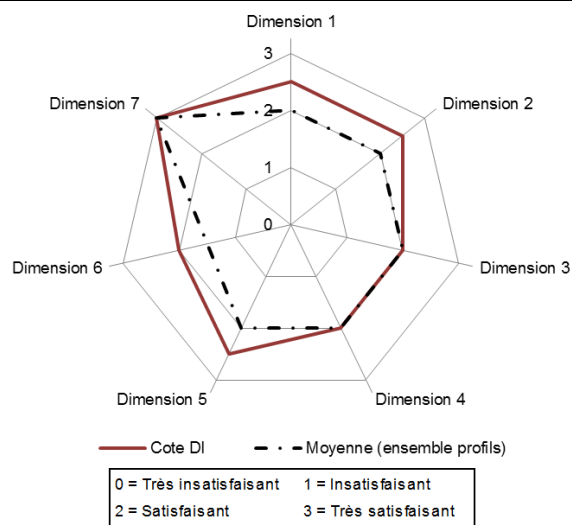
Les usagers relèvent avoir eu assez peu de services en double ou d'évaluations en double (5 %) lorsque ils ont été questionnés directement sur ces aspects (D3). Cela concorde avec les commentaires donnés lors des entrevues, où un seul usager a mentionné la duplication d'un questionnaire ou d'une évaluation (D2). Les usagers sont plus nombreux à affirmer savoir à qui s'adresser en cas de problème (D4), et ils jugent en grande majorité avoir de l'information claire, adaptée et facile à comprendre sur leurs services, ainsi que sur leur état et leur situation (D5). Finalement, ils jugent tous avoir été impliqués au moment de choisir leurs services (D5).

Un autre résultat intéressant est qu'aucun usager n'a eu recours à des services privés pour pallier les problèmes d'accès aux services publics (D6). Ce résultat pourrait être expliqué par le fait que les usagers ont des services depuis longtemps plutôt que d'être dans une dynamique d'accès à de nouveaux services. De plus, les usagers DI et les usagers DM (quatrième profil) sont ceux qui identifient comme le moins problématiques les délais pour l'accès aux services et entre les services (D6).

Cependant, si l'on se fie aux différents indicateurs, cette continuité peut témoigner d'un manque de coordination entre les missions CLSC et CR et même entre les intervenants à l'intérieur de ces missions (D3). Du côté de la transmission de l'information clinique (D1), le problème le plus relevé, autant par les usagers que par les évaluateurs, est le bris dans la communication ou, encore, une communication insuffisante entre les intervenants et entre les installations.

Chez les usagers DI, davantage de cas sont répertoriés où il semble y avoir un chevauchement entre des services de nature semblable et où des services spécifiques sont donnés par la mission CR (D3). Par exemple, un cas a été relevé où deux éducateurs spécialisés assurent le suivi du stage d'un usager sans qu'il y ait aucune communication ou aucune coordination entre eux.

GRAPHIQUE 13 :
Graphique en radar des usagers DI pour la perspective de l'utilisateur



Quatrième profil : Usagers âgés de 45 à 65 ans présentant une déficience motrice (DM)

Tout d'abord, tous les sites ont recueilli le consentement de trois ou quatre usagers DM, pour un total de 23 usagers pour l'ensemble des sites évalués. Toutes les entrevues téléphoniques ont été réalisées avec l'utilisateur. Les usagers recherchés devaient « idéalement » être amputés en 2015, ce qui s'est avéré le cas pour seulement neuf d'entre eux (39%), dix usagers ont un profil neurologique, dont huit sont atteints de sclérose en plaques (SEP), trois usagers ont eu un accident vasculaire cérébral (AVC), et un usager souffre de polyarthrite rhumatoïde.

Pour cinq dimensions de la perspective de l'utilisateur, les usagers DM ont un résultat similaire à la moyenne. Pour les dimensions 2 et 3, les résultats sont supérieurs à la moyenne.

En ce qui concerne la dimension 2 (besoins de l'utilisateur), les usagers DM se distinguent positivement sur deux points, notamment :

- La grande majorité des usagers juge que les services reçus répondent à leurs besoins; le même constat est fait par les évaluateurs en comparant les services rendus aux usagers avec les besoins prioritaires identifiés aux dossiers;
- Relativement peu d'utilisateurs ont noté ne pas avoir eu suffisamment de services (17 %) et jugé certaines interventions mal adaptées à leur situation (17 %).

Pour la dimension 3, fluidité du cheminement de l'utilisateur, le résultat plus élevé s'explique par le fait que les utilisateurs identifient très peu d'irritants en lien avec cette dimension : la coordination et l'arrimage entre les installations et les intervenants semblent adéquats.

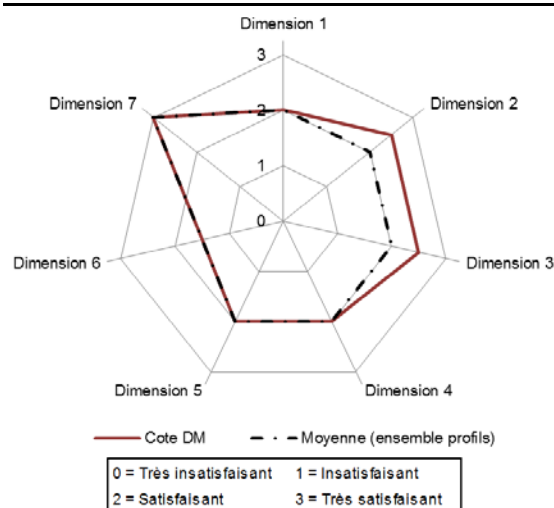
Le tiers des utilisateurs DM (SEP) sont dans une situation semblable aux utilisateurs DI. Leur condition est connue et suivie depuis un certain temps, tandis que, pour la majorité des autres utilisateurs DM, leur situation a changé de manière draconienne en 2015 en raison des conséquences de leur nouvelle déficience physique (amputation, AVC). Cependant, les autres utilisateurs DM se comparent difficilement aux autres profils, car leur parcours de soins a souvent débuté à l'hôpital avec des services très intensifs.

De plus, un autre résultat positif pour les utilisateurs DM est que la plupart d'entre eux ont affirmé savoir quoi faire pour avoir accès aux services et que cet accès est facile (D4).

Cependant, des résultats méritent une attention particulière. Près de la moitié des utilisateurs affirment avoir un intervenant-pivot (57 %), tandis que les évaluateurs ont identifié un intervenant-pivot pour 43 % d'entre eux (D4). Ces deux résultats, près de la moyenne, demeurent faibles. Ce ne sont pas tous les utilisateurs DM qui ont un PI, PII ou PSI autant au CLSC qu'au CRDP (D5), et seulement 62 % des utilisateurs ont un OÉMC au dossier (D2).

La communication est aussi un aspect préoccupant (D1). La moitié des utilisateurs jugent avoir eu à répéter souvent leur histoire à de nouveaux intervenants, et les irritants les plus rapportés, autant par les utilisateurs que les évaluateurs, sont le bris dans la communication et une communication insuffisante entre les intervenants et entre les installations.

GRAPHIQUE 14 :
Graphique en radar des utilisateurs DM pour la perspective de l'utilisateur



Section 5 – Pistes d'amélioration et recommandations

La section qui suit synthétise les constats présentés précédemment et formule des recommandations issues de l'analyse croisée des deux perspectives. Rappelons que les huit dimensions de la perspective organisationnelle et les sept dimensions de la perspective de l'utilisateur ne sont pas identiques, c'est d'ailleurs la raison pour laquelle elles ont été présentées séparément. Toutefois, afin de faciliter la lecture et surtout parce que les leviers de changement en vue d'améliorer l'intégration des services pour les usagers se situent dans les organisations, c'est à partir de cet angle que les recommandations sont élaborées.

Ainsi, ajoutées aux constats qui se dégagent de la perspective organisationnelle, les données issues de la lecture des dossiers cliniques des usagers et des entrevues auprès de ceux-ci peuvent être repérées plus précisément dans les dimensions suivantes :

Dimension 1 : Système d'information, transfert, communication et accès à l'information

- Les usagers pallient une partie des défaillances en matière de transmission et d'utilisation de l'information clinique, ce qui se traduit notamment par l'obligation de répéter leur histoire.
- Des erreurs de codification ont été repérées dans les dossiers d'usagers, principalement pour la mission CLSC.

Dimension 3 : Engagement à offrir des services intégrés

- Les données concernant les usagers ont permis de valider que les mécanismes du RSI ne sont pas complètement implantés :
 - o Nombre d'usagers identifient une autre personne comme intervenant-pivot que celle repérée aux dossiers, et une part non négligeable d'entre eux n'ont aucune idée de l'identité de leur intervenant-pivot;
 - o Ce ne sont pas tous les usagers qui ont un plan d'intervention;
 - o Une évaluation globale des besoins des usagers n'est pas toujours présente dans les dossiers.
- L'accès aux services est jugée difficile par les usagers.
- De nombreux problèmes en lien avec la quantité ou l'inadaptation des services offerts en fonction des besoins sont relevés par les usagers.
- Plusieurs usagers mentionnent ne pas savoir quels sont les autres services disponibles auxquels ils auraient pu avoir accès.

Dimension 4 : Organisation clinique

- Les évaluateurs ont décelé dans les dossiers des cas de chevauchement entre des services de nature semblable donnés par la mission CLSC et par la mission CR et des ruptures de service.

Les constats et les recommandations qui suivent visent en priorité à soutenir l'amélioration des soins et services pour les usagers ayant une DP, une DI ou un TSA. Ils visent également à fournir des pistes d'action pour faire contrepoids aux lacunes organisationnelles en matière d'intégration des services, souvent compensées par le personnel, et qui font en sorte que les usagers ne vivent pas tous les désagréments liés à une intégration insuffisante.

TABLEAU 1

Constats et recommandations pour le MSSS et les établissements**Dimension 1 : Système d'information, transfert, communication et accès à l'information**

Constats	Recommandation issue de l'analyse des deux perspectives pour le MSSS :
- Présence de plusieurs systèmes d'information qui ne communiquent pas entre eux; - Variabilité dans la consignation des données qui alimentent ces systèmes; - Présence de plusieurs erreurs de codification, principalement pour la mission CLSC; - Méconnaissance de I-CLSC par les cadres; - Difficultés dans la comparaison et le suivi des données; - Mauvaise circulation des dossiers cliniques entre les installations; - Critères d'admissibilité jugés parfois très restrictifs en CR; - Répétitions fréquentes de leur histoire par les usagers; - Problèmes de communication entre installations; - Difficultés éprouvées par les partenaires lors des références et du transfert d'information.	Que le MSSS mette en place des mécanismes qui facilitent le jumelage des bases de données, notamment I-CLSC, SIPAD et RSIPA.
	Recommandation issue de l'analyse des deux perspectives pour les établissements :
	Que les établissements, en considérant les enjeux de confidentialité et avec l'aide du service des archives, mettent en place des mécanismes qui facilitent la libre circulation des dossiers cliniques entre les intervenants, les installations de l'établissement et les autres établissements du réseau, le cas échéant.
	Actions prioritaires pour les établissements :
	- Appropriation de l'utilisation de I-CLSC par les cadres afin de mieux comprendre les enjeux qui s'y rattachent. - Harmonisation, vérification régulière et suivi minutieux de la codification tant dans la mission CLSC (attention particulière pour le soutien à domicile [(SAD), SAPA et JED]) que dans les missions CR. - Révision des mécanismes de référence intra et interprogrammes incluant la révision des critères d'admission en CR. - Partage des nouveaux mécanismes de référence avec les partenaires. - Arrimage avec les équipes des ressources informationnelles pour appuyer les équipes DP, DI-TSA.

