



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

Elsa Bernatchez, conseillère en évaluation, Direction de l'évaluation
Jean-Philippe Marquis, conseiller en évaluation, Direction de l'évaluation

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

Christine Lanctôt, Direction des programmes en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique
Jean-Nickolas Dumaine, anciennement à la Direction de l'évaluation

Évaluation sous la direction de

Geneviève Boucher, directrice de l'évaluation

Révision linguistique

Décembre 2020

Les personnes suivantes ont été membres du Comité de suivi de l'évaluation, de février 2019 à octobre 2020¹

Du MSSS

Geneviève Poirier Directrice des programmes en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique

Du réseau de la santé et des services sociaux

Lyne Girard Directrice générale adjointe aux programmes sociaux et réadaptation et Directrice DITSADP, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Amélie Duchesne Adjointe à la direction du programme DI, TSA, DP, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Marlène Galdin Directrice qualité, évaluation, performance et éthique, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

De la communauté scientifique

Normand Boucher Institut de réadaptation en déficience physique de Québec – CIRRIIS

Germain Couture Centre de recherche de l'Institut universitaire en DI et en TSA et Département de psychologie de l'UQTR

Usagers-partenaires

Marie-Michèle Thériault et Denise Juneau

ÉDITION

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

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse : www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**.

Le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2022

ISBN : 978-2-550-92636-8 (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, 2022

1. Les affiliations des membres du comité de suivi, qui ont été indiquées, sont celles qui avaient cours au moment de la constitution de ce comité.

Remerciements

Nous tenons à remercier cordialement toutes les personnes qui ont contribué à la présente évaluation. En premier lieu, nos remerciements s'adressent aux usagers² qui nous ont autorisés à consulter leurs dossiers cliniques et nous ont accordé une entrevue téléphonique portant sur leur expérience à propos 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), ainsi que 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 accompli. Nous remercions aussi toutes les personnes rencontrées lors des entrevues et des groupes de discussion (gestionnaires, intervenants³ et partenaires).

Enfin, les commentaires éclairés des membres du Comité de suivi de l'évaluation ont permis de bonifier l'ensemble du rapport. Nous les remercions pour l'aide qu'ils nous ont apportée.

-
2. Dans le présent document, nous utilisons le mot **usagers** pour désigner l'ensemble des personnes, hommes et femmes, qui font usage des services offerts dans le domaine de la déficience physique, de la déficience intellectuelle, du trouble du spectre de l'autisme.
 3. Dans le présent document, nous utilisons le mot **intervenants** pour désigner un ensemble de professionnels de la santé, hommes autant que femmes, qui exercent leurs activités dans diverses disciplines, telles que le travail social, l'ergothérapie, la psychoéducation, l'orthophonie, la physiothérapie, etc.

Table des matières

Liste des tableaux	V
Liste des figures	VI
Sigles et acronymes	VII
Principaux messages	VIII
1. Contexte de l'évaluation	1
2. Objet de l'évaluation	2
3. Démarche d'évaluation	3
4. Résultats	6
4.1 Perspective organisationnelle	6
4.2 Perspective de l'utilisateur	32
4.3 Perspective de l'utilisateur par profil clinique	47
4.4 Itinéraires de services par profil clinique	53
5. Pistes d'amélioration et recommandations	64
6. Limites méthodologiques	67
7. Conclusion	68
Références bibliographiques	71
Annexe 1. Notes méthodologiques pour le calcul des cotes à partir de la perspective de l'utilisateur	73
Annexe 2. Précisions sur les tableaux de statistiques des itinéraires de soins et services	75
Annexe 3. Perspective organisationnelle – Dimensions de l'intégration des services	76
Annexe 4. Perspective de l'utilisateur – Dimensions de l'intégration des services	77
Annexe 5. Typologie des irritants – Entrevues téléphoniques	78
Annexe 6. Typologie des irritants – Collecte dans les dossiers cliniques	80
Annexe 7. Résultats détaillés à partir de la perspective de l'utilisateur, par dimension	81
Annexe 8. Résultats détaillés à partir de la perspective de l'utilisateur, par profil	85

Liste des tableaux

Tableau 1. - Principaux constats.	IX
Tableau 2. Distinctions entre la perspective organisationnelle et la perspective de l'utilisateur	4
Tableau 3. Signification des cotes	5
Tableau 4. Statistiques itinéraires – Usagers âgés de 0 à 5 ans présentant un TSA.	55
Tableau 5. Statistiques itinéraires – Usagers âgés de 0 à 12 ans présentant une DL.	57
Tableau 6. Statistiques itinéraires – Usagers âgés de 18 à 22 ans présentant une DI	59
Tableau 7. Statistiques itinéraires – Usagers âgés de 45 à 65 ans présentant une DM	62
Tableau 8. Constats et recommandations pour le MSSS et les établissements	65
Tableau 9. Échelles d'évaluation des réponses	74
Tableau 10. Pondération des cotes par dimension	74
Tableau 11. Dimensions, vues de la perspective organisationnelle, de l'intégration des services.	76
Tableau 12. Dimensions, vues de la perspective de l'utilisateur, de l'intégration des services	77
Tableau 13. Description des différents types d'irritants relevés par les usagers lors des entrevues téléphoniques, selon les dimensions vues de la perspective de l'utilisateur	78
Tableau 14. Description des différents types d'irritants relevés, par les évaluateurs, dans les dossiers cliniques, selon les dimensions vues de la perspective de l'utilisateur	80
Tableau 15. Résultats pour la dimension 1, Transmission et utilisation de l'information clinique relative à l'utilisateur, selon le site évalué.	81
Tableau 16. Résultats pour la dimension 2, Besoins de l'utilisateur, selon le site évalué.	81
Tableau 17. Résultats pour la dimension 3, Fluidité du cheminement de l'utilisateur, selon le site évalué.	82
Tableau 18. Résultats pour la dimension 4, Accompagnement de l'utilisateur, selon le site évalué.	82
Tableau 19. Résultats pour la dimension 5, Options de services disponibles pour l'utilisateur, selon le site évalué.	83
Tableau 20. Résultats pour la dimension 6, Accessibilité aux services, selon le site évalué	83
Tableau 21. Résultats pour la dimension 7, Expérience de l'utilisateur des services reçus, selon le site évalué.	84
Tableau 22. Résultats pour la dimension 1, Transmission et utilisation de l'information clinique relative à l'utilisateur, selon le profil clinique	85
Tableau 23. Résultats pour la dimension 2, Besoins de l'utilisateur, selon le profil clinique.	85
Tableau 24. Résultats pour la dimension 3, Fluidité du cheminement de l'utilisateur, selon le profil clinique.	86
Tableau 25. Résultats pour la dimension 4, Accompagnement de l'utilisateur, selon le profil clinique.	86
Tableau 26. Résultat pour la dimension 5, Options de services disponibles pour l'utilisateur, selon le profil clinique.	87
Tableau 27. Résultats pour la dimension 6, Accessibilité aux services, selon le profil clinique.	87
Tableau 28. Résultats pour la dimension 7, Expérience de l'utilisateur des services reçus, selon le profil clinique.	88

Liste des figures

Figure 1. Graphique en radar des sites évalués pour la dimension 1, Système d'information, transfert, communication et accès à l'information	9
Figure 2. Graphique en radar des sites évalués pour la dimension 2, Culture organisationnelle et leadership	12
Figure 3. Graphique en radar des sites évalués pour la dimension 3, Engagement à offrir des services intégrés	16
Figure 4. Graphique en radar des sites évalués pour la dimension 4, Organisation clinique	20
Figure 5. Graphique en radar des sites évalués pour la dimension 5, Développement des compétences	22
Figure 6. Graphique en radar des sites évalués pour la dimension 6, Incitatifs à l'utilisation optimale des ressources	25
Figure 7. Graphique en radar des sites évalués pour la dimension 7, Qualité et évaluation des services	26
Figure 8. Graphique en radar des sites évalués pour la dimension 8, Accent mis sur le rôle des usagers	29
Figure 9. Graphiques en radar de tous les sites évalués selon les dimensions vues de la perspective organisationnelle	31
Figure 10. Graphique en radar des sites évalués pour la dimension 1, Transmission et utilisation de l'information clinique relative à l'utilisateur	34
Figure 11. Graphique en radar des sites évalués pour la dimension 2, Besoins de l'utilisateur	36
Figure 12. Graphique en radar des sites évalués pour la dimension 3, Fluidité du cheminement de l'utilisateur	38
Figure 13. Graphique en radar des sites évalués pour la dimension 4, Accompagnement de l'utilisateur	40
Figure 14. Graphique en radar des sites évalués pour la dimension 5, Options de services disponibles pour l'utilisateur	42
Figure 15. Graphique en radar des sites évalués pour la dimension 6, Accessibilité aux services	44
Figure 16. Graphique en radar des sites évalués pour la dimension 7, Expérience de l'utilisateur au regard des services reçus	45
Figure 17. Graphiques en radar de tous les sites évalués, selon les dimensions vues de la perspective de l'utilisateur	46
Figure 18. Graphique en radar des usagers ayant un TSA, pour les dimensions vues de la perspective de l'utilisateur	47
Figure 19. Graphique en radar des usagers ayant une DL, pour les dimensions vues de la perspective de l'utilisateur	49
Figure 20. Graphique en radar des usagers ayant une DL, pour les dimensions vues de la perspective de l'utilisateur	50
Figure 21. Graphique en radar des usagers ayant une DM, pour les dimensions vues de la perspective de l'utilisateur	52
Figure 22. Légende des itinéraires	54
Figure 23. Itinéraires – Usagers âgés de 0 à 5 ans présentant un TSA	56
Figure 24. Itinéraires – Usagers âgés de 0 à 12 ans présentant une DL	58
Figure 25. Itinéraires – Usagers âgés de 18 à 22 ans présentant une DI	60
Figure 26. Itinéraires – Usagers âgés de 45 à 65 ans présentant une DM	63

Sigles et acronymes

AVC	Accident vasculaire cérébral
CAJ	Centre d'activités de jour
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
CJ	Centre jeunesse
CLSC	Centre local de services communautaires
CPE	Centre de la petite enfance
CR	Centre de réadaptation
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
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
DPDTSARP	Direction des programmes en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique
DQEPE	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 sur la clientèle et les services des CLSC
ICI	Services d'intervention comportementale intensive
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 régionales
MEES	Ministère de l'Éducation et Ministère de l'Enseignement supérieur
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OASIS	Outil d'alimentation des systèmes d'information sociosanitaires
OCCI	Outil de cheminement clinique informatisés
OEMC	Outil d'évaluation multIClientèle
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 individualisés
PSIAS	Plan de services individualisés et d'allocation de services
RSI	Réseau de services intégrés
RSIPA	Réseau de services intégrés pour les 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
SIPAD	Système d'information pour les personnes ayant une déficience
SIRTF	Système d'information sur les ressources intermédiaires et de type familial
TC	Trouble du comportement
TÉVA	Transition École-Vie active
TGC	Trouble grave du comportement
TSA	Trouble du spectre de l'autisme
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive

Principaux messages

L'évaluation confirme que les sites évalués sont en action et que les approches, les stratégies et les actions mises en place pour améliorer l'intégration des services portent leurs fruits. Cependant, les établissements doivent affronter certains obstacles importants. Ces obstacles sont présentés dans le Tableau 1 de la page suivante. Il importe de noter que les précisions entourant les constats qui y sont présentés se trouvent dans la section 4 du rapport.