Dimension 2 : Culture organisationnelle et leadership

Constats	Actions prioritaires pour les établissements :
- Chefs de programmes issus majoritairement des CR; - Gestion à distance accrue (étendue des territoires); - Perte de repères et état de déséquilibre engendrés par la réorganisation pour plusieurs acteurs rencontrés; - Changements d'ordre administratif plutôt que clinique et qui demeurent théoriques pour les intervenants; - Variation de l'adhésion à la vision et aux changements proposés selon le type d'acteurs rencontrés; - Partenaires peu informés des changements.	- Appropriation de la mission CLSC par les cadres. - Poursuite de l'organisation des services en DP, DI-TSA, incluant l'intégration harmonieuse des équipes en provenance d'autres programmes-services, notamment avec SAPA et JED. - Poursuite de la transmission de la vision de l'intégration des services auprès des intervenants ancrée sur des projets concrets et centrés sur les besoins des usagers. - Diffusion en continu de l'information aux partenaires sectoriels et intersectoriels afin d'expliquer les changements en cours et à venir, et ce, en vue de développer une vision et un langage communs.

Dimension 3 : Engagement à offrir des services intégrés

Constats	Recommandation issue de l'analyse des deux perspectives pour le MSSS :
- Connaissance limitée du Plan d'accès qui se résume aux délais d'accès; - Implantation partielle des mécanismes du réseau de services intégrés, notamment : - Intervenant-pivot; - Plan d'intervention; - Guichet d'accès unique; - Évaluation globale des besoins. - Difficultés d'accès aux services notés par les usagers; - Nombreux problèmes en lien avec la quantité ou l'inadaptation des services offerts en fonction des besoins relevés par les usagers; - Suspension de plusieurs mécanismes de concertation; - Consensus régionaux et inter CISSS et CIUSSS à reconstruire.	Que le MSSS renforce la compréhension et l'application du Plan d'accès et des mécanismes du réseau de services intégrés (RSI) par les établissements et s'assure d'un suivi rigoureux et systématique des différents mécanismes.
	Recommandations issues de l'analyse des deux perspectives pour les établissements :
	- Que les rôles et les responsabilités attendus des intervenants-pivots soient connus et compris par l'ensemble des intervenants en DP, DI-TSA et par ceux des autres programmes. - Que de nouveaux moyens soient explorés pour que l'utilisateur connaisse l'identité de son intervenant-pivot et ses responsabilités. - Que tous les usagers aient un plan d'intervention au dossier. - Que le guichet unique soit implanté, qu'il réunisse toute l'expertise nécessaire sur l'ensemble de la gamme de services et qu'il informe l'utilisateur des services auxquels il peut avoir accès selon ses besoins. - Que l'évaluation globale des besoins soit réalisée systématiquement pour tous les usagers et que les informations pertinentes soient utilisées par les différents acteurs des établissements afin d'éviter la répétition des évaluations.
	Actions prioritaires pour les établissements :
	- Réappropriation du Plan d'accès, ce qui implique une compréhension commune des mécanismes du RSI. - Élaboration de trajectoires de services. - Reprise du dialogue avec les partenaires concernant la reconfiguration des tables de concertation, la révision des ententes de collaboration et les projets conjoints.

Constats et recommandations pour le MSSS et les établissements

Dimension 4 : Organisation clinique

Constats - Persistance du travail en silo; - Rôles et responsabilités flous entre les services spécifiques et les services spécialisés; - Méconnaissance ou insuffisance des services offerts en mission CLSC; - Flou autour de la notion d'épisode de service; - Collaboration interprogramme en redéfinition; - Chevauchement entre des services de nature semblable; - Plusieurs ruptures de service relevées par les évaluateurs; - Tensions entre la volonté d'une plus grande mobilité du personnel et le maintien d'une expertise suffisante pour les services spécialisés.	Recommandation issue de l'analyse des deux perspectives pour le MSSS : - Que le MSSS rende disponible rapidement l'offre de service en DP, DI-TSA afin de soutenir les directions dans l'organisation de leurs services. Recommandation issue de l'analyse des deux perspectives pour les établissements : - Que la redéfinition des tâches en services spécifiques et spécialisés soit faite en tenant compte du niveau d'expertise requis des intervenants pour les effectuer, tout en limitant au maximum les zones de chevauchements possibles. Actions prioritaires pour les établissements : - Clarification des rôles et des responsabilités des différents programmes et missions, ce qui facilitera l'harmonisation des pratiques et le travail conjoint. - Orientation des usagers vers le bon programme-service sur la base de leurs besoins plutôt que sur leur diagnostic ou sur leur âge (moins de 18 ans ou plus de 65 ans).
--	---

Dimension 5 : Développement des compétences

Constats - Diminution du nombre et du rythme des formations; - Très peu de formations communes entre les intervenants des différentes missions; - Transfert de connaissances et partage d'expertise demeurent des activités marginales; - Absence de formation sur l'intégration des services.	Recommandation issue de l'analyse des deux perspectives pour le MSSS : - Que le MSSS coordonne l'offre de formation selon les nouvelles modalités mises en œuvre dans le cadre de la formation continue partagée et veille au développement d'une formation sur l'intégration des services. Actions prioritaires pour les établissements : - Mise en œuvre du plan de développement des compétences qui favorise les interactions entre les intervenants des différentes missions. - Développement d'activités de transfert de connaissances accessibles aux intervenants des différentes missions.
--	--

Dimension 6 : Incitatifs à l'utilisation optimale des ressources; et Dimension 7 : Qualité et évaluation des services

Constats - Diversité des mécanismes de régulation et de suivi de la performance; - Décalage entre les effets recherchés par la mesure de la performance et ce qu'ils produisent sur le terrain; - Tensions entre l'efficacité, l'efficience et la qualité des services; - Inquiétudes en lien avec le redéploiement des ressources humaines en vue d'une utilisation optimale des ressources; - Initiatives timides de partage des ressources.	Recommandation issue de l'analyse des deux perspectives pour le MSSS : - Que le MSSS communique à son réseau une vision claire de ce qu'est la performance et de ses attentes dans ce domaine, et s'appuie sur les travaux déjà réalisés quant à l'évaluation de la performance en déficience physique en vue de produire rapidement un tableau de bord. Recommandation issue de l'analyse des deux perspectives pour les établissements : - Que la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique, la Direction des soins infirmiers et la Direction des services multidisciplinaires collaborent au développement des outils d'évaluation de la performance en lien avec le Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système de santé et de services sociaux. Actions prioritaires pour les établissements : - Suivi accru de la performance des services offerts en mission CLSC. - Poursuite des suivis et harmonisation des mécanismes de contrôle de la qualité pour l'ensemble des trois missions, tout en s'assurant que ces exercices fassent du sens pour les intervenants.
---	--

Dimension 8 : Accent mis sur le rôle des usagers

Constats - Méconnaissance de la notion d'utilisateur-partenaire; - Faible implication des usagers dans l'organisation des services; - Écart entre le discours centré sur l'utilisateur et le rôle réel qu'il joue dans son parcours de soins et de services; - Diversité des approches d'interventions, autant entre DP et DI-TSA qu'entre les missions CLSC et CR, allant de la prise en charge complète à l'autodétermination; - Disparité de l'offre pour les services spécifiques en fonction des réseaux locaux de service.	Recommandation issue de l'analyse des deux perspectives pour le MSSS : - Que le MSSS diffuse auprès de son réseau un Cadre de référence sur le partenariat avec l'utilisateur et ses proches et fournisse les outils nécessaires à l'appropriation du concept. Actions prioritaires pour les établissements : - Amélioration pour toutes les missions de la compréhension commune des notions d'autodétermination et d'utilisateur-partenaire pour mettre ces concepts en application et améliorer l'expérience de l'utilisateur. - Harmonisation de l'offre de service en prenant en compte les différents sous-territoires et profils de la population. - Sensibilisation auprès des usagers afin qu'ils puissent exercer pleinement leurs rôles et leurs responsabilités.
---	--

Section 6 – Conclusion

Retour sur les questions d'évaluation

1. Les démarches entreprises par les établissements favorisent-elles l'intégration des services en DP et en DI-TSA?

Tous les sites évalués sont en action, et leurs démarches tendent vers une meilleure intégration des services. Les résultats de l'évaluation démontrent peu de variations entre les sites même s'ils travaillent tous sur des aspects différents de l'intégration des services. Le deuxième temps de mesure pourra améliorer l'identification des actions qui ont eu le plus d'impact sur le niveau d'intégration des services.

2. La nouvelle structure et les orientations ministérielles en DP et en DI-TSA favorisent-elles une meilleure réponse aux besoins prioritaires identifiés aux PI ou aux PSI?

Il est très complexe de répondre à cette question, puisque plusieurs intermédiaires se trouvent entre ces éléments. Tout d'abord, un grand nombre d'utilisateurs n'ont pas de PI ou de PSI, ce qui complique l'analyse. De plus, les structures choisies par les différentes directions DP, DI-TSA varient d'un établissement à l'autre, et les orientations ministérielles descendent rarement jusqu'aux intervenants, à l'exception des délais d'accès pour lesquels une reddition de comptes est exigée. Ainsi, il est ardu de vérifier l'influence de ces éléments sur la réponse aux besoins prioritaires, et il semble difficile de penser que l'évaluation permette de statuer sur ces éléments lors du deuxième temps de mesure.

3. Comment les différents volets de l'expérience usager ont-ils évolué à la suite des démarches liées à l'intégration des services?

Le deuxième temps de mesure permettra de réellement aborder cette question. Cependant, pour le premier temps de mesure, les résultats de la perspective de l'utilisateur sont globalement satisfaisants. Il sera donc probablement difficile d'améliorer certains d'entre eux. Néanmoins, plusieurs leviers d'action ont pu être identifiés grâce aux entrevues réalisées avec les utilisateurs, et il sera important de valider si ces enjeux sont toujours présents et si les changements en cours et à venir occasionnent d'autres types de problèmes pour les utilisateurs.