En plus des constats présentés dans le présent rapport, des recommandations s'adressant au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ainsi qu'aux établissements se trouvent dans le tableau synoptique (Tableau 8). Ce tableau détermine également des actions prioritaires pour les établissements en vue de tendre vers une meilleure intégration des services pour les programmes DP, DI-TSA. Bien que les deux perspectives d'évaluation (perspective organisationnelle et perspective de l'utilisateur) aient contribué au développement des constats et des recommandations, le Tableau 8 a été structuré selon les dimensions de la perspective organisationnelle, car les leviers d'une meilleure intégration se situent dans les organisations. La perspective de l'utilisateur fait davantage état de leur perception quant aux différents mécanismes mis en place au moment de l'intégration des services et de leur expérience vécue lors de leurs épisodes de soins et de services.

Tableau 1. – Principaux constats

Principaux enjeux	<p>Les systèmes d'information demeurent le principal enjeu en ce qui concerne l'intégration des services. Le fait que les intervenants doivent naviguer entre plusieurs plateformes informatiques qui ne communiquent pas entre elles, les difficultés au sujet de l'accès aux bases de données et aux dossiers cliniques des usagers, la disparité et les erreurs de codification ainsi que la rigidité des plateformes sont des obstacles de première importance. Cet enjeu se reflète à l'échelon des usagers qui, dans 33 % des cas, indiquent devoir répéter leur histoire.</p> <p>Dans leur message, les directions DP, DI-TSA insistent sur le fait d'avoir un usager CISSS ou CIUSSS. Malgré cela, on constate que les usagers sont toujours orientés vers les services qui correspondent à leur diagnostic ou à leur âge plutôt qu'à leurs besoins. Cette situation a des répercussions sur la collaboration interprogramme, sur la qualité des services rendus aux usagers et sur le maintien du travail en silo.</p>
Mécanismes RSI	<p>Les PI ne sont toujours pas systématiques (25 % des usagers n'en avaient pas dans leur dossier) et les usagers n'y participent pas toujours. Ils ne regroupent pas toujours l'ensemble des acteurs travaillant auprès de l'utilisateur, mais ce constat s'applique moins aux partenaires scolaires et aux CPE.</p> <p>Les évaluations globales des besoins ne sont pas systématiques (elles sont absentes dans 25 % des dossiers des usagers). De plus, de nombreux irritants sont formulés par l'ensemble des acteurs quant à l'utilisation de l'OCCI/OÉMC pour l'évaluation globale des besoins auprès des adultes : on ressent la pression administrative plutôt que la pertinence clinique de l'exercice, on déplore sa lourdeur et on considère qu'il devrait être mieux adapté aux usagers ayant une DI ou un TSA.</p> <p>Un consensus se dégage quant à la désuétude du Plan d'accès qui se résume à un délai d'accès au premier service qui, par ailleurs, n'est pas nécessairement le service à recevoir. On signale aussi l'importance des intervenants-pivots pour leur bon fonctionnement et on précise qu'il faut réviser les délais associés aux priorités de services.</p> <p>Des salles de pilotage ou des stations visuelles permettent maintenant les suivis de gestion. Les intervenants déplorent que ces suivis se concentrent sur les indicateurs de performance au détriment de la qualité des services rendus aux usagers.</p> <p>Les guichets d'accès uniques sont maintenant en place ou partiellement déployés. Ils constituent un point de chute, harmonisent les références d'un service à l'autre et améliorent l'arrimage entre ces services. Du point de vue de l'utilisateur, il semble que ces guichets aient eu pour effet d'améliorer le suivi des demandes de services en attente puisqu'aucun irritant n'a été soulevé à ce sujet. Toutefois, des efforts restent à faire pour diminuer les délais de l'accès aux services : 41 % des usagers ont mentionné la longueur de ces délais, ce qui, du point de vue des usagers, en fait l'enjeu principal.</p> <p>Une confusion règne toujours autour du rôle de l'intervenant-pivot. Les usagers sont de plus en plus nombreux à en avoir un, mais leur identification dans le dossier clinique est problématique : 79 % des usagers affirment avoir un intervenant-pivot, alors que, dans les faits, on en trouve un dans le dossier de 48 % des usagers.</p>
Organisation clinique	<p>Les intervenants ont perdu leurs repères et ils ne savent plus à qui s'adresser au sein de l'organisation. L'information pertinente qui doit être à leur disposition à propos des changements en cours n'est pas suffisante et ils s'identifient à leur direction, à leur ancien établissement ou à leur discipline plutôt qu'à leur CISSS ou à leur CIUSSS.</p> <p>Les relations avec les partenaires demeurent fragiles puisqu'ils ne sont pas toujours informés, impliqués ou mobilisés dans les changements. Cependant, une amélioration des collaborations et une volonté de reprendre les tables de concertation et d'établir de nouvelles ententes avec eux sont perçues.</p> <p>Bien qu'il reste du travail à faire à cet échelon, les comités de gestion, les tables de coordination régionale, les tables de gestionnaires d'accès et les tables nationales aident à la clarification des rôles et responsabilités entre les missions (CLSC et CR) et ils améliorent la collaboration entre les missions, ainsi que le partage de l'information clinique. Dans le même sens, on relève peu d'irritants maintenant en lien avec un manque de coordination (constat observé chez 2 % des usagers et dans 5 % des dossiers cliniques), avec la prestation de services par la mauvaise mission (constat observé dans 13 % des dossiers) et avec le chevauchement entre les services de nature semblable (constat observé dans 8 % des dossiers).</p> <p>Un plus grand partage des ressources matérielles et humaines intermissions et interprogrammes est maintenant observé partout. Cependant, l'attraction et la rétention du personnel représentent un problème qui persiste.</p> <p>Un problème est soulevé dans tous les sites qui ont rapport aux liens avec le programme de santé mentale, lesquels liens sont plus fragiles. On observe, toutefois, la création d'alliances interprogrammes, notamment avec le programme JED, qui permettent de briser le travail en silo.</p> <p>Les intervenants et les partenaires signalent qu'ils n'ont pas accès aux formations communes entre les missions CR et CLSC. De plus, le roulement de personnel occasionne l'observation d'une perte d'expertise. Cependant, le partage d'expertise entre les missions et entre les programmes est maintenant plus répandu.</p>
Usagers	<p>Bien que l'autodétermination des usagers soit encouragée, la surcharge de travail des intervenants, la culture organisationnelle de prise en charge et la condition de l'utilisateur agissent de façon telle qu'il est parfois difficile de mettre en pratique cette autodétermination.</p> <p>La notion d'usager-partenaire est maintenant davantage connue et les usagers participent aux processus d'amélioration continue.</p> <p>Dans une proportion de 26 %, les usagers signalent une quantité insuffisante de services reçus et les ruptures de services demeurent nombreuses. Les évaluateurs en ont relevé chez 33 % des usagers.</p> <p>La dévotion des intervenants envers les usagers est toujours manifeste. D'ailleurs, 94 % des usagers sont satisfaits des services reçus au cours de l'année.</p>

1. Contexte de l'évaluation

Les programmes-services en déficience physique (DP), en 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 ont pour buts de développer et de maintenir les capacités de ces usagers, de compenser pour leurs incapacités, de favoriser leur autonomie et de soutenir leur pleine participation sur le plan social. Les services ont également pour objectif de soutenir la famille et les proches de ces personnes, et ils sont offerts par une multitude d'acteurs qui travaillent dans divers lieux relevant, notamment, des missions des centres locaux de services communautaires (CLSC) et des centres de réadaptation (CR), lesquels incluent les centres de réadaptation en déficience physique (CRDP) et les centres de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement (CRDITED)⁴.

Cette évaluation fait suite aux différents bilans et diverses évaluations dans le domaine de la déficience ainsi qu'aux travaux ministériels entrepris au cours des dernières années. Tous ces travaux convergent vers la nécessité d'une meilleure intégration des services offerts à la population.

Elle s'inscrit également dans le contexte élargi de la réorganisation entreprise en 2015 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 (LMRSSS). Des établissements qui, jusque-là, avaient échappé aux différentes vagues de fusion ont été intégrés. C'est le cas pour l'ensemble des CR, auparavant considérés comme des « partenaires ». Les anciens centres de santé et de services sociaux (CSSS) et les CR exercent des « missions » différentes, mais à présent ils sont sous une même gouverne⁵. De plus, les programmes DP, DI-TSA font maintenant partie d'une même direction. Auparavant, ils pouvaient relever de deux directions différentes ou d'une seule, ou encore ils pouvaient être jumelés à un autre programme. Cela suppose des changements de première importance dans l'organisation des services et une redéfinition des modalités de collaboration avec les partenaires du réseau territorial de services (RTS).

Le mandat d'évaluation formulé conjointement par la Direction des programmes en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique (DPDTSARP) et la Direction de l'évaluation porte sur l'intégration des services offerts aux personnes ayant une DP, une DI ou un TSA. Cette intégration a pour objectif d'améliorer la qualité des soins et des services, la qualité de vie et la satisfaction des usagers.

Pour y parvenir, une première collecte de données (T0) portant sur l'année 2015 a été effectuée au cours du printemps 2016, soit un an après la mise en œuvre de la réorganisation du réseau. Un rapport d'évaluation présentant les premiers résultats d'évaluation a été publié à l'automne 2017. Puis, une seconde collecte de données (T1) portant sur l'année 2018 a été menée au printemps 2019 dans le but d'évaluer le chemin parcouru par les organisations au cours des trois années séparant les deux collectes de données et de fournir une réponse plus complète au mandat de l'évaluation.

4. Même si le programme de services s'appelle maintenant Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA), le nom des anciens établissements a été conservé, soit CRDITED.

5. 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).

2. Objet de l'évaluation

L'intégration des services en DP et DI-TSA constitue l'objet de l'évaluation dont il est ici question. Elle est considérée comme la résultante des mécanismes d'un réseau de services intégrés (RSI) et de la collaboration nécessaire pour que ces mécanismes soient mis en œuvre.

Le réseau de services intégrés : les mécanismes

Les principaux mécanismes ciblés sont les suivants : le guichet d'accès 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 individualisés (PSI) et les gestionnaires d'accès. Ces mécanismes ont pour but d'assurer la mise en place de conditions propices à la prestation d'un continuum de services personnalisé, équitable et efficace pour répondre aux besoins prioritaires des personnes ayant une déficience, ainsi qu'aux besoins de leur famille et de leurs proches [1] [2] [3].

Le réseau de services intégrés : la 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 intégrés [4] [5] [6]. Dans la notion de collaboration existe une volonté d'agir et d'interagir qui fait appel, notamment, au leadership, au partage d'expertise et de ressources, à une vision commune, à la connaissance et à la confiance entre les acteurs ainsi qu'à l'officialisation d'ententes entre les organisations [7].

L'intégration des services

L'intégration des services est la combinaison des mécanismes du RSI et de la collaboration des acteurs concernés. Ultiment, les résultats devraient se refléter par une amélioration des services offerts à la population, notamment en matière d'accessibilité, de qualité et d'utilisation optimale des services. La définition suivante de l'intégration est retenue pour les besoins de la présente 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 ayant pour but de 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 particuliers. » [8]

3. Démarche d'évaluation

L'objectif principal de l'évaluation consistait à analyser l'intégration des services offerts aux personnes ayant une déficience (y compris le TSA) pour soutenir la prise de décisions et 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 (y compris le TSA).
- Proposer une démarche aux établissements quant à l'évaluation de l'intégration des services qu'ils offrent aux personnes ayant une déficience (y compris le TSA).