Méthode pour l'évaluation de l'intégration des services

Le premier temps de mesure s'est appuyé sur plusieurs sources de données : entrevues et groupes de discussion avec différents acteurs, reconstruction d'itinéraires d'utilisateurs à partir des dossiers cliniques et d'entrevues téléphoniques avec les utilisateurs. Pour des fins de comparaison des résultats, la même méthode sera utilisée au deuxième temps de mesure. À l'heure actuelle, il est difficile de déterminer la meilleure méthode pour évaluer l'intégration des services parmi celles qui sont mentionnées, car elles présentent toutes des forces et des faiblesses³⁷.

Par ailleurs, la grande force de la méthode de reconstruction des itinéraires d'utilisateurs à partir des dossiers cliniques, est de fournir un portrait précis des services rendus et de leurs interactions. Cependant, cette technique exige beaucoup de ressources pour la collecte et le traitement des informations. À ce sujet, développer et tester une méthode de reconstruction d'itinéraires à partir des systèmes d'information combinée à des entrevues téléphoniques pourrait être une stratégie plus efficace pour évaluer l'intégration des services.

Références

Dans le texte :

- 1 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1995. *Pour une véritable participation à la vie de la communauté : un continuum intégré de services en déficience physique*, Québec.
- 2 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2002. *Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches : De l'intégration sociale à la participation sociale*, Québec.
- 3 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2003. *Orientations ministérielles en déficience physique : Pour une véritable participation à la vie de la communauté, Objectifs 2004-2009*, Québec.
- 4 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2003. *Chez soi : le premier choix, La politique de soutien à domicile*, Québec.
- 5 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2003. *Plan d'action relatif aux services destinés aux personnes ayant un TED, à leurs familles et à leurs proches : Un geste porteur d'avenir*, Québec.
- 6 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2008. *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience*, Québec.
- 7 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2014. *Projet de loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*. Présentation acétates, Québec.
- 8 REGIE REGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE, 2001. *Réseau de services intégrés : Ses principes, concepts et composantes*, Québec.
- 9 LEATT, P., PINK, G.H., et M. GUERRIERE, 2000. « Towards a Canadian Model of Integrated Healthcare » dans *HealthcarePapers*, vol. 1, n° 2 : 13-35.
- 10 ONTARIO HOSPITAL ASSOCIATION, 1998. *Health Networks : Seven Case Studies : A description and preliminary Analysis*, Toronto.
- 11 EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT, 2003. *Excellence Model. Public and Voluntary Section Version*, Bruxelles.
- 12 MINKMAN, M., AHAUS, K., FABBRICOTTI, I., NABITZ, U., et R. HUIJSMAN, 2009. « A quality management model for integrated care : results of a Delphi and Concept Mapping study » dans *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 21, n°1 : 66-75.
- 13 AHGREN, B., et R. AXELSSON, (2011). « A decade of integration and collaboration : the development of integrated health care in Sweden 2000–2010 » dans *International Journal of Integrated Care*, vol. 11, Special 10th Anniversary Edition : 1-8.
- 14 BENTAYEB, N., 2010. *Une évaluation contextuelle de la collaboration : cas du Centre jeunesse de Montréal–Institut universitaire*. Mémoire de maîtrise, École nationale d'administration publique.
- 15 DEMERS, L., et G. COTE, 2004. *Le Plan d'action communautaire sur l'itinérance de Québec : Ses effets sur les outils et les pratiques de collaboration*, Québec.
- 16 D'AMOUR, D., GOULET, L., PINEAULT, R., LABADIE, J.-F., et M. REMONDIN, 2013. *Étude comparée de la collaboration interorganisationnelle et de ses effets : le cas des services en périnatalité*, Montréal.

- 17 CONTANDRIOPOULOS, A.-P., DENIS, J.-L., TOUATI, N. ET R. RODRIGUEZ, 2001. « Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre », dans *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 8, n° 2 : 38-52.
- 18 ASSOCIATION CANADIENNE DE SOINS ET DE SERVICES A DOMICILE, 2008. *Intégration des soins- Examiner les potentialités de l'harmonisation des soins à domicile avec d'autres secteurs de soins de santé*.
- 19 NOLTE, E., et E. PITCHFORTH, 2014. *What is the evidence on the economic impacts of integrated care?*, Copenhagen.
- 20 KODNER D.L., et C. SPREEUWENBERG, 2002. « Integrated care: meaning, logic, applications, and implications - a discussion paper » dans *International Journal of Integrated Care*, vol. 2, Octobre-Décembre : 1-6.
- 21 DESMEDT, M., VERTRIST, S., HELLINGS, J., BERGS, J., DESSERS, E., VANKRUNKELSVEN, P., VRIJHOEF, H., ANNEMANS, L., VERHAEGHE, N., PETROVIC, M., et D. VANDIJCK, 2016. « Economic Impact of Integrated Care Models for Patients with Chronic Diseases: A Systematic Review » dans *Value In Health* vol. 19, n° 6 : 892-902.
- 22 ORGANISATION DE COOPERATION ET DE DEVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES, 2015. *Integrating Social Services for Vulnerable Groups : Bridging Sectors for Better Service Delivery*, Paris.
- 23 LYNGSØ, A.M., GODTFREDSSEN, N.S. HØST, D., et A. FRØLICH, 2014. « Instruments to assess integrated care: a systematic review » dans *International Journal of Integrated care*, vol. 14, Juillet-Septembre : 1-15.
- 24 CHAMPAGNE, F., BROUSSELLE, A., HARTZ, Z., CONTANDRIOPOULOS, P.-A., et J.-L. DENIS, 2009. « L'analyse de l'implantation » dans *L'évaluation : concept et méthodes*, sous la direction de CHAMPAGNE, F., BROUSSELLE, A., HARTZ, Z., CONTANDRIOPOULOS, P.-A., et J.-L. DENIS. Montréal, les Presses de l'Université de Montréal.
- 25 MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX, 1998. *Cadre de pratique pour l'évaluation des programmes-applications en promotion de la santé et en toxicomanie*, Québec.
- 26 SECRETARIAT DU CONSEIL DU TRESOR, 2013. *Glossaire des termes usuels en mesure de performance et en évaluation- Pour une gestion saine et performante*, Québec.
- 27 CHAMPAGNE, F., CONTANDRIOPOULOS, A.-P, BROUSSELLE, A., HARTZ, Z., et J.-L. DENIS, 2009. « L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes » dans *L'évaluation : concept et méthodes*, sous la direction de CHAMPAGNE, F., BROUSSELLE, A., HARTZ, Z., CONTANDRIOPOULOS, P.-A., et J.-L. DENIS. Montréal, les Presses de l'Université de Montréal.
- 28 ROY, S.N., 2009. « L'étude de cas » dans GAUTHIER, B., *Recherche sociale : De la problématique à la collecte de données*. 5^e éd., Québec, Presse de l'Université du Québec.
- 29 YIN, R.K., 2014. *Case study research : Design and methods*. 5^e éd., London, Sage publications.
- 30 GOODWIN, N., DIXON, A., ANDERSON, G., et W. WODCHIS, 2014. *Providing integrated care for older people with complex needs : lessons from seven international case studies*. London: The King's Fund.
- 31 NAYLOR, C., ALDERWICK, H., et M. HONEYMAN, 2015. *Acute hospitals and integrated care*. London: The King's Fund.
- 32 SICOTTE, C., D'AMOUR, D., et M.-P. MOREAULT, 2002. « Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres » dans *Social Science & Medicine* vol. 55, n° 6 : 991-1003.
- 33 MARTIN, E., 2014. *Analyse des conditions d'implantation des centres de santé et de services sociaux (CSSS) : Études de cas de l'intégration verticale dans la gouvernance des établissements dans deux régions*. Thèse de doctorat, Université Laval.

- 34 WONG, S.T., et J. HAGGERTY, 2013. *Measuring Patient Experiences in Primary Health Care*, Vancouver.
- 35 MARES, A.S., GREENBERG, G.A., et R.A. ROSENHECK, 2008. « Client-level measures of services integration among chronically homeless adults » dans *Community Mental Health Journal*, vol. 44, n° 5 : 367–76.
- 36 MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX, 2015. *Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2015-2020*, Québec.
- 37 MCRAE, I., Banfield, M., et A. PARKINSON, 2016. « Can we measure integration of healthcare from administrative and clinical records? » dans *Australian Family Physician* vol. 45, n° 9 : 892-902

En annexe :

- 38 MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX, 2016. *Bilan des orientations ministérielles en déficience physique et actions structurantes pour le programme-services en déficience physique*, Québec.
- 39 MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX, 2016. *Bilan des orientations ministérielles en déficience intellectuelle et actions structurantes pour le programme-services en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme*, Québec.
- 40 MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX, 2008. *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience. Afin de faire mieux ensemble*, Québec.
- 41 MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX, 2012. *Évaluation de l'implantation du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience 2008-2011*, Québec.
- 42 MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX, à paraître. *Vers une meilleure intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience : Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme*.
- 43 MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX, 2014. *Les activités socioprofessionnelles et communautaires - État de la situation et actions convenus pour l'amélioration des services*, Québec.
- 44 AGENCE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTEREGIE, 2012. *Élaboration de trajectoires de services à l'intention d'une population vivant une déficience : recension des écrits et recommandations*, Longueuil.
- 45 MINISTERE DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES ET EUROPÉENNE, 2012. *Projet mère-enfant, Séminaire de sciences humaines et éthique de la santé*. Université Gaston Berger – Saint-Louis du Sénégal.

Annexe 1 : Les programmes-services en DP et en DI-TSA : brève description

Les programmes-services DP et DI-TSA s'adressent aux personnes de tous âges ayant une déficience, aux enfants ayant un retard significatif dans leur développement ainsi qu'à leurs familles et à leurs proches. Ces programmes-services regroupent un ensemble d'activités qui visent, à long terme, à assurer la participation sociale pleine et entière des personnes ayant une déficience et la réalisation de leur projet de vie.

Les objectifs généraux des programmes-services sont les suivants :

- Répondre de manière adéquate aux besoins des personnes ayant une déficience en leur offrant, ainsi qu'à leur famille et à leurs proches, des services accessibles, continus et de qualité basés sur une vision globale de la personne;
- Assurer l'efficacité et l'efficience des services offerts aux personnes ayant une déficience.

Les deux objectifs spécifiques des programmes-services sont les suivants :

- Développer et maintenir les capacités des personnes, compenser leurs incapacités, favoriser leur autonomie fonctionnelle et soutenir leur pleine participation sociale;
- Améliorer l'intégration des services et la coordination entre le MSSS, les établissements et ses partenaires.