Les questions d'évaluation

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

Le type d'évaluation retenu

Pour répondre aux différentes questions et satisfaire aux divers objectifs, une évaluation d'implantation a été retenue [9] [10] [11] [12] [13] [14]. Celle-ci est basée sur une démarche terrain dans six CISSS ou CIUSSS et sur deux temps de mesure. Les sites ont été retenus sur la base de critères⁶ ayant pour objectif d'assurer leur diversité. L'un des sites retenus doit composer avec un autre CIUSSS pour assurer l'offre des services découlant des missions propres aux centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en déficience physique (CRDI et CRDP) sur son territoire. L'évaluation de l'intégration des services s'articule autour de deux perspectives, l'une relevant de l'organisation et l'autre, de l'utilisateur. La combinaison de ces deux perspectives constitue l'originalité et la force de cette démarche. Le Tableau 2 présente les distinctions méthodologiques entre les deux perspectives. De plus, la méthodologie utilisée pour l'évaluation a été la même pour les deux temps de mesure en vue d'assurer la comparabilité des résultats.

Les usagers sélectionnés ont signé un formulaire de consentement pour participer à l'évaluation. Ces individus devaient avoir reçu, au cours de l'année précédant la démarche sur le terrain, d'importants volumes de soins et services de la part du CR et du CLSC, services en lien avec leur déficience⁷.

6. Les critères étaient les suivants : le type de région, la présence d'un ou de plusieurs CISSS ou CIUSSS dans la région, la présence ou non de CR sur le territoire, l'historique de la collaboration et de la concertation intrarégionale, les résultats du Plan d'accès et l'absence de visite d'un organisme d'agrément au moment de la collecte de données.

7. Il importe de noter que la consigne selon laquelle les usagers sélectionnés devaient avoir reçu des services dans les deux milieux de soins n'a pas pu être respectée pour un des RTS.

Tableau 2. Distinctions entre la perspective organisationnelle et la perspective de l'utilisateur

Perspective organisationnelle	Perspective de l'utilisateur
Collecte de données	
<p>Quatre groupes de discussion (de 8 à 10 personnes, environ 2 heures) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • partenaires ; • chefs de services ; • intervenants des services particuliers ; • intervenants des services spécialisés. 	<p>Dossiers cliniques de 4 usagers pour chacun des profils cliniques suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • trouble du spectre de l'autisme (0-5 ans) ; • déficience du langage (0-12 ans) ; • déficience intellectuelle en parcours socioprofessionnel (18-22 ans) ; • déficience motrice, « idéalement » amputés (45-65 ans).
<p>Deux entrevues individuelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • directeur du programme ; • gestionnaire d'accès. 	<p>Entrevues téléphoniques avec les usagers ou leurs proches.</p>
<p>Tous les documents jugés pertinents ont été pris en considération dans l'analyse.</p>	
Bilan de la collecte	
<p>T0 : 230 personnes rencontrées. T1 : 227 personnes rencontrées.</p>	<p>T0 : dossiers cliniques de 92 usagers, 90 entrevues menées entre le 29 février 2016 et le 14 juin 2016. T1 : dossiers cliniques de 91 usagers, dont 54⁸ ont été passés en entrevue entre le 7 juin 2019 et le 19 mars 2020.</p>
Dimensions analysées⁹	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Système d'information, transfert, communication et accès à l'information. 2. Culture organisationnelle et leadership. 3. Engagement à offrir des services intégrés. 4. Organisation clinique. 5. Développement des compétences. 6. Incitatifs à l'utilisation optimale des ressources. 7. Qualité et évaluation des services. 8. Accent mis sur le rôle des usagers. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Transmission et utilisation de l'information clinique relative à l'utilisateur. 2. Besoins de l'utilisateur. 3. Fluidité du cheminement de l'utilisateur. 4. Accompagnement de l'utilisateur. 5. Options de services disponibles pour l'utilisateur. 6. Accessibilité aux services. 7. Expérience de l'utilisateur des services reçus.
Itinéraires de services	
	<p>Reconstruction des itinéraires de services rendus aux usagers (T1 seulement) à partir de l'information recueillie dans les dossiers cliniques (91).</p>

8. Pour mieux comprendre le taux de participation peu élevé, il faut se reporter à la section intitulée « Limites méthodologiques ».

9. Les dimensions de la perspective organisationnelle sont présentées avec davantage de détails à l'Annexe 3 et celles de la perspective de l'utilisateur le sont à l'Annexe 4.

Évaluation de chacun des sites selon un système de cotes

L'évaluation des sites repose sur un système de cotes attribuées à chacune des dimensions évaluées (se reporter au Tableau 3). Pour qu'un résultat soit jugé « Très satisfaisant », soit le résultat ultimement recherché en matière d'intégration de services, la valeur minimale de la cote est 3.

Il importe de noter que toutes les cotes présentées sont arrondies au 0,5 près. L'Annexe 1 donne plus de précisions sur les méthodes d'attribution de ces cotes.

Tableau 3. Signification des cotes

Cote	Signification
[De 3 à 4]	Très satisfaisant
[De 2 à 2,99]	Satisfaisant
[De 1 à 1,99]	Insatisfaisant
[De 0 à 0,99]	Très insatisfaisant

Reconstruction des itinéraires d'usagers

Au second temps de mesure, l'information recueillie dans les dossiers des usagers a permis de reconstruire leurs itinéraires de services. Un itinéraire de service correspond au cheminement véritablement emprunté par l'utilisateur à travers les services. Il s'agit d'un concept qui s'apparente à celui d'un itinéraire thérapeutique issu de l'anthropologie médicale qui se traduit 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 professionnelle. » [15]

Ce concept est donc bien distinct des trajectoires de services qui correspondent plutôt au cheminement de l'utilisateur tel qu'il devrait se dérouler en théorie :

« 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 ressources. » [16]

Ces itinéraires se révèlent très intéressants puisqu'en un coup d'œil, ils présentent une multitude de renseignements. Ils fournissent une vue d'ensemble précise des services rendus et du parcours que les usagers ont emprunté à travers ces services. Certains mécanismes 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, il faut se reporter à l'Annexe 2.

4. Résultats

4.1 Perspective organisationnelle

Détermination des cotes pour la perspective organisationnelle

La perspective organisationnelle repose sur les entrevues individuelles et sur 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 11. La documentation écrite fournie par les milieux a été ajoutée à cette analyse pour appuyer certains éléments. La liste des documents à fournir par les établissements a été déterminée avant le début des visites sur le terrain. Leur analyse a conduit à la production d'une synthèse de chacun des sites.

Sur cette base, la personne 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. Par la suite, ces appréciations ont été mises en commun et les cotes ont été discutées jusqu'à l'obtention d'un consensus pour chacune d'elles. L'attribution des cotes se fonde sur l'analyse de l'ensemble des sources de données, sur la comparaison avec les autres sites évalués ainsi que sur la comparaison entre les deux temps de mesure. Le fait que trois mois (quatre pour la première collecte) se soient écoulés entre la première et la dernière visite sur le terrain a également été pris en considération. Ainsi, les cotes pour la perspective organisationnelle ont été déterminées selon un système interjuges.

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 et entre les installations de l'organisation, ainsi qu'aux partenaires. Les éléments suivants sont pris en considération : l'informatisation des dossiers et la facilité avec laquelle on peut y avoir 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

Au T0, les nouvelles directions composaient avec plusieurs systèmes d'information clientèle, dont deux pour les services en CR (SIPAD-CRDP et CRDI), un pour les ressources intermédiaires et de type familial (SIRTF) et plusieurs « plateformes » pour les services en CLSC (I-CLSC). L'utilisation et la fonction de I-CLSC étaient alors méconnues des cadres, car la grande majorité d'entre eux était issue des missions CR. De plus, les systèmes d'information ne communiquaient pas entre eux et des erreurs de codification étaient constatées, ce qui n'encourageait pas l'intégration des services et, en plus, amenait les intervenants à travailler encore plus en silo et à se concentrer sur le diagnostic des usagers davantage que sur les réels besoins de ceux-ci. Par rapport au T0, l'appariement entre les systèmes d'information fait toujours défaut, notamment entre I-CLSC et SIPAD. Il est alors constaté que les systèmes d'information ne sont pas harmonisés au sein d'un même CISSS ou CIUSSS et que, pour les intervenants, cela amène une lourdeur dans le travail à exécuter :

« [...] je faisais les [plusieurs] CLSC, donc le CIUSSS au complet. Donc c'est [plusieurs] CSSS. Chacun des CSSS a [plusieurs] CLSC, alors ça fait en sorte qu'effectivement, avant de parler d'intégration des services, il n'y a rien d'harmonisé dans le CIUSSS ici. Alors juste d'essayer de comprendre comment ça fonctionne dans chacun des CLSC, dans chacun des CSSS. Un intervenant [...] a besoin d'avoir les codes d'accès de [plusieurs] établissements pour aller faire ses notes. C'est tellement [...] archaïque effectivement. »
(Chef de programme RTS 2)

De plus, des erreurs de codification sont encore constatées, notamment lorsque le diagnostic oriente l'utilisateur vers un programme plutôt que selon le profil de ses besoins. Par exemple, dès qu'un usager a une DM, une DI ou un TSA, il peut être automatiquement « codé » dans ces programmes, peu importe la nature de son problème, ou, au contraire, se voir attribuer, dès qu'il a atteint 65 ans, un code SAPA (soutien à l'autonomie des personnes âgées). À l'inverse, les enfants ayant une déficience ou un TSA sont parfois inscrits dans le programme Jeunes en difficulté (JED). Certains intervenants avouent même ne plus savoir où inscrire leurs renseignements cliniques (I-CLSC ou SIPAD). De plus, la rigidité des systèmes d'information est contestée : « C'est l'exemple d'un bon outil qu'on s'est donné comme gestionnaire qu'on a pour pouvoir être souple à travers des systèmes, qui eux sont rigides. Pis les systèmes sont supposés de nous aider [...]. Ben ça nous freine. C'est un code, ça nous dirige. On ne peut pas faire ça à cause du système » (Chef de programme RTS 1). Dans certaines situations, ces systèmes ne permettent pas d'identifier l'intervenant-pivot (SIPAD) ou ils créent un dédoublement quant au nombre d'intervenants-pivots assignés au dossier d'un usager. Dans d'autres situations, ce sont les systèmes d'information qui génèrent le PI, ce qui alourdit le travail des intervenants. Cela constitue un enjeu de première importance dans la totalité des sites, car : « La technologie n'a comme pas suivi. Et c'est un frein à l'intégration des services [...] » (Chef de programme RTS 2).

Au premier temps de mesure, il existait une grande diversité dans la façon de consigner les notes d'évolution selon les installations et les intervenants. Ces notes pouvaient être consignées de façon manuscrite, électronique ou numérisée. Au deuxième temps de mesure, la consignation des notes d'évolution se fait toujours sensiblement de la même façon qu'au T0 et une disparité entre les établissements quant à la façon de consigner ces notes dans le dossier des usagers est encore observée. De plus, certains intervenants n'ont accès ni à une tablette, ni à un ordinateur,

ni aux jetons permettant d'avoir recours au réseau informatique ou bien ils ne peuvent pas accéder à Internet sans fil pour compléter leurs notes d'évolution. Par ailleurs, il y en a d'autres qui manquent de temps pour compléter leurs notes, car ils sont surchargés de travail, les cas qu'ils doivent traiter sont complexes ou encore ils éprouvent de la difficulté avec les systèmes d'information. Ces intervenants ont parfois l'impression qu'ils inscrivent leurs notes en double et ils signalent que l'accès au dossier des usagers ainsi que le classement des notes dans celui-ci sont complexes, principalement lorsqu'ils doivent être retracés aux archives.

En 2015, la circulation de l'information clinique manquait de fluidité et les dossiers des usagers étaient rarement accessibles dans l'ensemble des installations de chaque site évalué. De plus, le processus de référence d'un programme à l'autre de chacun des sites n'était pas aisé. Bien qu'on note toujours des lacunes en matière de transmission des renseignements cliniques et d'accès à ceux-ci, et bien que l'obtention du consentement de l'utilisateur demeure un défi, l'accès à l'information clinique et la fluidité de celle-ci se sont améliorés dans plusieurs sites; en effet, certains d'entre eux n'exigent plus l'autorisation de l'utilisateur pour faire progresser son dossier entre les différentes missions ou programmes du CISSS ou du CIUSSS. De plus, la majorité des CISSS et des CIUSSS donne accès, en lecture seule, aux deux systèmes d'information (coordonnateurs, intervenants ou guichet d'accès) ou permet la codification dans l'un ou l'autre des systèmes d'information. Quoi qu'il en soit, quelques répondants mettent en relief la lourdeur administrative qui résulte d'une demande d'accès aux bases de données, tandis que d'autres affirment être ralentis dans leur travail par les pannes dans les systèmes d'information et par la lenteur de ces systèmes, par leur propre manque de formation ainsi que par le manque de soutien qui devrait être mis à leur disposition sur le plan informatique.

De leur côté, les partenaires mettent en évidence des difficultés lors des références et du transfert, et ce, en raison des nombreux « changements de chaises » observés chez les intervenants¹⁰. En conséquence, ils ne savent plus à qui s'adresser. Les problèmes de communication, l'aspect confidentiel des données cliniques et le partage de l'information sont également relevés, de même que la méconnaissance des partenaires par les organisations. Dans certains sites toutefois, on considère que la communication avec les partenaires est bonne et que les renseignements cliniques sont bien partagés avec eux. À ce titre, les rencontres avec le milieu scolaire aident.

Cote moyenne : 1,5, résultat « Insatisfaisant », 1,5 au T0.

10. Le « changement de chaise » dans le domaine de l'intervention peut se manifester de diverses manières : départ volontaire, changement de poste, épuisement du personnel, départ en préretraite, retraite, départ pour raison de maladie, mise à pied, congé de maternité, suppression de postes ou congé sans solde. Les répondants mentionnent que le roulement de personnel se fait de façon plus marquée qu'au premier temps de mesure.

Constats sur les particularités des sites

- Malgré quelques petites améliorations, tous les sites sont stables en ce qui a trait à cette dimension. Comme au T0, aucun site ne se distingue de la moyenne de l'ensemble des sites évalués à propos de cette dimension.
- Dans la totalité des sites, l'appariement entre les systèmes d'information fait toujours défaut, la façon de consigner les notes n'est ni uniformisée ni harmonisée et plusieurs sites utilisent encore les notes manuscrites.
- La transmission ainsi que l'accès aux renseignements cliniques sont encore difficiles pour les partenaires.

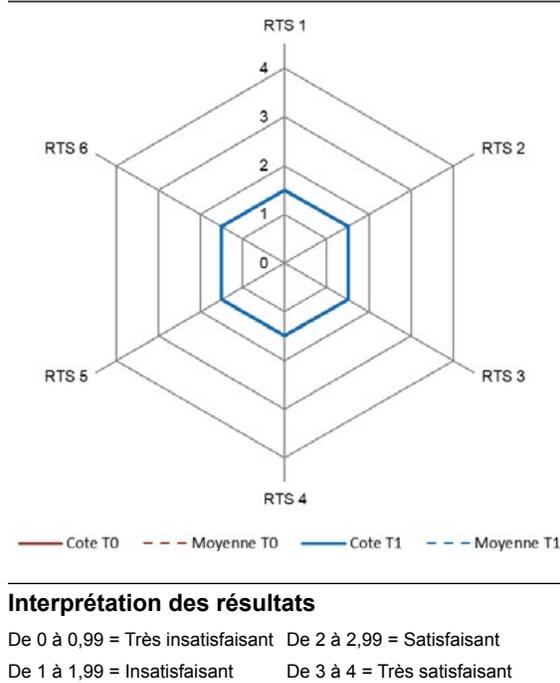
Initiatives porteuses en cours dans au moins un site

- Dans le site qui doit composer avec un autre CIUSSS, le partage des systèmes d'information permet aux intervenants d'avoir accès aux OEMC et aux PI des usagers.
- L'autorisation de l'utilisateur n'est plus requise pour faire progresser son dossier entre les différentes missions ou programmes du CISSS ou du CIUSSS.
- L'outil d'alimentation des systèmes d'information sociosanitaires (OASIS) permet d'avoir accès aux données des usagers plus facilement qu'avec les notes manuscrites (dossiers sur papier).

Actions prioritaires à entreprendre ou à poursuivre

- Faire en sorte que les systèmes d'information soient intégrés et uniformisés au sein d'un même territoire, et que les bases de données communiquent entre elles.
- Assouplir la rigidité du SIPAD dans le but de bien identifier l'intervenant-pivot.
- Faciliter, assouplir, mieux définir et mieux encadrer la codification pour éviter des erreurs et pour aider les intervenants à savoir dans quel logiciel (I-CLSC ou SIPAD) leurs données doivent être inscrites.
- Faciliter l'accès aux bases de données, à l'information clinique, à la prise en charge et aux dossiers des usagers.
- Intégrer et uniformiser, au sein d'un même territoire, les dossiers des usagers, les notes et les formulaires.
- Poursuivre le travail sur les notions de confidentialité des données des usagers et les notions d'autorisation pour accéder à ces données.
- Améliorer le classement des dossiers dans les archives et leur lien avec le logiciel OASIS.
- Simplifier et faciliter la façon d'inscrire les notes dans les dossiers des usagers.
- Continuer d'encourager la prise de notes par les moyens électroniques ou numérisés, et diminuer l'utilisation des notes manuscrites.
- Augmenter ou faciliter l'accès aux outils informatiques (tablette, ordinateur, jeton d'accès à Internet, Wifi) et améliorer l'arrimage avec les équipes des ressources informationnelles pour appuyer les équipes DP, DI-TSA.
- Faciliter, au bénéfice des partenaires, le processus de référence ainsi que le transfert d'information clinique avec eux.

Figure 1. Graphique en radar des 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 décisions et de responsabilités. La communication et l'ouverture quant aux changements proposés en vue d'améliorer l'intégration des services sont, elles aussi, prises en considération.

Faits saillants et cote pour l'ensemble des sites

Au T0, la vision de l'intégration des services était portée par la haute direction et par la direction de programme, et le leadership de celles-ci était reconnu dans l'organisation. Elle se résumait à avoir un usager du CISSS ou du CIUSSS, à éliminer les barrières entre la 1^{re} et la 2^e ligne, ainsi qu'à offrir des services auxquels on pouvait accéder plus rapidement et avec un enchaînement plus fluide pour éviter les bris de services. Cette vision s'était d'abord concrétisée par l'élaboration de l'organigramme de chacune des directions, lequel était différent d'un site à l'autre.

Au T1, cette vision de l'intégration des services est toujours soutenue sur le plan administratif. Elle cherche de plus en plus à ce que les besoins de l'utilisateur soient écoutés, sans qu'ils soient basés uniquement sur le diagnostic fait au sujet de celui-ci, à promouvoir le travail de collaboration entre les différentes équipes et à favoriser la fluidité et la proximité des services. En quasi-totalité, les répondants affirment qu'ils se sentent mobilisés et qu'ils adhèrent à la vision commune de l'intégration des services. Cette intégration se concrétise davantage par la redéfinition ou par l'élaboration de trajectoires qui constituent un moteur de collaboration entre les équipes. En revanche, les intervenants sont peu nombreux à se sentir réellement engagés dans les processus de transformation. La vitesse à laquelle se déploie la transformation et les capacités limitées quant à la gestion du changement sont des facteurs évoqués qui expliquent cette situation. Selon les répondants de certains sites, il existe une volonté et un désir de rendre le thème de l'intégration plus présent au sein des organisations.

Au premier temps de mesure, on rapportait déjà que les litiges, auparavant arbitrés par les agences, étaient réglés plus facilement et plus rapidement entre les directeurs puisqu'ils font tous partie de la même organisation. Au second temps de mesure, bien que ce ne soit pas le cas partout, on observe la création d'alliances entre programmes, notamment avec le Programme JED. Ces alliances permettent alors d'améliorer la diffusion de l'information clinique et de briser le travail en silo, notamment en raison de la création de mécanismes de collaboration (comité de gestion, comité d'accueil, ententes). Toutefois, du fait que des liens considérés comme plus difficiles demeurent entre les programmes, certains trous dans les services sont toujours présents.

Au moment de la première collecte de données, tous les répondants déploraient la perte de leurs repères ainsi que le manque de soutien, sur le plan technique et administratif, pour les accompagner dans leurs nouvelles fonctions. Les chefs de programme devaient s'approprier la mission CLSC et éviter de reconstituer de petits CR en plus de composer avec la gestion à distance, ce qui signifiait une diminution du temps en présence de leurs équipes. Pour les intervenants, les changements étaient d'ordre administratif plutôt que clinique, et ils demeuraient théoriques. Les tâches quotidiennes s'exerçaient comme avant, mais les changements prévus quant à la recomposition des équipes ou au déplacement de personnel créaient de l'insécurité.

Au second temps de mesure, plusieurs répondants affirment que la réorganisation des services est toujours en cours ou disent qu'ils sont encore en appropriation du fonctionnement des services. D'autres déplorent même que l'ampleur de cette transformation contribue encore à des pertes de repères, car ils ne savent plus à qui s'adresser au sein de l'organisation. Plusieurs ajoutent même que l'accès aux services et aux intervenants est plus difficile, que la fluidité est moindre, que les intervenants travaillent davantage en silo, qu'ils manquent de soutien et de supervision, qu'il y a des bris de services ou bien un double emploi de ceux-ci et que ces changements ont eu des répercussions sur les services offerts aux usagers en plus d'augmenter les listes d'attente. À

l'opposé, d'autres répondants considèrent qu'ils ont été amenés à tisser de meilleures collaborations avec les autres intervenants et partenaires, à améliorer l'accès aux services et leur fluidité, à simplifier les trajectoires et à favoriser l'approche centrée sur le patient et ses besoins en développant la vision d'un usager CISSS ou CIUSSS. Il est aussi mentionné que le regroupement des équipes dans un même établissement atténue la perte des repères, car les intervenants se connaissent et savent à qui s'adresser au sein de l'organisation.

Au T0, la communication des changements s'effectuait, principalement, au moyen de tournées des PDG et des directeurs de programme, à l'aide de bulletins d'information et lors des rencontres d'équipe. La plupart des acteurs disaient recevoir assez d'information sur les changements en cours, mais peu sur les changements cliniques à venir; en conséquence, les questions sur le sujet demeuraient souvent sans réponse. Enfin, les partenaires se disaient peu informés des changements et, de ce fait, saisissaient mal la vision de la nouvelle organisation. En ce sens, l'adhésion à la vision et aux changements proposés variait selon le type d'acteurs rencontrés et selon les sites.