Plusieurs activités sont mises en œuvre afin d'atteindre ces objectifs et sont présentées plus en détail dans le modèle logique à la page suivante. Ces activités nécessitent différents intrants dont, notamment, des ressources financières qui furent pour l'année financière 2013-2014 de l'ordre de 603 millions de dollars pour DP et de 976 millions de dollars pour DI-TSA.

Les programmes-services en DP et en DI-TSA ont deux extrants principaux. Le premier est une meilleure adéquation entre les besoins et les services par la prestation d'un volume, d'une couverture et d'une intensité de services requis en fonction des besoins prioritaires. Le deuxième est une meilleure intégration des services par la mise en place de mécanismes d'un réseau de services intégrés et une collaboration optimale entre le MSSS, les établissements et ses partenaires. Ces extrants permettront ultimement d'atteindre le résultat à long terme des programmes-services.

Pour répondre aux besoins des personnes, chacun des CISSS et des CIUSSS a l'obligation de rendre disponible la gamme de services qui s'inscrit dans un continuum de services selon le profil des besoins évalués. Pour les programmes-services en DP et en DI-TSA, ces services sont essentiellement offerts en mission CLSC et en mission CR.

Par ailleurs, l'offre de service destinée à ces clientèles surpasse les programmes-services en DP et en DI-TSA et implique d'autres partenaires du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que d'autres secteurs d'activités. Cela exige des arrimages entre les divers programmes-services et les partenaires du RTS, et ce, à toutes les étapes du continuum de services. Ces partenaires peuvent être sectoriels ou intersectoriels et incluent, notamment, les milieux de l'éducation, de l'emploi, du transport, de la justice et municipal, les organismes communautaires, les centres de la petite enfance et les entreprises d'économie sociale. La gamme de services offerts, le cheminement clinique et la dispensation des services s'incarnent différemment selon le profil de besoins de la personne.

Modèle logique des programmes-services DP et DI-TSA

Raison d'être	Contexte : La Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences (LMRSSS) et le contexte budgétaire. Pourquoi : Permettre aux personnes ayant une déficience (déficience physique (DP), intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA)) d'atteindre un degré optimal d'autonomie et de participation sociale ainsi qu'assurer la réalisation de leur projet de vie. Quoi : Les programme-services en déficiences regroupent un ensemble de services qui s'appuient sur une référence commune, le processus de production du handicap (PPH), afin de mieux intervenir sur l'interaction dynamique entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux et favoriser la participation sociale des usagers. Pour qui : Les personnes ayant une déficience ainsi que leur famille et leurs proches. Par qui : Les services spécifiques que requièrent les personnes ayant une déficience sont offerts par la mission CLSC, alors que la mission CR offre des services spécialisés et surspécialisés. Les services peuvent également être donnés par d'autres partenaires du réseau territorial de services (RTS) comme le milieu de l'éducation, de l'emploi, du transport, de la justice, municipal, les organismes communautaires, les centres de la petite enfance et les entreprises d'économie sociale.	
Objectifs généraux	Répondre de manière adéquate aux besoins des personnes ayant une déficience en leur offrant, ainsi qu'à leur famille et à leurs proches, des services accessibles, continus et de qualité basés sur une vision globale de la personne; Assurer l'efficacité et l'efficience des services offerts aux personnes ayant une déficience.	
Objectifs spécifiques	Objectifs liés aux personnes Développer et maintenir les capacités des personnes, compenser leurs incapacités et favoriser leur autonomie fonctionnelle.	Objectifs liés à l'organisation des services Améliorer l'intégration des services et la coordination entre le MSSS, les établissements (intra et inter) et les partenaires.
Nature de l'intervention (moyen pour atteindre les objectifs)	Interventions ministérielles et reddition de comptes en DP et en DI-TSA <u>Interventions ministérielles</u> • Cadre de référence pour l'organisation des services • Soutien au déploiement du réseau de services intégrés; • Offres de service; • Consolidation du plan d'accès; • Élaboration d'ententes interministérielles; • Animation de la Table de coordination nationale des programmes déficiences (MSSS-établissements); • Principes : Architecture, hiérarchisation des services et responsabilité populationnelle. <u>Reddition de comptes</u> • Ententes de gestion et d'imputabilité, plan stratégique et suivi de la performance; • Tableau de bord du réseau de services intégrés.	
Activités (services, processus, projets)	Activités réalisées par les établissements en DP et en DI-TSA • Mettre en place les processus d'intervention appropriés auprès de l'utilisateur, de sa famille et de ses proches. - o Guichet d'accès unique : Évaluation globale des besoins de l'utilisateur et de ses proches. - o Plan d'intervention : Planification des services (spécifiques, spécialisés et surspécialisés) convenus avec l'utilisateur et ses proches offerts par épisode de services. - o Intervenant-pivot : Désignation d'un intervenant assurant la coordination du plan d'intervention. - o Principes : Intervention précoce, collaboration interdisciplinaire, approche globale et usager-partenaire. • Offrir les services requis par l'utilisateur et par ses proches. - o Services généraux : Services à caractère universel s'adressent à tous, y compris aux clientèles particulières, qui contribuent principalement à « traiter » la personne, à stabiliser son état ou à réduire les conséquences. - o Services spécifiques : Maintien des acquis et soutien à la participation sociale. - o Services spécialisés-surspécialisés : Services d'adaptation-réadaptation qui visent le développement ou la reprise des habitudes de vie de la personne lui permettant d'avoir une autonomie fonctionnelle optimale dans les domaines suivants : développement de l'autonomie personnelle, résidentielle, sociale, scolaire et professionnelle. - o Services à l'intention des proches : Soutien psychosocial, soutien au développement des compétences et soutien aux familles. - o Mise en place des corridors et des trajectoires de services entre les dispensateurs. - o Formalisation d'ententes de services avec les autres établissements concernant les services indisponibles. - o Services de soutien à la collectivité : Appui aux partenaires de la société civile qui jouent un rôle auprès des personnes ayant une déficience et de leurs proches. • Collaborer aux mécanismes de concertation avec l'ensemble des partenaires du RTS. • Participer à la mise en œuvre des interventions ministérielles. • Participer à la reddition de comptes.	
Intrants	Ressources financières : DP 2014-2015 : 624426028 ; DI-TSA 2014-2015 : 1 000 467 309 Ressources humaines : Personnel affecté à la prestation des services pour les personnes ayant une déficience. Ressources matérielles et technologiques : aides techniques, équipements divers, télé-réadaptation, etc. Ressources informationnelles : I-CLSC, SIPAD, RAMQ, registre des traumatismes, SIRT, registre des décès, RSIPA, etc.	
Extrants (résultats des activités et des ressources)	Meilleure adéquation entre les besoins et les services • Prestation d'un volume, d'une couverture et d'une intensité de services requis en fonction des besoins prioritaires.	Meilleure intégration des services • Mise en place de mécanismes d'un réseau de services intégrés • Collaboration optimale entre les établissements et le MSSS, à l'intérieur des RTS et entre les RTS.
Résultats à court terme (en lien avec les objectifs spécifiques)	Atteinte des objectifs aux plans d'intervention • Les services sont rendus au moment déterminé, avec le bon intervenant dans le but d'atteindre les objectifs fixés aux plans d'intervention afin de soutenir la pleine participation sociale des usagers. Amélioration des dimensions de l'intégration pour l'utilisateur • L'utilisateur n'a pas à répéter son histoire; • Les besoins de l'utilisateur sont évalués et les services sont adaptés à ceux-ci; • L'utilisateur a un cheminement fluide; • L'utilisateur a un accès constant à un intervenant-pivot; • L'utilisateur effectue des choix éclairés sur les options de services; • L'utilisateur a accès à l'ensemble des services requis; • L'utilisateur a une expérience positive des services reçus.	Amélioration des dimensions organisationnelles de l'intégration • Les systèmes d'informations, le transfert, la communication et l'accès à l'information sont améliorés; • La culture organisationnelle et le leadership sont renforcés; • L'engagement à offrir des services intégrés est accru; • Les processus cliniques sont améliorés; • Le développement des compétences se fait en continu; • Des incitatifs à l'utilisation optimale des ressources sont instaurés; • La qualité des services et l'évaluation de la performance sont au centre des préoccupations de l'organisation; • L'accent est mis sur le rôle des usagers.
Résultats à moyen terme (en lien avec les objectifs généraux)	Amélioration de l'accessibilité : accessibilité et équité. Amélioration de la qualité : efficacité, sécurité, réactivité et continuité. Amélioration de l'utilisation des ressources : efficience et viabilité.	
Résultats à long terme (résultat ultime)	La participation sociale pleine et entière des personnes ayant une déficience et la réalisation de leur projet de vie. *Contribution du MSSS à la politique gouvernementale : À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité afin d'accroître la participation sociale des personnes handicapées	

Annexe 2 : Les enseignements tirés des travaux de la DOSDRP

Les orientations ministérielles en DP et DI-TSA

L'organisation des services des programme-services en déficience s'appuie sur les Orientations ministérielles en DP et en DI-TSA. Des bilans ont été réalisés (2016) afin de mettre au jour des actions structurantes et des priorités d'actions pour les années à venir^{38, 39}. De ces rapports émerge la notion d'intégration des services comme objectif de résultat à atteindre.

De plus, on propose que soit mis en place un mécanisme d'évaluation et de suivi des réseaux de services intégrés. On convient que, pour y arriver, il faut mesurer la performance du continuum non seulement en terme d'indicateurs, mais en évaluant le cheminement d'une personne ayant une déficience à travers la trajectoire des services.

Le Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience

En 2008, le MSSS a élaboré un Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience⁴⁰ qui s'inscrit dans un contexte d'amélioration de l'accessibilité et de la continuité des services. Il comporte, notamment, comme grand principe « l'intégration et la complémentarité des services » qui devaient être assurées par la mise en œuvre de divers standards et mécanismes.

L'évaluation de l'implantation du Plan d'accès⁴¹ a permis d'identifier des lacunes se rapportant à la continuité et à l'intégration des services. Par ailleurs, dans l'évolution du Plan d'accès, il est prévu de suivre l'implantation de certaines composantes clés par une nouvelle formule de reddition de compte inscrite dans les ententes de gestion.

Vers une meilleure intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience : Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme⁴² (à paraître)

Des divers travaux entrepris par la direction générale des services sociaux, combinés à la réorganisation majeure du réseau, le cadre de référence pour l'organisation des services recommande un modèle d'organisation des services qui soit centré sur les besoins des personnes pour assurer une prestation de services accessibles, continus et de qualité. Par l'intégration des soins et des services, il est souhaité avant tout que l'utilisateur bénéficie d'un itinéraire plus fluide et d'une expérience de soins et de services qui soit la plus positive possible. Pour y arriver, la contribution et l'engagement de l'ensemble des acteurs qui interviennent auprès de ces personnes est à la fois incontournable et au cœur des enjeux de mise en œuvre.