Au T1, la plupart des intervenants mentionnent maintenant ne pas avoir assez d'information sur les changements en cours. Ou bien l'information qu'ils reçoivent n'est pas pertinente ou, à l'inverse, ils sont inondés d'information, ou bien les décisions sont prises avec l'approche descendante (*top-down*) sans qu'ils soient consultés. Par ailleurs, l'appartenance au CISSS ou au CIUSSS est davantage portée par l'équipe de direction. Bien qu'une majorité d'intervenants s'identifient encore à leur ancien établissement (CLSC, CRDI ou CRDP) ou à leur discipline, on constate que quelques-uns d'entre eux s'identifient maintenant à leur direction (DP, DI-TSA), ce qui est une amélioration depuis le T0.

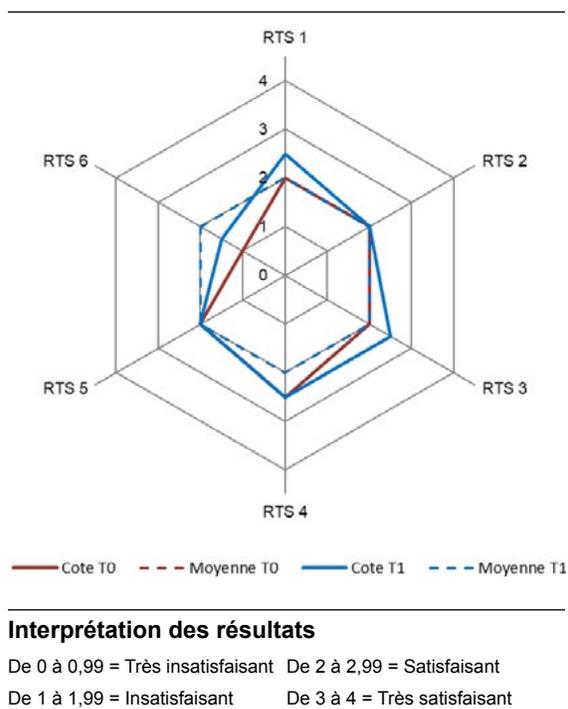
En ce qui concerne les liens avec les partenaires, les répondants affirment, en majorité, qu'ils sont plus difficiles depuis la réorganisation en 2015. Ils mentionnent qu'il n'existe pas davantage d'entraide, que la pression se fait sentir sur les partenaires, qu'on les ignore ou qu'on adopte une mauvaise attitude à leur égard, et que les liens sont supprimés entre eux et les organisations. Pour leur part, les partenaires mentionnent ressentir la volonté des directions et des équipes en DP, DI-TSA, pour que les communications, les références et les dynamiques de collaboration s'améliorent. Cependant, ils se disent toujours peu informés des changements en cours et ne se sentent ni mobilisés ni engagés dans le processus.

Cote moyenne : 2,0, résultat « Satisfaisant », 2,0 au T0.

Constats sur les particularités des sites

- Deux sites se sont améliorés pour cette dimension et leurs résultats sont supérieurs à ceux de la moyenne, notamment parce qu'ils ont exercé un leadership fort qui a amené les intervenants à s'identifier à leur direction et parce qu'ils ont mis en place plusieurs mécanismes pour faciliter l'intégration des services. Dans ces sites, le thème de l'intégration des services est très présent et les participants mentionnent qu'ils sont mobilisés et qu'ils adhèrent à la vision commune de leur établissement.
- Trois sites ont stagné pour cette dimension. L'un d'entre eux a mis en place un seul mécanisme pour soutenir l'intégration des services et on constate que les liens entre les missions, entre les programmes et avec les partenaires y sont encore difficiles. Un autre site a conservé le fonctionnement de ses anciennes composantes, ce qui a fait stagner l'intégration des services. Dans le dernier site, l'identification au CISSS ou à la direction DP, DI-TSA est plus difficile, le développement d'un sentiment d'appartenance est timide et l'utilisation des anciennes appellations y est constatée. De plus, certains répondants font ressortir que la philosophie de gestion (décisions prises avec l'approche descendante [*top-down*]) n'aide pas à soutenir les intervenants dans la transformation et qu'ils manquent de soutien.
- Un site est encore au-dessous de la moyenne de l'ensemble des sites évalués. Dans ce cas, l'identification au CISSS ou à la direction DP, DI-TSA est plus difficile, le développement d'un sentiment d'appartenance est timide et l'on y constate l'utilisation des anciennes appellations. De plus, certains répondants signalent que les intervenants manquent de soutien et qu'ils ne sont pas appuyés, notamment avec le départ des superviseurs cliniques, ils dénotent le manque d'accès au contenu de l'établissement et ils font ressortir le manque de disponibilités des gestionnaires. De plus, les liens avec les partenaires sont encore difficiles.

Figure 2. Graphique en radar des sites évalués pour la dimension 2, Culture organisationnelle et leadership



Initiatives porteuses en cours dans au moins un site

- La mise en place de comités (de direction et interprogrammes), la création d'un corridor de collaboration interprogrammes et la révision de l'organigramme ont permis de faciliter l'intégration des services en ce qui concerne la culture organisationnelle et le leadership.
- La mise en place de moyens de communication efficaces, tels que les bulletins d'information, les infolettres, l'intranet et la tournée dans les équipes, ainsi que la mise au point d'outils, comme la cartographie des parties prenantes et certaines activités de reconnaissance, ont aidé à bien gérer la transformation.
- L'élaboration de guides de pratique plus spécifiques pour la clientèle des services 0-6 ans s'est révélée un mécanisme facilitant l'intégration des services à l'échelle de la culture organisationnelle et du leadership.

Actions prioritaires à entreprendre ou à poursuivre

- Harmoniser les priorités, les visions et les façons de faire dans un même territoire en vue de renforcer le leadership.
- Mettre en place des mécanismes en vue de clarifier le thème de l'intégration des services et d'améliorer la transmission de l'information sur la réorganisation pour que les intervenants puissent s'approprier celle-ci facilement et s'identifier davantage à leur CISSS ou à leur CIUSSS.
- Poursuivre la création de liens avec les partenaires.
- Aider les intervenants à reprendre leurs repères et à savoir à qui s'adresser au sein de l'organisation.
- Faciliter les liens entre les programmes pour donner accès aux services et aux intervenants selon les besoins des usagers (rigidité du guichet d'accès).
- Faire participer davantage les intervenants dans les décisions prises et leur offrir un meilleur soutien.
- Informer, faire participer et mobiliser davantage les partenaires dans l'intégration des services en vue de mettre au point une vision et un langage communs.

Dimension 3 : Engagement à offrir des services intégrés

La dimension 3 s'attarde, d'une part, aux procédures et aux mécanismes de collaboration développés avec les partenaires de l'organisation. D'autre part, elle regroupe l'information relative 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

Au premier temps de mesure, il fallait reconstruire les consensus régionaux et plusieurs mécanismes de concertation étaient mis en veilleuse depuis l'abolition des agences. À ce moment, les tables de concertation et les comités avec les partenaires avaient cessé leurs travaux ou étaient actifs dans certaines portions du territoire seulement. Les ententes officielles entre les organisations se poursuivaient ou il fallait les revoir, et les partenaires étaient en attente de la reprise des activités conjointes.

Au deuxième temps de mesure, il semble que la collaboration avec les partenaires s'est grandement améliorée ou qu'elle est en train de s'améliorer. Bien que, dans certains sites, une diminution ou un arrêt des tables de concertation soient notés, une reprise des tables régionales et des tables de concertation avec les partenaires est observée de façon générale. Une mise en place ou une reprise des comités (régional, local, MSSS-MEES) avec les partenaires est également constatée. On assiste aussi à des avancées en ce qui concerne la collaboration, comme le transfert d'expertise aux partenaires ainsi que la mise au point d'outils en matière de collaboration. Dans certains cas, toutefois, la collaboration avec les partenaires demeure difficile, l'arrimage avec eux reste à faire et la proximité entre les parties est moindre, notamment à cause d'enjeux financiers et du manque de ressources intermédiaires. Des délais avant d'obtenir un retour sur les demandes de formation effectuées par les partenaires ainsi que des difficultés et des délais quant à la communication sur le plan clinique (références, renseignements personnels et confidentiels des usagers) sont constatés. De plus, les ententes officielles ou non officielles se poursuivent dans l'ensemble ou des négociations pour en conclure sont en cours.

En ce qui concerne les mécanismes du RSI, dont la plupart devaient être mis en place à partir de 2008, on constatait au T0 que l'esprit général du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience (Plan d'accès) [17] s'était perdu au fil du temps, puisqu'on n'en parlait qu'en termes de délais d'accès. Ainsi, la compréhension d'un réel premier service était équivoque. Dans certains CR, ce premier service se résumait à une entrevue d'accueil ou à un premier appel effectué auprès de l'utilisateur pour arrêter le compteur du plan d'accès. Comme au T0, un consensus se dégage quant à la désuétude dudit plan d'accès qui se résume à un délai d'accès au premier service lequel, par ailleurs, n'est pas nécessairement le bon service. On mentionne également qu'il ne reflète pas la réalité existant sur le terrain et l'on souhaite avoir un plan d'accès unique et territorial. Une mise à jour serait souhaitée pour mieux correspondre aux orientations ministérielles qui visent l'intégration des services. Actuellement, les suivis des demandes se font de la même manière qu'avant la fusion, soit par les anciens établissements et selon les systèmes d'information. L'importance des intervenants-pivots est également signalée pour leur bon fonctionnement et l'on précise qu'il faut réviser les délais liés aux priorités de services.

Notons également que le guichet unique n'était pas instauré ou n'était pas tout à fait fonctionnel au T0. Cependant, tous les acteurs y voyaient un levier important pour améliorer l'accès aux services et pour éviter le double emploi dans les évaluations et les listes d'attente. Au T1, le guichet d'accès unique est en place ou partiellement déployé dans tous les sites, ce qui permet d'avoir un point de chute, d'harmoniser les références et d'améliorer les délais de traitement ainsi que l'arrimage des services. Toutefois, son fonctionnement n'est pas toujours optimal en raison des délais de traitement occasionnés par le fort volume de demandes reçues, par la complexité des

cas et par le manque de personnel, par exemple. De plus, l'on mentionne que les références à l'interne sont plus difficiles qu'auparavant puisque les critères d'admissibilité, parfois jugés très restrictifs (l'obligation d'un diagnostic, un objectif de réadaptation) pour obtenir des services spécialisés, se sont ou bien maintenus, ou bien resserrés.

« Fait que moi, au contraire, même si j'entends la volonté [d'être fluide], je trouve ça très difficile d'aller référer mes clients vers l'équipe spécialisée du centre de réadaptation parce qu'il faut qu'il y ait un objectif de réadaptation alors que moi avec ma clientèle je ne suis pas, je suis rarement dans un objectif de réadaptation, je suis souvent dans un objectif de maintien. » (Intervenant spécifique, RTS 1).

Au T0, l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC), perçu comme une corvée administrative par les intervenants lorsqu'il fallait le remplir, était considéré comme particulièrement inadapté aux usagers ayant une DI ou un TSA. Par ailleurs, le manque d'uniformisation des outils pour l'évaluation globale des besoins des enfants était déploré. Au T1, l'évaluation globale des besoins auprès des adultes est toujours faite au moyen de l'OCCI (OEMC bonifié), comme le MSSS l'avait prescrit. Dans tous les sites, de nombreux facteurs d'irritation sont formulés à propos de cet outil. Sur le plan administratif, on ressent une pression à faire de la reddition de comptes plutôt que de veiller à la pertinence de l'exercice sur le plan clinique, on déplore la lourdeur de l'outil en cause, on observe un double emploi dans les évaluations causé par la présence de plusieurs systèmes d'évaluation et l'on constate qu'il est toujours inadapté aux usagers ayant une DI ou un TSA.

Quant à la notion d'intervenant-pivot, elle n'était pas actualisée partout et elle se déclinait de manières différentes selon les sites et les missions au T0. Son rôle pouvait être abordé dans une perspective de coordination et d'accompagnement de l'utilisateur et de ses proches, il pouvait aussi être considéré sous l'angle de la charge de cas, plusieurs centaines de dossiers pouvaient également lui être attribués, et ce, sans participation de la part de cet intervenant-pivot dans les démarches avec l'utilisateur. Au T1, peu de changements se dégagent quant à l'intervenant-pivot. Plusieurs participants ont mentionné qu'il y a maintenant un intervenant-pivot ou un coordonnateur clinique attribué à chaque usager ou presque, tandis que d'autres parlent de la difficulté de les identifier. Il subsiste toujours une confusion et une méconnaissance quant à son rôle.

En ce qui concerne les plans d'intervention, peu d'évolution est observée par rapport au premier temps de mesure. Leur élaboration n'est toujours pas systématique et les usagers n'y participent pas toujours, notamment en raison de leur condition médicale, de la difficulté à obtenir un transport adapté, de leur refus d'y participer, etc. Les plans d'intervention ne regroupent pas toujours l'ensemble des acteurs engagés auprès de l'utilisateur, et les partenaires communautaires, particulièrement, ne sont pas toujours invités aux rencontres, ce qui les prive de l'information nécessaire pour exercer leur rôle. Ces constats s'appliquent moins, cependant, aux partenaires scolaires et aux centres de la petite enfance (CPE). De plus, on déplore la fonction qu'ils doivent exercer en matière de reddition de comptes et d'indicateurs de performance, et on s'interroge sur leur nécessité considérant que, dans certains cas, il y a travail en double et que les intervenants manquent de temps pour les rédiger et y consacrer l'intensité nécessaire pour de tels services.

Enfin, au T0, 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 étaient mis en évidence dans la moitié des sites au moins. Cependant, la cogestion médico-administrative n'était toujours pas au rendez-vous. Au T1, les mécanismes organisationnels destinés à soutenir l'intégration sont également mentionnés, mais de façon variable selon les sites : gestionnaire de projet, Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE), équipe de développement organisationnel. Ces mécanismes sont mis en place dans certains sites davantage que dans les comités de coordination clinique. Aussi, de façon générale, il ne semble pas y avoir plus de cogestion médico-administrative officielle. Toutefois, dans certains sites, on comprend qu'il y a une bonne collaboration avec les médecins :

« L'orientation qui avait été prise, c'est vraiment, concrètement sur le terrain, travaillons avec nos médecins comme partie prenante de nos équipes et faisons en sorte qu'ils fassent partie de nos trajectoires et qu'on assure une meilleure fluidité pour notre clientèle, que ce soit au Soutien à domicile, en RFI, tous les autres

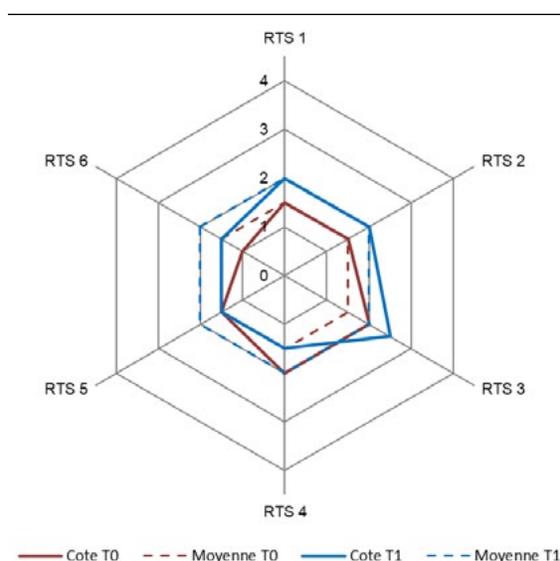
exemples qui ont été donnés même aux aides techniques au niveau des orthèses-prothèses, ergothérapie, quoi que ce soit, on travaille avec eux pour bien aider nos usagers finalement de plus en plus.» (Chef de programme, RTS 3).

Cote moyenne : 2,0, résultat « Satisfaisant », 1,5 au T0.

Constats sur les particularités des sites

- Trois sites se sont un peu améliorés par rapport au T0, notamment en raison de la mise en place des guichets d'accès. Toutefois, les problèmes suivants sont relevés dans un de ces trois sites : des retards dans les demandes au guichet d'accès et dans la réalisation des PI, l'absence de cogestion médicale officielle, le travail à faire à propos de la notion d'intervenant-pivot et la nécessité de revoir les relations avec les partenaires.
- Un site est encore au-dessus de la moyenne de l'ensemble des sites évalués, notamment en raison des travaux exécutés sur les trajectoires et du bon fonctionnement, en général, du guichet d'accès. Cependant, des améliorations doivent encore être apportées en ce qui a trait à l'arrimage avec certains partenaires (transport adapté par exemple) et à l'intervenant-pivot. L'évaluation des besoins y est encore perçue comme peu efficace et peu adaptée aux besoins des usagers.
- Un site a stagné comparativement au T0. Il reste du travail à faire au sujet de la notion d'intervenant-pivot, il n'y a pas de cogestion médico-administrative, la collaboration avec les partenaires ne s'est pas améliorée et le guichet d'accès, même s'il est mis en place, demeure peu fonctionnel.
- Un site s'est détérioré comparativement au T0 : en plus d'être inférieur à la moyenne des sites obtenue en 2018, sa cote a diminué par rapport à celle de 2015. La relation avec les partenaires est plus difficile qu'auparavant, les négociations syndicales ont retardé l'intégration des services, le guichet d'accès, quoique mis en place, n'est pas fonctionnel et la notion d'intervenant-pivot devrait faire l'objet d'une révision.

Figure 3. Graphique en radar des sites évalués pour la dimension 3, Engagement à offrir des services intégrés



Interprétation des résultats

De 0 à 0,99 = Très insatisfaisant De 2 à 2,99 = Satisfaisant
De 1 à 1,99 = Insatisfaisant De 3 à 4 = Très satisfaisant

Initiatives porteuses en cours dans au moins un site

- La reprise des tables régionales et des tables de concertation ainsi que la mise en place ou la reprise de comités améliorent la collaboration avec les partenaires. Des ententes ont été signées avec les partenaires.
- La mise au point d'outils en collaboration avec les partenaires, pour des clientèles particuliers, tels que les enfants avec un trouble du comportement (TC) ou avec un trouble grave du comportement (TGC), est une initiative prometteuse.
- La mise sur pied de réunions regroupant les responsables des différents guichets d'accès d'un même établissement facilite le partenariat et la communication.

Actions prioritaires à entreprendre ou à poursuivre

- Poursuivre les travaux pour les guichets d'accès.
- Poursuivre les travaux pour que le PI soit pertinent sur le plan clinique et pour que les usagers et leurs proches y participent, de même que les partenaires impliqués dans le dossier. Le PI ne doit plus être perçu comme une reddition de comptes et un indicateur de performance.
- Mettre à jour et clarifier le Plan d'accès pour qu'il reflète la réalité sur le terrain et qu'il soit harmonisé (unique et territorial).
- Clarifier la notion d'intervenant-pivot, identifier clairement celui-ci dans le dossier de l'utilisateur et trouver des mécanismes pour pallier son absence ainsi que l'absence d'un intervenant-pivot réseau et, surtout, l'absence d'un coordonnateur clinique.
- Mettre en place ou retravailler la cogestion médicale.
- Revoir l'évaluation des besoins, particulièrement l'OCCL, pour qu'il ait du sens sur le plan clinique et qu'il ne soit plus perçu comme une reddition de comptes. Le rendre plus efficace et adapté aux besoins des usagers.
- Poursuivre l'amélioration de la collaboration avec les partenaires, notamment en concluant des ententes avec eux.

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 des établissements. 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

La clarification des rôles et des responsabilités entre les missions constituait un enjeu de première importance dans tous les sites au T0. Les différents acteurs des missions en CR ont signalé le peu de services offerts en CLSC et l'absence de la première ligne. L'offre d'un seul soutien à la famille (SAF) sur le plan financier ou la cessation complète des services en CLSC lorsque l'utilisateur était suivi en CR ont été maintes fois évoquées. Quant aux acteurs de la mission CLSC, ils ont affirmé pallier le manque d'accès aux services en CR ou la fermeture rapide des dossiers. La distinction entre les services spécifiques et les services spécialisés n'était pas nette. En conséquence, le travail en silo perdurait, à l'exception des cas complexes qui nécessitaient une collaboration plus étroite entre les missions. L'offre de services en DP, DI-TSA du MSSS était très attendue pour dissiper les ambiguïtés qui subsistaient.

Au T1, certains sites ont connu des avancées notables en matière de clarification des rôles et responsabilités entre les missions. La mise en place d'un comité de gestion et d'outils, ainsi que la participation à des tables de coordination régionale et à des tables de gestionnaires d'accès sont des mécanismes qui aident en la matière. Les comités de gestion améliorent la collaboration entre les missions, ce qui favorise le développement d'un sentiment d'appartenance et d'une vision commune, en plus de favoriser le continuum dans les services, le décloisonnement des missions et la fluidité entre elles. Cependant, quelques répondants mentionnent que les partenaires ne connaissent pas « les services, les rôles et mandats de tout un chacun pour mieux répondre aux besoins de l'utilisateur » (Partenaires, RTS 2), et ce, en grande partie à cause de la réorganisation des services et du changement des rôles et des responsabilités au sein des organisations.

Au T0, la collaboration entre les programmes en matière de déficience et les autres programmes-services était en processus de redéfinition et variait selon les intervenants et le programme. En général, les liens étaient personnalisés et la qualité de la collaboration dépendait des personnes en place. Par ailleurs, dans tous les sites, des comités avaient entrepris des travaux qui balisaient l'arrimage interdirections (par exemple, entre les guichets d'accès) et visaient le décloisonnement des programmes dans le but de faire tomber les barrières et de faciliter les discussions sur les responsabilités et les rôles attendus de chacun. Des enjeux particuliers se dessinaient en ce qui a trait aux programmes-services SAPA (soutien à domicile [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 étaient prévus. Avec le programme Santé mentale, l'accès aux psychiatres ou aux pédopsychiatres demeurait problématique. De plus, la pratique répandue voulant qu'en présence d'un diagnostic de déficience, l'utilisateur soit automatiquement dirigé en DP ou en DI-TSA était une préoccupation. En conséquence, le travail en silo perdurait là aussi entre les différents programmes, sauf pour le traitement des cas complexes qui nécessitaient une bonne collaboration.

Au T1, la collaboration entre les directions-programmes diffère grandement selon les sites et la direction touchée par la question : certains mentionnent que la collaboration s'est améliorée entre les programmes, alors que d'autres disent que c'est toujours difficile et que les intervenants des différents programmes ne se connaissent pas. Dans tous les sites, et à divers degrés, il existe des divergences par rapport à la vision envisagée ou des lacunes dans le travail collaboratif. Les sites qui avaient intégré le SAD dans la direction DP, DI-TSA rapportent une meilleure fluidité pour l'utilisateur et un travail d'équipe facilité entre les intervenants.