Les activités socioprofessionnelles et communautaires et ententes interministérielles

En 2014, le MSSS établit comme priorité de réaliser les actions convenues dans un rapport sur les activités socioprofessionnelles et communautaires par les différents ministères concernés⁴³. Il est retenu comme priorité par le MSSS d'établir les bases d'un continuum de services tant au sein du réseau de la santé et des services sociaux qu'avec les autres réseaux d'intervention afin d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la complémentarité des services visant les activités socioprofessionnelles et communautaires.

Une autre action convenue concerne l'évaluation des expérimentations régionales en documentant le profil des personnes ayant une déficience actuellement en stage ou en plateau de travail supervisés. Cette appréciation d'itinéraires d'utilisateurs vise à comprendre les facteurs expliquant les motifs (niveau de besoin, soutien et expertise requis) pour lesquels ces personnes n'ont pas intégré un emploi régulier ou adapté. Les résultats de cette analyse permettront de définir un cadre de référence pour les différents dispensateurs de services.

L'évaluation de la performance

Au cours de l'année 2013, une démarche ministérielle d'évaluation de la performance du programme-services DP a été entreprise. Cet exercice a permis d'identifier des défis pour rendre compte de l'évaluation de la performance. De manière plus particulière, tout ce qui concerne les données, de la saisie jusqu'au jumelage éventuel de différentes banques de données, s'est révélé être l'enjeu le plus important.

Il ressort de cet exercice que les indicateurs ne permettent pas à ce jour de mesurer la continuité et l'intégration des services (à l'intérieur d'un même établissement ou entre eux). D'ailleurs, une des recommandations du groupe de travail visait le développement d'une méthode pour évaluer l'intégration des services.

Le rapport du Vérificateur général

En réponse aux diverses recommandations du Protecteur du citoyen et du Vérificateur général du Québec, dont le Rapport spécial de mars 2015 visant le déploiement des réseaux de services en déficience, le MSSS s'est engagé à mettre en place des mesures de suivi afin d'améliorer non seulement l'accès, mais la continuité, la coordination et l'intégration des services.

Annexe 3 : Notes méthodologiques

La démarche retenue : étude de cas multiples ou multi-sites

Afin de répondre aux différentes questions et aux objectifs de l'évaluation, la démarche retenue repose principalement sur une démarche terrain qualitative, soit l'étude de cas multiples ou multi-sites dans laquelle un cas équivaut à un CISSS ou à un CIUSSS.

D'une part, « La méthode des études de cas est celle qui convient le mieux à l'analyse de l'implantation »²⁷. D'autre part, cette méthode est particulièrement appropriée lorsqu'une intervention est mise en œuvre dans plusieurs milieux, que l'analyse du contexte est centrée sur les dynamiques d'interaction entre les acteurs concernés par l'implantation, lorsqu'il s'agit d'une analyse processuelle et lorsqu'il est difficile de dissocier un objet d'étude de son contexte. La contribution de l'étude de cas est également reconnue dans la compréhension des phénomènes exploratoires et difficilement mesurables²⁸.

Bien que la puissance explicative de l'étude de cas dépende de la profondeur de l'analyse et non du nombre d'unités d'analyse, les études de cas multiples permettent, grâce à leur logique de reproduction des analyses, d'en généraliser certains résultats avec plus d'assurance²⁹. En effet, l'analyse de plusieurs cas vise à déterminer s'il y a reproduction des processus étudiés dans différents milieux.

De plus, le recours à au moins deux temps de mesure, T0-T1 pour chacun des sites, permet de suivre l'évolution de chacun d'eux et de l'ensemble. Dans cette évaluation, le T0 correspond à une collecte de données qui s'est effectuée au printemps 2016, et le T1 sera réalisé à partir du printemps 2019.

Enfin, l'étude de cas permet, entre autres, l'observation des processus organisationnels à plusieurs niveaux. Ainsi, des critères de sélection ont été retenus afin de saisir la manière dont s'actualise l'intégration des services offerts aux personnes ayant une déficience.

Distinction conceptuelle entre trajectoire de services et itinéraire de l'usager

La trajectoire de services fait référence au cheminement de l'usager tel qu'il devrait théoriquement se dérouler, c'est-à-dire qu' :

Une trajectoire de services est un outil interdisciplinaire qui permet d'assurer la coordination optimale des services et le suivi systématique de clientèles. Elle vise à améliorer la qualité et l'efficacité des services, tout en maximisant l'utilisation des ressources⁴⁴.

L'itinéraire de l'usager fait référence à l'expérience et au cheminement véritablement emprunté par l'usager à travers les services. Il s'agit d'un concept qui s'apparente à celui d'itinéraire thérapeutique issu de l'anthropologie médicale qui se définit comme suit :

L'itinéraire thérapeutique peut se définir comme la succession des recours aux soins, depuis le début jusqu'à la fin de la maladie (guérison, stabilisation ou décès) [...] il est constitué de l'ensemble « des chemins parcourus » par celui-ci [...] et s'inscrit dans un parcours plus large incluant les transformations de sa vie familiale et professionnelle⁴⁵.

Dans le contexte de la mise en œuvre du RSI pour les personnes ayant une déficience, chaque agence avait, en principe, élaboré une ou plusieurs trajectoires de services, jugées optimales, pour les usagers ayant une déficience. Toutefois, s'il existe une trajectoire de services bien définie pour une déficience X ou Y, les usagers, eux, peuvent suivre des itinéraires différents pour lesquels un écart plus ou moins grand à la trajectoire préétablie peut être observé. Certains de ces itinéraires pourraient même s'avérer plus optimaux que celui ou ceux préétablis.

Calcul des cotes

Afin d'évaluer les différentes réalités exprimées par les usagers, les acteurs du réseau et les partenaires interviewés, ainsi que la collecte aux dossiers cliniques des usagers, une grille d'interprétation a été développée. Comme la présente le tableau 2, cette grille comprend quatre échelons allant de « très satisfaisant » (3) à « très insatisfaisant » (0). Les résultats sont arrondis à 0,5 près et les niveaux de cote indiquent les planchers de chacune des catégories. Ainsi, un résultat de 2,5 sera qualifié de « satisfaisant ».

Précisions sur le calcul des cotes de la perspective de l'utilisateur

La perspective de l'utilisateur repose sur deux types de données : des données quantitatives et des données qualitatives. Pour chaque type de données, des grilles distinctes ont été développées afin de transformer les résultats en cote. Il faut noter que les cotes sont continues, ainsi si une donnée se situe exactement entre deux seuils de cote, par exemple entre 2 et 3, elle prendra la valeur de 2,5.

Données quantitatives

Les cotes pour les réponses quantitatives (choix de réponse) données par les usagers lors des entrevues téléphoniques sont calculées à partir des moyennes des réponses des usagers aux différentes questions pour chacune des dimensions. Chaque question a donc un poids égal. La réponse moyenne est ensuite évaluée selon l'échelle suivante (tableau 3). Cette échelle s'applique également aux différentes données quantitatives recueillies aux dossiers (PI, Intervenant-pivot, rupture de service, identification des besoins).

Une autre échelle (tableau 12) a été développée spécifiquement pour les paramètres liés à l'évaluation globale des besoins sur la base du *Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2015-2020*, lequel établit que 90 % des usagers adultes recevant des soins à domicile, ce qui est le cas pour la majorité de nos usagers, doivent avoir un OEMC à jour pour 2020. En l'absence de cibles progressives, la cible de 2020 a été utilisée. Cette cible est également utilisée pour les usagers de moins de 18 ans où nous recherchons une évaluation globale des besoins réalisée en 2015 indépendamment de l'outil utilisé par les intervenants.

TABLEAU 2

Signification des cotes

Niveau de cote	Signification
3	Très satisfaisant
2	Satisfaisant
1	Insatisfaisant
0	Très insatisfaisant

TABLEAU 3

Échelle d'évaluation des réponses quantitatives

Cote	Étendue	Seuils
3	[3 – 3,99]	≥ 90 % et ≤ 100 %
2	[2 – 2,99]	≥ 75 % et < 90 %
1	[1 – 1,99]	≥ 50 % et < 75 %
0	[0 – 0,99]	≥ 0 % et < 50 %

TABLEAU 12

Échelle d'évaluation des réponses quantitatives – Évaluation globale des besoins

Cote	Étendue	Seuils
3	[3 – 3,99]	≥ 95 % et ≤ 100 %
2	[2 – 2,99]	≥ 90 % et < 95 %
1	[1 – 1,99]	≥ 50 % et < 90 %
0	[0 – 0,99]	≥ 0 % et < 50 %

Données qualitatives

Les cotes des données qualitatives sont calculées à partir des commentaires formulés lors des entrevues téléphoniques et des données recueillies dans les dossiers des usagers. Cette technique est très sensible et capte tout ce qui a pu incommoder un usager durant son cheminement dans le Réseau. Nous avons catégorisé ces éléments comme des irritants, car les réponses des usagers dénotaient soit un caractère très occasionnel, soit des éléments qui affectaient peu leur expérience globale de services.

La cote est calculée sur la base de la proportion d'usagers ayant relevé au moins un irritant pour chacune des dimensions. Ces proportions ont été transformées en cotes selon l'échelle d'appréciation présentée au tableau suivant (tableau 4).

Aucune cible prédéterminée ou échelon de cote usuel n'était disponible pour ce type de données. Ainsi, ce format d'échelle est retenu, car la moyenne des données

recueillies avec cette méthode est de 49 %, et les données sont concentrées autour de la moyenne. Cela équivaut à un résultat « satisfaisant » dans l'optique d'une première recension des irritants avec cette méthode. Un deuxième temps de mesure est prévu, et ce format d'échelle sera assez sensible pour saisir l'évolution des différents milieux dans le temps.

TABLEAU 4

Échelle d'évaluation des réponses qualitatives

Cote	Étendue	Seuils
3	[3,99 – 3]	≥ 0 % et ≤ 25
2	[2,99 – 2]	> 25 % et ≤ 50 %
1	[1,99 – 1]	> 50 % et ≤ 75 %
0	[0,99 – 0]	> 75 % et ≤ 100 %

Pondération des sources de données

Toutes les dimensions sont constituées de plusieurs sources et de plusieurs types de données. Ainsi, pour reconstituer la cote globale d'une dimension, deux principes ont été respectés. Premièrement, le point de vue de l'utilisateur – entrevues téléphoniques volets quantitatif et qualitatif – avait un poids égal et valait au moins 50 % du total de la dimension. Deuxièmement, les données recueillies aux dossiers cliniques avaient toutes un poids égal. Le tableau 13 présente le résultat opérationnel de ces deux principes pour la dimension 1.