« Et moi je suis arrivée à la fin 2017, il y avait encore beaucoup de silo. Fait qu'on est ailleurs, définitivement ailleurs. On a vu une intégration de DI-TSA et de DP et ce qui a fait un gros changement c'est aussi l'arrivée du SAD et avec le SAD qui prend de l'ampleur d'année en année, c'est comme si la DI-DP-TSA, les services anciennement spécialisés, sont capables aussi mieux d'accepter ça. Parce que le regard posé sur des collègues étaient parfois, bin c'est juste du SAD. Donc, nous on ne fait pas de spécialité. J'exprime ça de façon très ouverte, mais on l'a senti, on l'a vécu et on est beaucoup ailleurs un an après. » (Directeur, RTS 3).

De plus, la notion de réponse aux besoins est bien intégrée dans les directions DP, DI-TSA, alors que d'autres directions s'attardent davantage au diagnostic pour juger de l'admissibilité des usagers. On rapporte d'ailleurs qu'un diagnostic de déficience constitue un critère d'exclusion, particulièrement avec le programme en santé mentale (SM), pour un usager, et ce, peu importe son besoin.

« Je maintiens que c'est illégal qu'un client n'ait pas le droit de consulter partout. Je l'ai toujours dit, si vous avez une crise cardiaque vous pouvez aller chez un cardiologue alors à mon avis, si vous avez des symptômes de santé mentale... je pense honnêtement que les gens sont discriminés... c'est pas dans ma cour, c'est trop compliqué. C'est vrai que c'est compliqué, mais c'est vrai qu'on travaille de plus en plus en silo parce que les gens ont l'air débordés et il peut pas. On m'a bien dit que dans la société, on n'aime pas mélanger le DI et Santé mentale. Alors, on perdure ce critère-là en disant « vous avez tendance à mélanger la DI et la Santé mentale ». Non, on dit juste que 44 % de notre clientèle qui présente, parce qu'elle est plus vulnérable à ça, des problèmes de santé mentale et ça, ce n'est même pas reconnu dans notre propre CIUSSS, même si c'est scientifiquement documenté et coté, chez nous on ne le reconnaît pas. Et non, y a pas d'accès. Le pire des accès en DI c'est vraiment DI-TSA et Santé mentale, ça ne va pas bien ensemble. On ne comprend pas puisque c'est un des liens les plus élevé dans la société. Si c'est 23 % en société régulière, on est rendu à 42 et 44. Pourtant, on n'a pas plus de service, on n'en a pas du tout ou moins. » (Intervenant spécifique, RTS 2).

Un problème est soulevé dans tous les sites en ce qui concerne les liens avec la santé mentale qui sont vus comme plus fragiles. De plus, comme pour les missions, les répondants sont mitigés quant à la clarté des rôles et des responsabilités entre les programmes à l'interne, soit les rôles et les responsabilités sont bien définis, ou sont en voie de l'être au moyen des tables régionales et des comités de direction, soit ils ne sont pas toujours clairs ou ils sont méconnus.

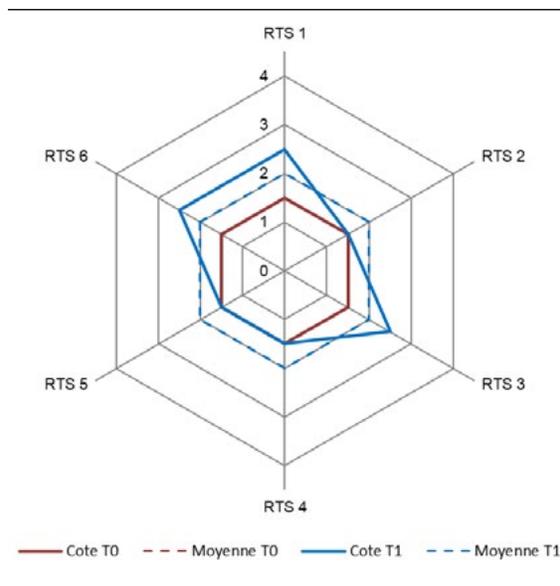
Enfin, des travaux d'harmonisation étaient amorcés dans tous les sites au T0 mais, le plus souvent, ils concernaient des aspects administratifs. Au T1, il n'y a toujours pas d'harmonisation entre les approches cliniques utilisées en DP, DI-TSA; la situation demeure selon les missions ou les intervenants. Toutefois, lorsqu'il y a présence d'équipes intégrées, on observe une tendance vers l'harmonisation des approches. Il existe à la marge quelques initiatives d'harmonisation des protocoles ou des formulaires. Aussi, la mise en place de tables nationales précise l'essence des services spécifiques et spécialisés en plus de permettre de mieux comprendre la distinction entre ces services et la notion d'épisode de service.

Cote moyenne : 2,0, résultat « Satisfaisant », 1,5 au T0.

Constats sur les particularités des sites

- Dans l'ensemble des sites, la collaboration est décrite comme particulièrement difficile avec les directions du domaine de la santé mentale et le diagnostic est vu comme prédominant par rapport aux besoins des usagers.
- Trois sites se sont améliorés depuis le T0. Les rôles et les responsabilités y sont plus clairs entre les missions et les programmes. Toutefois, dans deux de ces sites, un problème de collaboration avec les services de soutien (informatique, secrétariat, maintenance, etc.) ou avec le centre jeunesse (CJ) est relevé.
- Les trois autres sites sont demeurés stables depuis le T0. On y rapporte que le travail se fait encore en silo. Dans deux de ces sites, des enjeux sur le plan budgétaire et syndical qui entraînent de la confusion au sein des équipes ou un problème de collaboration avec les services de soutien (finance, ressources humaines, ressources informatiques, paie) sont notés.

Figure 4. Graphique en radar des sites évalués pour la dimension 4, Organisation clinique



Interprétation des résultats

De 0 à 0,99 = Très insatisfaisant De 2 à 2,99 = Satisfaisant
De 1 à 1,99 = Insatisfaisant De 3 à 4 = Très satisfaisant

Initiatives porteuses en cours dans au moins un site

- Certains outils, tels que les rapports d'état, les rencontres interprogrammes, les comités de gestion et les trajectoires d'évaluation dynamique, ont permis d'améliorer et de faciliter la collaboration entre les missions et entre les programmes.
- La clarification des rôles et responsabilités entre les missions s'est améliorée en raison des comités de gestion, des tables de coordination régionale DP, DI-TSA, des tables de gestionnaires d'accès et de certains outils (cadre de référence, napperon).
- Il existe quelques initiatives pour harmoniser les protocoles et les formulaires.
- Le rapatriement des équipes SAD dans la direction DP, DI-TSA de certains sites a permis d'améliorer la fluidité pour les usagers et de faciliter le travail d'équipe entre les intervenants.

Actions prioritaires à entreprendre ou à poursuivre

- Poursuivre la clarification des rôles et des responsabilités des différents programmes et missions, ce qui facilitera l'harmonisation des pratiques et le travail conjoint.
- Poursuivre le développement des modalités de collaboration intermissions et interprogrammes, ce qui dissipera la confusion au sein des équipes.
- Poursuivre le rapprochement avec certaines directions, notamment en santé mentale, avec les services de soutien et les centres jeunesse, dans le but d'améliorer la collaboration avec eux.
- Cibler le besoin de l'utilisateur et non se reporter à son diagnostic pour juger de l'admissibilité de cet usager aux services, ce qui améliorera la collaboration au sein des équipes et l'organisation clinique, en plus d'orienter l'utilisateur vers le bon programme-services.
- Poursuivre l'harmonisation des processus et des approches cliniques utilisés en DP, DI-TSA et continuer la mise au point de lignes directrices.

Dimension 5 : Développement des compétences

La dimension 5 porte sur le développement des compétences. Elle traite des formations, du partage d'expertise et du transfert des connaissances, et elle a rapport aux différentes occasions d'apprentissage pour lesquelles une diversité d'interactions entre les professionnels des différents niveaux de services, de missions et d'installations du RTS est favorisée.

Faits saillants et cote pour l'ensemble des sites

En 2015, le nombre et le rythme des formations offertes dans chacune des missions avaient grandement diminué depuis la réorganisation. Contrairement au T0 où il y en avait peu ou n'y en avait pas, on constate l'existence de plusieurs offres de formation commune ou conjointe entre les missions CR et CLSC ou entre les programmes. Toutefois, de nombreux répondants signalent que les intervenants ne peuvent pas accéder aux formations ou encore que les formations qui leur sont offertes ne répondent pas à leurs besoins, qu'elles ne sont pas conformes aux pratiques institutionnelles ou qu'elles amènent une lourdeur additionnelle (limite de participants, surcharge de travail, remboursement des formations, etc.). Les répondants qui mentionnent un problème d'accès aux formations sont majoritairement des intervenants. À l'inverse, plusieurs participants mentionnent que les intervenants ont accès facilement aux formations qui leur sont offertes. Les partenaires expriment parfois leur intérêt à participer à un plus grand nombre de formations communes et à y être davantage invités.

Le partage d'expertise semblait marginal au T0 alors qu'il est beaucoup plus présent au T1. Des formes de partage d'expertises officielles ou non officielles sont recensées pour l'ensemble des sites. Par contre, le roulement de personnel fait en sorte qu'une perte d'expertise est observée ou bien que le personnel manque de formation. Cependant, le partage d'expertise entre les missions et entre les programmes se fait très bien. Le mouvement des gestionnaires entre la 1^{re} et la 2^e ligne ainsi que l'augmentation de la collaboration entre les équipes sont des facteurs qui ont contribué à favoriser, à l'intérieur des équipes, le partage des connaissances et le développement de l'expertise. Dans d'autres cas, le partage d'information clinique se fait à l'occasion de rencontres cliniques, de comités de direction, de comités de coordination clinique et de comités d'amélioration continue, ce qui contribue aussi au développement de l'expertise. Dans de plus petites équipes spécialisées, comme c'est le cas pour les techniciens en orthèses-prothèses, un besoin se fait sentir en matière de partage d'expertise à l'extérieur de leur CISSS ou de leur CIUSSS, ce qui n'est pas possible pour le moment.

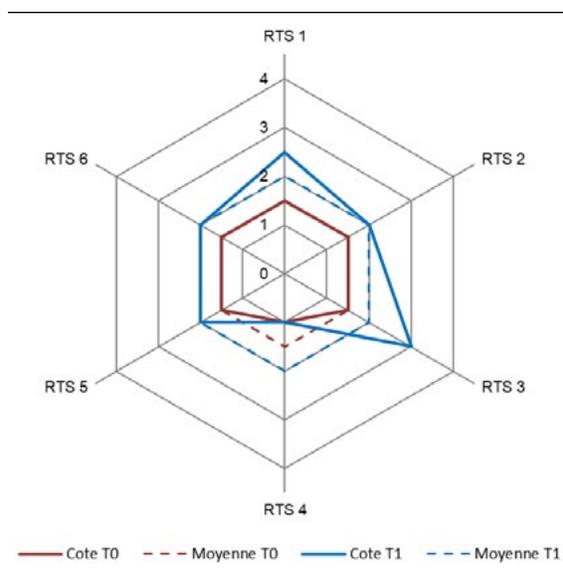
Enfin, depuis la fusion, le mentorat a été supprimé dans certains sites, ce qui a occasionné des répercussions sur la rétention du nouveau personnel étant donné que celui-ci se trouve complètement seul avec des cas lourds, que sa charge de travail est dense et qu'il s'expose à des risques sur le plan de la responsabilité professionnelle.

Cote moyenne : 2,0, résultat « Satisfaisant », 1,5 au T0.