TABLEAU 13

Opérationnalisation de la dimension 1

Sources de données	Pondération
Entrevues téléphoniques – volet quantitatif (choix de réponse)	33,3 %
Entrevues téléphoniques – volet qualitatif (commentaires)	33,3 %
Irritants relevés aux dossiers cliniques	33,3 %

Annexe 4 : Perspective organisationnelle – Dimensions de l'intégration des services

TABEAU 14

Dimensions de la perspective organisationnelle de l'intégration des services

Dimensions organisationnelles de l'intégration des services	Sous-dimensions	Descriptifs
1. Système d'information, transfert, communication et accès à l'information	Système d'information centralisé	Dossiers usager informatisés et accessibles de partout dans l'établissement.
	Stratégies et protocoles de communication clairs	Mesures assurant la circulation efficace de l'information pertinente entre les professionnels et entre les organisations du RTS.
2. Culture organisationnelle et leadership	Vision, valeurs et objectifs communs	Priorités partagées par les différents acteurs pour faciliter la mobilisation.
	Leadership organisationnel	Promotion active de l'intégration des services par les différents acteurs.
	Confiance et respect mutuels	Présence de ces attitudes entre les différents acteurs de l'établissement et des partenaires.
	Prises de décisions et de risques, résolution de problèmes et responsabilités partagées	Structure de gouvernance qui vise la collaboration entre les organisations et qui établit clairement les rôles et responsabilités de chaque organisation du RTS.
	Volonté d'offrir des services coordonnés	Adaptation et appropriation des changements par les différents acteurs.
3. Engagement à offrir des services intégrés	Développement collaboratif de procédures menant à une meilleure intégration des services	Mise en place de procédures crédibles impliquant tous les acteurs visant la planification, le développement de politiques et la prestation de services intégrés.
	Ententes formelles entre les organisations	Ententes visant l'intégration des services (p. ex. : trajectoires de services).
	Soutien à l'amélioration de l'intégration des services	Mise en place de mécanismes pour accompagner les acteurs dans la démarche.
	Mécanismes d'interventions communs et reconnus	Mise en place, connaissance et utilisation des mécanismes du réseau de services intégrés (p. ex. : PSI, intervenant-pivot, guichet d'accès unique).
4. Organisation clinique	Clarté des rôles et responsabilités des différents acteurs	Rôles et responsabilités clairs et acceptés de tous entre les missions, les programmes et les partenaires de l'établissement.
	Présence de protocoles et de lignes directrices	Utilisation de protocoles de soins et de services basés sur les données probantes.
5. Développement des compétences	Formations communes, partage d'expertise et transfert des connaissances	Opportunités d'apprentissage où sont favorisées les interactions entre les professionnels de différents niveaux de services, missions et installations du RTS.
	Formations continues sur l'intégration des services	Opportunités d'apprentissage sur l'intégration des services.
6. Incitatifs à l'utilisation optimale des ressources	Incitatifs à la performance	Mécanismes pouvant influencer le budget de la direction de programmes ou le comportement des acteurs ayant pour objectif une meilleure intégration des services (p. ex., PTAAC, suivi HPS, EGI, Plan d'accès).
	Mise en commun des ressources	Mécanismes allouant équitablement les ressources selon les besoins des usagers.
7. Qualité et évaluation des services	Amélioration continue des services	Engagement à offrir des services de qualité et à les évaluer.
8. Accent mis sur le rôle des usagers	Philosophie de services centrée sur les usagers	Accent mis sur la réponse aux besoins prioritaires identifiés par les usagers.
	Implication des usagers dans leurs services	Prise en compte de l'avis et de la participation des usagers à leurs services.
	Autodétermination des usagers	Mise en place des conditions nécessaires à l'autodétermination des usagers.
	Responsabilité envers la population	Responsabilités de l'établissement d'évaluer les besoins de la population de son territoire et d'offrir les services requis.
	Expérience usager positive	Préoccupation de l'organisation envers l'expérience de soins et de service.

Inspiré de Lyngsø et coll. (2014), Goodwin et coll. (2014), Naylor et coll. (2015), Minkman et coll. (2009) et Sicotte et coll. (2002).

Annexe 5 : Perspective de l'utilisateur – Dimensions de l'intégration des services

TABLEAU 15

Dimensions de la perspective de l'utilisateur de l'intégration des services

Dimensions de l'intégration des services pour l'utilisateur		Sous-dimensions	Descriptifs
1.	Transmission et utilisation de l'information clinique relative à l'utilisateur	Continuité informationnelle	Collecte de l'information adaptée de façon à ce que l'utilisateur n'ait pas à répéter son histoire lorsqu'il rencontre un nouvel intervenant.
		Modalités de transmission de l'information	L'utilisateur ne sert pas de courroie de transmission de l'information entre les intervenants.
2.	Besoins de l'utilisateur	Évaluation commune des besoins	L'utilisateur a une seule évaluation globale de ses besoins dans tout le réseau.
		Services adaptés aux besoins	L'utilisateur juge que les services sont adaptés autant à ses besoins qu'à sa situation et que les intervenants ont cette préoccupation durant son itinéraire de services.
3.	Fluidité du cheminement de l'utilisateur	Cheminement fluide entre les services	L'utilisateur n'est pas maintenu dans un service en raison de l'incapacité d'un autre à assurer la prise en charge.
		Coordination des services	L'utilisateur peut compter sur un ensemble de services complémentaires autant en ce qui a trait aux intervenants rencontrés qu'aux organisations impliquées.
		Absence de duplication dans les services	Il n'y a pas de duplication des services des différents intervenants auprès de l'utilisateur (interventions, questionnaires, etc.).
4.	Accompagnement de l'utilisateur	Continuité relationnelle	Des liens de proximité sont créés entre l'utilisateur et les intervenants desquels il reçoit ses services.
		Facilité et connaissance des démarches	L'utilisateur sait à qui se référer en cas de questionnement et de problème, et il a accès à un intervenant-pivot pour l'aider dans ses démarches.
5.	Options de services disponibles pour l'utilisateur	Information de qualité disponible	L'utilisateur a accès à une information claire, adaptée et facile à comprendre quant à son état, à ses besoins et aux options de son plan de services.
		Compréhension des services rendus	L'utilisateur comprend le lien entre ses besoins et la nécessité des différents services rendus.
		Prise de décision partagée	L'utilisateur se fait présenter des options de services et il est impliqué dans le choix des services rendus et dans la formulation de son PI ou de son PSI.
6.	Accessibilité aux services	Accessibilité opportune aux services	L'utilisateur a accès à l'ensemble des services dans les délais convenus à son PI ou à son PSI au moment, à l'endroit et par le professionnel déterminés.
		Accessibilité économique aux services	Les coûts ne constituent pas une barrière à l'accès aux soins nécessaires ou recommandés pour l'utilisateur.
7.	Expérience de l'utilisateur des services reçus	Approche globale	L'utilisateur juge que l'approche des différents intervenants ne considérerait pas uniquement sa déficience, mais l'ensemble de ses sphères d'activité.
		Implication dans la prestation des services	L'utilisateur a été impliqué dans des services en fonction de ses capacités tout en assurant sa sécurité.
		Empathie des intervenants	L'utilisateur perçoit l'empathie des intervenants.
		Respect de l'utilisateur	L'utilisateur considère qu'une attention a été portée à assurer sa dignité et sa confidentialité dans le cadre des services.
		Confiance envers le système de services	L'utilisateur déclare avoir confiance dans le système de services auquel il a eu recours.
		Satisfaction envers le système de services	L'utilisateur déclare être satisfait du système de services auquel il a eu recours.

* Le terme utilisateur fait autant référence à l'utilisateur qu'à sa famille et à ses proches dans la prestation des services.
Inspiré de Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie (2001) et de Wong et Haggerty (2013).

Annexe 6 : Typologie des irritants – Entrevues téléphoniques

TABLEAU 16

Description des différents types d'irritants relevés par les usagers lors des entrevues téléphoniques selon les dimensions de la perspective de l'utilisateur

Dimensions	Types d'irritants		Définitions
1. Transmission et utilisation de l'information relative à l'utilisateur	1.2.1	Manque de communication	L'utilisateur juge que les intervenants ne communiquent pas suffisamment entre eux, ce qui l'amène à répéter souvent différents éléments qui devraient être connus, ou il juge que la quantité d'informations demandée est trop importante.
	1.2.2	Utilisation de l'utilisateur comme courroie de transmission	L'utilisateur juge qu'il doit prendre sur lui la responsabilité de transmettre des informations ou des documents à d'autres intervenants.
	1.2.3	Outil de collecte inapproprié	L'utilisateur juge que le format dans lequel la collecte d'informations est effectuée n'est pas adapté à sa situation.
2. Besoins de l'utilisateur	2.2.1	Quantité insuffisante de services reçus	L'utilisateur juge avoir besoin de plus de services que ce qui lui a été donné.
	2.2.2	Intervention mal adaptée	L'utilisateur juge que les interventions ne sont pas toujours adaptées à sa situation ou ses besoins, ce qui inclut le lieu où les services sont dispensés.
	2.2.3	Duplication d'un questionnaire ou d'une évaluation	L'utilisateur juge qu'il a dû remplir au moins deux fois un questionnaire ou passer deux fois sensiblement la même évaluation.
3. Fluidité du cheminement de l'utilisateur	3.2.1	Manque de suivi d'une demande de service	L'utilisateur juge qu'il n'y a pas de rétroaction de la part des installations à la suite d'une demande de service.
	3.2.2	Manque de coordination dans les services reçus	L'utilisateur juge qu'on le renvoie d'un service à un autre ou qu'il y a un manque de cohérence et de complémentarité entre les interventions ou les installations.
	3.2.3	Rupture de service	L'utilisateur juge qu'à un moment ou à un autre il n'est plus pris en charge et qu'il se retrouve dans un trou de services alors qu'il a encore des besoins.
	3.2.4	Prestation d'un service redondant	L'utilisateur juge qu'il a eu un service semblable à un autre service offert de la part de la même installation ou d'installations différentes dont il n'avait pas besoin.
	3.2.5	Prestation d'un service non désiré pour pallier le manque d'accès au service désiré	L'utilisateur juge qu'on lui donne des services dans le but de le faire patienter en attendant que les « vrais » services débutent, ceux que l'utilisateur désire.
4. Accompagnement de l'utilisateur	4.2.1	Absence d'une personne ressource	L'utilisateur juge qu'il n'a personne pour l'aider à cheminer dans ses services.
	4.2.2	Absence de soutien lors de l'accès aux services	L'utilisateur juge qu'il n'a personne pour l'aider à avoir accès à des services ou juge que l'accès aux services est trop complexe.
	4.2.3	Bris dans la continuité relationnelle	L'utilisateur juge que les intervenants qui lui donnent des services changent trop souvent ou qu'il ne réussit pas à développer un lien de confiance avec eux.

TABLEAU 16 (Suite)

Description des différents types d'irritants relevés par les usagers lors des entrevues téléphoniques selon les dimensions de la perspective de l'utilisateur

Dimensions		Types d'irritants	Définitions
5	Options de services disponibles pour l'utilisateur	5.2.1 Manque d'informations sur les services reçus	L'utilisateur juge qu'il n'a pas toute l'information nécessaire pour comprendre les services.
		5.2.2 Manque d'informations sur les autres services disponibles	L'utilisateur juge qu'il n'a pas d'informations sur les autres services auxquels il aurait pu avoir accès.
		5.2.3 Manque d'informations sur son état ou sa situation	L'utilisateur juge qu'il n'a pas toute l'information nécessaire pour comprendre sa situation.
		5.2.4 Absence d'options de services	L'utilisateur juge qu'il n'a pas le choix d'accepter les services proposés.
		5.2.5 Manque de temps pour faire un choix sur les services	L'utilisateur juge qu'il n'a pas le recul nécessaire pour prendre une décision quand on lui demande.
6	Accessibilité aux services	6.2.1 Longueur des délais d'accès	L'utilisateur juge que les délais pour avoir les services sont trop longs.
		6.2.2 Planification problématique d'un service	L'utilisateur juge que les services ne sont pas donnés tels que prévu ou n'ont pas été planifiés.
		6.2.3 Privation d'un service	L'utilisateur affirme s'être privé, pour des raisons économiques, de services offerts par le privé qu'il aurait voulu obtenir.
		6.2.4 Recours au privé pour pallier les problèmes d'accès	L'utilisateur dit avoir eu recours aux services au privé pour pallier l'attente des services au public.
		6.2.5 Privation de matériel lié à la déficience de l'utilisateur	L'utilisateur affirme s'être privé, pour des raisons économiques, de matériel lié à sa déficience qu'il aurait voulu obtenir.
		6.2.6 Indisponibilité d'un service à proximité	L'utilisateur juge ne pas avoir accès à un service dans son milieu (accessibilité géographique).
7	Expérience de l'utilisateur des services reçus	7.2.1 Manque de compréhension de la situation de l'utilisateur de la part des intervenants	L'utilisateur dit qu'il a vécu des situations où il n'a pas été pleinement pris en considération par l'intervenant qui lui a donné des services.
		7.2.2 Manque d'expertise d'un intervenant	L'utilisateur juge qu'au moins un intervenant qui lui a donné des services n'était pas compétent.
		7.2.3 Implication insuffisante de l'utilisateur dans ses services	L'utilisateur juge qu'on ne l'impliquait pas assez dans les services.
		7.2.4 Sentiment d'insécurité durant les services	L'utilisateur juge que sa sécurité a été compromise dans le cadre des services reçus.

Annexe 7 : Typologie des irritants – Collecte aux dossiers cliniques

TABEAU 17

Description des différents types d'irritants relevés aux dossiers cliniques par les évaluateurs selon les dimensions de la perspective de l'utilisateur

Dimensions*		Types d'irritants	Définitions
1.	Transmission et utilisation de l'information relative à l'utilisateur	1.3.1 Communication insuffisante	Communication insuffisante ou bris dans la communication entre les intervenants, les installations ou les partenaires.
		1.3.2 Manque d'informations lors d'un transfert	Informations manquantes pour procéder au transfert vers une autre installation, ce qui peut entraîner des retours ou des délais.
		1.3.3 Utilisation de l'utilisateur comme courroie de transmission	Utilisation de l'utilisateur comme courroie de transmission de l'information entre les intervenants ou les installations.
		1.3.4 Méconnaissance des mécanismes de transfert	Mécanismes de transfert entre les installations pas connus ou pas convenus, ce qui entraîne des délais pour l'utilisateur.
2	Besoins de l'utilisateur	2.3.1 Duplication d'un questionnaire ou d'une évaluation	L'utilisateur est évalué à plusieurs reprises sans justification.
		2.3.2 Caractère non commun des évaluations	Évaluations réalisées sans concertation entre deux installations alors qu'elles auraient pu être planifiées pour se réaliser de façon commune.
3	Fluidité du cheminement de l'utilisateur	3.3.1 Service spécifiques donnés par la mission CR	Service spécifique donné par la mission CR de l'établissement, par exemple le répit, les activités socioprofessionnelles et communautaires.
		3.3.2 Chevauchement entre des services de nature semblable	Prestation de services redondants qui poursuivent un même objectif.
		3.3.3 Manque de coordination entre les installations ou les partenaires	Arrimage des interventions insuffisant entre les installations ou les partenaires incluant ceux du privé.
		3.3.4 Fermeture de dossier à la suite d'une demande de services vers une autre installation	Cessation des services à la suite d'une demande de services dans une autre installation avant même que les services de l'autre installation débutent.
		3.3.5 Rupture de services à la suite d'une demande de services vers une autre installation	Rupture de service entre le moment de la demande de service vers une autre installation et le début des services, et ce sans fermeture des services.
4	Accompagnement de l'utilisateur	4.3.1 Bris dans la continuité relationnelle	Roulement de personnel important pour une même discipline dans une même installation.
		4.3.2 Soutien insuffisant durant les services	Soutien insuffisant offert à l'utilisateur lorsque c'est requis, notamment en cas de problème, incluant les cas où l'intervenant-pivot ne joue pas son rôle.
		4.3.3 Absence de soutien lors de l'accès aux services	Soutien inadéquat ou inexistant offert à l'utilisateur lors du processus d'accès aux services.

* La perspective de l'utilisateur comprend sept dimensions, ainsi aucun irritant n'a été dégagé pour les dimensions 5, 6 et 7.

Annexe 8 : Résultats détaillés de la perspective de l'utilisateur par profil

Tableau 18

Résultats pour la dimension 1 transmission et utilisation de l'information clinique relative à l'utilisateur selon le profil clinique

Indicateurs en lien avec la dimension 1		Profils				Moyenne
		TSA N=24	DL N=22	DI N=21	DM N=23	
Entrevue téléphonique avec les usagers	1.1 Moyenne des réponses quantitatives des usagers; et plus spécifiquement la proportion ayant rarement eu à :	58%	64%	74%	74%	67%
	1.1.1 ...répéter leur histoire	46%	55%	67%	48%	53%
	1.1.2 ...transmettre des papiers ou des documents à des intervenants	71%	73%	81%	100%	81%
	1.2 Proportion des usagers ayant relevé un irritant**; et plus particulièrement en lien avec :	42%	36%	29%	35%	36%
	1.2.1 ...un manque de communication	38%	23%	29%	30%	30%
	1.2.2 ...l'utilisation de l'utilisateur comme courroie de transmission	13%	23%	14%	0%	12%
	1.2.3 ...le caractère inapproprié d'un outil de collecte de données	0%	0%	0%	4%	1%
Collecte dossiers cliniques des usagers	1.3 Proportion des usagers pour lesquels un irritant** a été relevé par les évaluateurs; et plus particulièrement en lien avec :	50%	23%	48%	48%	42%
	1.3.1 ...une communication insuffisante	38%	18%	43%	39%	35%
	1.3.2 ...un manque d'informations lors d'un transfert	13%	0%	0%	9%	5%
	1.3.3 ...l'utilisation de l'utilisateur comme courroie de transmission	0%	5%	4%	9%	4%
	1.3.4 ...la méconnaissance des mécanismes de transfert	4%	5%	4%	0%	3%
	Cote	2,0	2,5	2,5	2,0	2,0
		Très insatisfaisant	Insatisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant	
		0	1	2	3	

* Le N pour chacun des indicateurs peut être inférieur au N présenté en raison des non réponses ou des refus de répondre des usagers.

** Le descriptif des irritants (sections 1.2 et 1.3) est présenté aux Annexes 8 et 9.

Tableau 19

Résultats pour la dimension 2 besoins de l'utilisateur selon le profil clinique

Indicateurs en lien avec la dimension 2		Profils				Moyenne
		TSA N=24	DL N=22	DI N=21	DM N=23	
Entrevue téléphonique avec les usagers	2.1 Moyenne des réponses quantitatives des usagers; et plus spécifiquement la proportion jugeant :	84%	91%	92%	89%	90%
	2.1.1 ...avoir été évaluée	78%	100%	76%	100%	89%
	2.1.2 ...que l'évaluation a porté sur leur famille, leurs proches et leur environnement	100%	82%	100%	76%	91%
	2.1.3 ...que les services reçus ont répondu à leurs besoins	75%	91%	100%	91%	89%
	2.2 Proportion des usagers ayant relevé un irritant**; et plus particulièrement en lien avec :	71%	64%	62%	30%	57%
	2.2.1 ...une quantité insuffisante de services reçus	58%	41%	43%	17%	40%
	2.2.2 ...le caractère mal adapté d'une intervention	38%	45%	33%	17%	33%
	2.2.3 ...la duplication d'un questionnaire ou d'une évaluation	13%	9%	0%	4%	7%
Collecte dossiers cliniques des usagers	2.3 Proportion des usagers pour lesquels un irritant** a été relevé par les évaluateurs; et plus particulièrement en lien avec :	46%	45%	17%	61%	42%
	2.3.1 ...la duplication d'un questionnaire ou d'une évaluation	29%	27%	4%	48%	27%
	2.3.2 ...le caractère non commun des évaluations	17%	18%	13%	17%	16%
	2.4 Proportion des usagers pour lesquels les besoins sont identifiés aux dossiers par les évaluateurs	100%	91%	100%	91%	96%
	2.5 Proportion des usagers ayant une évaluation globale des besoins aux dossiers (usagers adultes, OEMC)	N/A	N/A	32%	62%	47%
	2.6 Proportion des usagers ayant une évaluation globale des besoins aux dossiers (usagers moins de 18 ans)	88%	41%	N/A	N/A	65%
	2.7 Proportion des usagers pour lesquels les besoins identifiés aux dossiers ont été répondus selon les évaluateurs	70%	59%	94%	94%	78%
	Cote	2,0	2,0	2,5	2,5	2,0
		Très insatisfaisant	Insatisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant	
		0	1	2	3	

* Le N pour chacun des indicateurs peut être inférieur au N présenté en raison des non réponses ou des refus de répondre des usagers.

** Le descriptif des irritants (sections 2.2 et 2.3) est présenté aux Annexes 8 et 9.

Tableau 20

Résultats pour la dimension 3 fluidité du cheminement de l'utilisateur selon le profil clinique

Indicateurs en lien avec la dimension 3		Profils				Moyenne N=90*
		TSA N=24	DL N=22	DI N=21	DM N=23	
Entrevue téléphonique avec les usagers	3.1 Moyenne des réponses quantitatives des usagers; et plus spécifiquement la proportion jugeant :	88%	89%	92%	95%	91%
	3.1.1 ...tous les services reçus nécessaires	89%	100%	88%	89%	92%
	3.1.2 ...n'avoir eu aucun service en double ou à compléter deux fois le même type de questionnaire	88%	77%	95%	100%	90%
	3.2 Proportion des usagers ayant relevé un irritant**; et plus particulièrement en lien avec :	50%	50%	33%	17%	38%
	3.2.1 ...un manque de suivi d'une demande de service	25%	23%	19%	4%	18%
	3.2.2 ...un manque de coordination	21%	18%	14%	4%	14%
	3.2.3 ...une rupture de service	17%	18%	14%	9%	14%
	3.2.4 ...la prestation d'un service redondant	13%	5%	14%	4%	9%
	3.2.5 ...la prestation d'un service non désiré pour pallier le manque d'accès au service désiré	8%	0%	0%	0%	2%
		N=24	N=22	N=23	N=23	N=92*
Collecte dossiers cliniques des usagers	3.3 Proportion des usagers pour lesquels un irritant** a été relevé par les évaluateurs; et plus particulièrement en lien avec :	67%	55%	78%	39%	60%
	3.3.1 ...un service spécifique donné par la mission CR	29%	9%	39%	13%	23%
	3.3.2 ...un chevauchement entre des services de nature semblable	8%	14%	48%	17%	22%
	3.3.3 ...un manque de coordination entre les installations ou les partenaires	38%	9%	13%	9%	17%
	3.3.4 ...une fermeture de dossier à la suite d'une demande de service vers une autres installation	8%	18%	0%	0%	7%
	3.3.5 ...une rupture de service à la suite d'une demande de service vers une autres installation	0%	0%	0%	4%	2%
	3.4 Proportion des usagers pour lesquels aucune rupture de service n'a été relevée par les évaluateurs	54%	36%	74%	70%	59%
Cote		2,0	2,0	2,0	2,5	2,0
* Le N pour chacun des indicateurs peut être inférieur au N présenté en raison des non réponses ou des refus de répondre des usagers.		Très insatisfaisant	Insatisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant	
** Le descriptif des irritants (sections 3.2 et 3.3) est présenté aux Annexes 8 et 9.		0	1	2	3	

Tableau 21

Résultats pour la dimension 4 accompagnement de l'utilisateur selon le profil clinique

Indicateurs en lien avec la dimension 4		Profils				Moyenne N=90*
		TSA N=24	DL N=22	DI N=21	DM N=23	
Entrevue téléphonique avec les usagers	4.1 Moyenne des réponses quantitatives des usagers; et plus spécifiquement la proportion :	60%	68%	82%	78%	72%
	4.1.1 ...sachant quoi faire pour avoir accès aux services	54%	86%	86%	91%	79%
	4.1.2 ...jugant l'accès aux services facile	46%	59%	76%	87%	67%
	4.1.3 ...sachant à qui s'adresser en cas de problème	67%	77%	95%	78%	79%
	4.1.4 ...affirmant avoir un intervenant pivot	75%	50%	71%	57%	63%
	4.2 Proportion des usagers ayant relevé un irritant**; et plus particulièrement en lien avec :	54%	55%	48%	35%	48%
	4.2.1 ...l'absence d'une personne ressource	25%	27%	14%	13%	20%
	4.2.2 ...l'absence de soutien lors de l'accès aux services	25%	27%	24%	4%	20%
	4.2.3 ...un bris dans la continuité relationnelle	29%	5%	19%	17%	18%
		N=24	N=22	N=23	N=23	N=92*
Collecte dossiers cliniques des usagers	4.3 Proportion des usagers pour lesquels un irritant** a été relevé par les évaluateurs; et plus particulièrement en lien avec :	29%	36%	43%	43%	38%
	4.3.1 ...un bris dans la continuité relationnelle	29%	9%	30%	35%	26%
	4.3.2 ...un soutien insuffisant durant les services	0%	18%	9%	22%	12%
	4.3.3 ...l'absence de soutien lors de l'accès aux services	4%	9%	4%	0%	4%
	4.4 Proportion des usagers pour lesquels un intervenant pivot a été trouvé aux dossiers	79%	18%	74%	43%	54%
Cote		2,0	1,5	2,0	2,0	2,0
* Le N pour chacun des indicateurs peut être inférieur au N présenté en raison des non réponses ou des refus de répondre des usagers.		Très insatisfaisant	Insatisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant	
** Le descriptif des irritants (sections 4.2 et 4.3) est présenté aux Annexes 8 et 9.		0	1	2	3	

Tableau 22

Résultats pour la dimension 5 options de services disponibles pour l'utilisateur selon le profil clinique

Indicateurs en lien avec la dimension 5		Profils				Moyenne N=90*
		TSA N=24	DL N=22	DI N=21	DM N=23	
Entrevue téléphonique avec les usagers	5.1 Moyenne des réponses quantitatives des usagers; et plus spécifiquement la proportion :	74%	80%	94%	87%	83%
	5.1.1 ...ayant accès à de l'information claire, adaptée et facile à comprendre sur son état ou sa situation	79%	77%	90%	78%	81%
	5.1.2 ...ayant accès à de l'information claire, adaptée et facile à comprendre sur les services offerts	63%	82%	90%	96%	82%
	5.1.3 ...jugant avoir été impliquée au moment de choisir les services rendus	79%	82%	100%	87%	89%
	5.2 Proportion des usagers ayant relevé un irritant**; et plus particulièrement en lien avec :	58%	55%	38%	39%	48%
	5.2.1 ...un manque d'informations sur les services reçus	42%	23%	19%	22%	27%
	5.2.2 ...un manque d'informations sur les autres services disponibles	38%	23%	19%	4%	21%
	5.2.3 ...un manque d'informations sur son état ou sa situation	21%	23%	5%	22%	18%
	5.2.4 ...l'absence d'options de services	17%	18%	5%	4%	11%
	5.2.5 ...un manque de temps pour faire un choix sur les services	4%	0%	0%	0%	1%
Collecte dossiers cliniques		N=24	N=22	N=23	N=23	N=92*
	5.3 Proportion des usagers pour lesquels un plan d'intervention a été trouvé au dossier CLSC par les évaluateurs	39%	28%	45%	43%	39%
	5.4 Proportion des usagers pour lesquels un plan d'intervention a été trouvé au dossier CR par les évaluateurs	96%	55%	96%	65%	78%
Cote		2,0	1,5	2,5	2,0	2,0
* Le N pour chacun des indicateurs peut être inférieur au N présenté en raison des non réponses ou des refus de répondre des usagers.		Très insatisfaisant	Insatisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant	
** Le descriptif des irritants (section 5.2) est présenté à l'Annexe 8.		0	1	2	3	

Tableau 23

Résultats pour la dimension 6 accessibilité aux services selon le profil clinique

Indicateurs en lien avec la dimension 6		Profils				Moyenne N=90*
		TSA N=24	DL N=22	DI N=21	DM N=23	
Entrevue téléphonique avec les usagers	6.1 Moyenne des réponses quantitatives des usagers; et plus spécifiquement la proportion :	65%	80%	83%	80%	77%
	6.1.1 ...jugant avoir eu accès aux services à la date fixée, à l'endroit et avec l'intervenant tel que convenu	96%	91%	100%	96%	96%
	6.1.2 ...n'ayant pas payé pour obtenir des services ou de l'équipement	42%	77%	71%	65%	63%
	6.1.3 ...ne s'étant pas privé de services pour des raisons économiques	58%	73%	76%	78%	71%
	6.2 Proportion des usagers ayant relevé un irritant**; et plus particulièrement en lien avec :	92%	86%	67%	74%	80%
	6.2.1 ...la longueur des délais d'accès	83%	77%	48%	48%	64%
	6.2.2 ...une planification problématique d'un service	38%	32%	14%	26%	28%
	6.2.3 ...la privation d'un service	29%	14%	19%	9%	18%
	6.2.4 ...le recours au privé pour pallier les problèmes d'accès	29%	14%	0%	4%	12%
	6.2.5 ...la privation de matériel lié à la déficience de l'utilisateur	13%	14%	5%	9%	10%
	6.2.6 ...l'indisponibilité d'un service à proximité	0%	9%	5%	0%	3%
Cote		1,0	1,5	2,0	1,5	1,5
* Le N pour chacun des indicateurs peut être inférieur au N présenté en raison des non réponses ou des refus de répondre des usagers.		Très insatisfaisant	Insatisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant	
** Le descriptif des irritants (section 6.2) est présenté à l'Annexe 8.		0	1	2	3	

Tableau 24

Résultats pour la dimension 7 expérience de l'utilisateur des services reçus selon le profil clinique

Indicateurs en lien avec la dimension 7		Profils				Moyenne N=90*
		TSA N=24	DL N=22	DI N=21	DM N=23	
Entrevue téléphonique avec les usagers	7.1 Moyenne des réponses quantitatives des usagers; et plus spécifiquement la proportion :	92%	91%	93%	94%	93%
	7.1.1 ...jugant que les intervenants s'intéressent à leur environnement et leurs habitudes de vie	100%	100%	100%	100%	100%
	7.1.2 ...sentant avoir été impliquée à toutes les étapes des services reçus	93%	95%	90%	91%	93%
	7.1.3 ...se sentant capable de faire ce que les intervenants demandent	92%	73%	86%	83%	83%
	7.1.4 ...se sentant en sécurité durant les services	100%	95%	95%	96%	96%
	7.1.5 ...sentant de l'empathie de la part des intervenants	92%	91%	95%	96%	94%
	7.1.6 ...estimant avoir été respectée durant les services	96%	95%	95%	91%	95%
	7.1.7 ...estimant que les intervenants sont compétents et cherchent à améliorer leur situation	96%	95%	90%	100%	96%
	7.1.8 ...satisfaite des services reçus en 2015	71%	82%	95%	96%	86%
	7.2 Proportion des usagers ayant relevé un irritant**, et plus particulièrement en lien avec :	46%	41%	38%	39%	41%
	7.2.1 ...un manque de compréhension de la situation de l'utilisateur de la part des intervenants	38%	27%	33%	30%	32%
	7.2.2 ...un manque d'expertise d'un intervenant	13%	18%	14%	4%	12%
	7.2.3 ...une implication insuffisante de l'utilisateur dans ses services	8%	14%	5%	4%	8%
	7.2.3 ...un sentiment d'insécurité durant les services	0%	0%	10%	13%	6%
	Cote	2,5	2,5	3,0	3,0	3,0
		Très insatisfaisant	Insatisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant	
		0	1	2	3	

* Le N pour chacun des indicateurs peut être inférieur au N présenté en raison des non réponses ou des refus de répondre des usagers.

** Le descriptif des irritants (section 7.2) est présenté à l'Annexe 8.