Constats sur les particularités des sites

- Deux sites se démarquent des autres en raison de la disponibilité des nombreuses formations communes et à cause de bon nombre d'initiatives en matière de partage d'expertise.
- Un site profite même de l'encadrement d'un programme de recherche pour le codéveloppement intermissions.
- Trois autres sites se sont quelque peu améliorés. Toutefois, les problèmes suivants demeurent dans un de ces trois sites, au moins : les formations qui répondent aux besoins des intervenants semblent manquer, les formations communes font défaut, le mentorat et la supervision clinique ont été coupés et les partenaires ne reçoivent plus de formation.
- Un site demeure légèrement inférieur à la moyenne de l'ensemble des sites évalués, car les formations en cours avaient été mises en arrêt en 2015 et on ne sent pas de réelles améliorations à cet égard. Les intervenants ne semblent pas avoir accès à la formation commune, ils ne savent pas qu'il en existe ou bien ils sont freinés par certaines limites telles que le remboursement ou la formation donnée sur l'heure du dîner.

Figure 5. Graphique en radar des sites évalués pour la dimension 5, Développement des compétences



Interprétation des résultats

De 0 à 0,99 = Très insatisfaisant De 2 à 2,99 = Satisfaisant

De 1 à 1,99 = Insatisfaisant De 3 à 4 = Très satisfaisant

Initiatives porteuses en cours dans au moins un site

- Dans la communauté de pratique, les rencontres entre les intervenants de différentes missions (DP, DI, CLSC) ou entre l'ensemble des spécialistes en activités cliniques et des coordonnateurs cliniques des programmes DP, DI-TSA offrent un milieu de réseautage, d'échange d'information, de retour sur les formations ainsi que de partage des orientations aux comités de gestion.
- Dans la communauté de pratique, les réunions cliniques et les réunions de codéveloppement avec les partenaires et les autres missions offrent également la possibilité d'un partage d'expertise. De plus, elles permettent de présenter des dossiers, ce qui aide les intervenants à améliorer leur pratique professionnelle en lien avec des dossiers complexes.
- Les équipes de soutien aux partenaires favorisent le partage d'expertise.
- La création d'un « comité conjoint » permet de partager sur les situations problématiques vécues ainsi que sur l'expertise des intervenants en vue de réaliser des co-interventions ponctuelles interprogrammes.
- La mise en place de formations continues qui intègrent les intervenants des différentes directions et l'instauration de formations communes ou conjointes entre les missions CR et CLSC, ou entre les programmes, ainsi que la volonté d'inviter les organismes communautaires sont des initiatives qui promettent.

Actions prioritaires à entreprendre ou à poursuivre

- Faciliter l'accès aux formations (remboursement et libération par rapport au temps) et s'assurer d'offrir des formations qui satisfont les besoins des intervenants.
- Faciliter l'accès aux formations au bénéfice des différents partenaires.
- Unifier la façon d'accorder les formations entre les communautés de pratique, dans les CR, et unifier les attributions individuelles par pourcentage selon les budgets, dans les CISSS ou les CIUSSS.
- Mettre en place une politique de formation.
- Encourager la cogestion sur le plan médical et l'accès des intervenants à un médecin pour favoriser le partage d'expertise, particulièrement en DI-TSA.
- Encourager davantage le mentorat, le transfert des connaissances, le partage d'expertise clinique et la supervision clinique au sein des équipes.

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 exercent une influence sur les actions des différents types d'acteurs dans l'atteinte des résultats d'une meilleure intégration des services (par exemple, le suivi des indicateurs). Cette dimension rend également 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

Au premier temps de mesure, aucun site ne rapportait de réels incitatifs sur le plan financier à l'intérieur des programmes DP, DI-TSA, incitatifs qui avaient pour but d'améliorer la performance de ces programmes et, par ricochet, celle de l'organisation. Au T1, tous les sites ont maintenant une salle de pilotage ou des stations visuelles à travers lesquelles, notamment, on peut exercer la surveillance des portefeuilles de projets et les suivis de gestion (plan d'accès, OCCI, listes d'attente). Par contre, ces mécanismes demeurent variables d'un site à l'autre et ne sont pas standardisés. Du côté des gestionnaires, ils permettent d'ajuster le tir lorsque les résultats de performance ne sont pas au rendez-vous, par exemple en mettant en place des projets, des outils de gestion ou des comités. Quant aux intervenants, ces mécanismes ne leur sont pas vraiment utiles, car ils indiquent uniquement des résultats de performance et ne renseignent pas sur la qualité des services offerts aux usagers en plus de faire croître une culture de la mesure et de faire naître la compétition entre eux. Ils déplorent encore la concurrence entre les suivis de gestion et les activités cliniques. Pour eux, cette pression, qui ne cesse de croître, pour augmenter la performance se fait au détriment de la qualité des interventions auprès des usagers.

Plusieurs acteurs signalent des avancées au T1 quant au partage des ressources matérielles intermissions et interprogrammes ainsi qu'avec les partenaires (par exemple, des locaux, des outils d'intervention, un fauteuil roulant, des ordinateurs). Un plus grand partage des ressources humaines est également observé entre les missions et les programmes par rapport au T0 où seules certaines initiatives à la marge étaient constatées. Par contre, l'exercice de redistribution d'une partie du personnel entre les différents programmes s'amorçait dans la grande majorité des sites. Une plus grande mobilité des intervenants est maintenant observée partout. Toutefois, quelques enjeux persistent sur le plan syndical en ce qui concerne le transfert de personnel. Par ailleurs, la crainte de devoir boucher des trous, sans formation adéquate, et de perdre une expertise persiste toujours au sein des équipes. Dans plusieurs sites, on rapporte que les directions consacrées au soutien (par exemple, les directions vouées aux achats, aux archives, à la technologie de l'information, à la recherche) ne sont pas au rendez-vous et que la lourdeur administrative ou la perte de repères retarde les processus.

Dès 2015, des enjeux liés à la résorption du déficit, au manque de personnel, à son non-remplacement ou aux difficultés de recrutement étaient observés. Au deuxième temps de mesure, on remarque des enjeux, sur le plan financier, pour développer et compléter les offres de services à l'intérieur des programmes DP, DI-TSA puisque les montants qui leur sont alloués sont plutôt limités. L'hébergement, par exemple, est un secteur qui, de façon générale, manque de financement.

« Donc, y a beaucoup d'argent qui arrive en soutien à domicile, on a notre part du gâteau quand ça arrive. Y a quand même peu d'argent qui arrive dédié spécifique à la clientèle DI-TSA-DP. Alors ce sont de petits volumes d'argent. Je vais faire des comparaisons un peu boiteuses, mais 6,7 millions en Soutien à domicile 450 000 \$ en DI-TSA-DP. On n'est pas dans le même ordre d'idées. [...] Alors, l'enjeu financier il est toujours là et comme on n'a pas de marge de manœuvre financière dédiée à DI-TSA-DP [...] » (Directeur DP, DI-TSA, RTS 2).

Le problème du recrutement de personnel, lui aussi, persiste, à un point tel que des surplus budgétaires sont relevés dans un site qui n'est pas en mesure de remplacer les départs pour

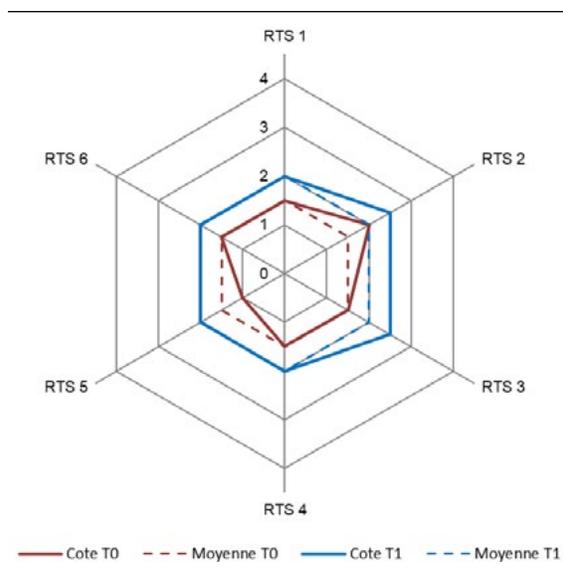
cause de maladie ou congé de maternité, ce qui occasionne des répercussions sur les listes d'attente. De plus, l'attraction et la rétention du personnel, la surcharge de travail des intervenants ainsi que la formation et l'expertise des équipes demeurent des éléments problématiques.

Cote moyenne : 2,0, résultat « Satisfaisant », 1,5 au T0.

Constats sur les particularités des sites

- Au T0, un site se distinguait positivement de la moyenne de l'ensemble des sites évalués en raison de la vigie rigoureuse exercée autour du suivi des indicateurs et à cause d'un tableau de bord qui alliait pertinence clinique et optimisation de la performance. Au T1, ce site se distingue par son utilisation du guichet d'accès SAPA pour le partage des ressources humaines et par les mécanismes de régulation de la performance qu'il a mis en place.
- Un autre site se distingue maintenant de la moyenne en raison, notamment, de l'amélioration du partage des ressources. On y note un partage de locaux et un prêt de personnel de l'établissement avec certains organismes communautaires. Cependant, ce site manque de personnel pour combler plusieurs postes, ce qui occasionne des répercussions sur les listes d'attente.
- Trois sites se sont améliorés par rapport au T0, notamment en ce qui concerne la mise en place de mécanismes de régulation de la performance et en raison du partage des ressources, bien que ce dernier point demeure difficile pour l'un d'eux. Un site a cependant réussi à combler près de quarante postes grâce aux incitatifs budgétaires. Toutefois, l'accent mis sur la reddition de comptes et sur la performance est considéré comme un aspect négatif dans les trois sites.
- Au T0, un site était légèrement inférieur à la moyenne de l'ensemble des sites évalués, car la réflexion sur le partage des ressources débutait à peine. Au T1, il a rejoint la moyenne de l'ensemble des sites évalués en augmentant le partage des ressources. À cette fin, il semble que la fusion syndicale a grandement facilité le mouvement de personnel.

Figure 6. Graphique en radar des sites évalués pour la dimension 6, Incitatifs à l'utilisation optimale des ressources



Interprétation des résultats

De 0 à 0,99 = Très insatisfaisant De 2 à 2,99 = Satisfaisant
De 1 à 1,99 = Insatisfaisant De 3 à 4 = Très satisfaisant

Initiatives porteuses en cours dans au moins un site

- Plusieurs mécanismes (par exemple, la mise en commun des règles syndicales) ont été mis en place pour faciliter le partage des ressources interprogrammes, intermissions et avec les partenaires.

Actions prioritaires à entreprendre ou à poursuivre

- Poursuivre la vigie rigoureuse exercée par des mécanismes de régulation et de suivi de la performance.
- Poursuivre ou concevoir de réels incitatifs financiers à l'intérieur des programmes DP, DI-TSA en vue de développer et de compléter les offres de services à l'intérieur des programmes pour en améliorer la performance.

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 était très présente chez les acteurs rencontrés aux deux temps de mesure. Toutefois, encore en 2018, on rapporte que cet engagement se trouve souvent freiné par des exigences sur les plans budgétaire et administratif. En conséquence, les intervenants estiment que l'on ne donne pas toujours le meilleur service aux usagers.

Le processus d'agrément demeure un levier en matière de qualité et d'évaluation des services. À cet exercice s'ajoutaient, en 2015, divers autres suivis, allant des vérifications ponctuelles à l'intégration dans un outil particulier du plan d'amélioration continue de la qualité. Les salles de pilotage sont maintenant utilisées pour évaluer les projets en cours, les résultats ainsi que les services. Un souhait est formulé sur la possibilité d'évaluer davantage les résultats et la qualité des services, car le manque de temps et de ressources fait de l'évaluation des enjeux et de la qualité des services une pratique peu commune.

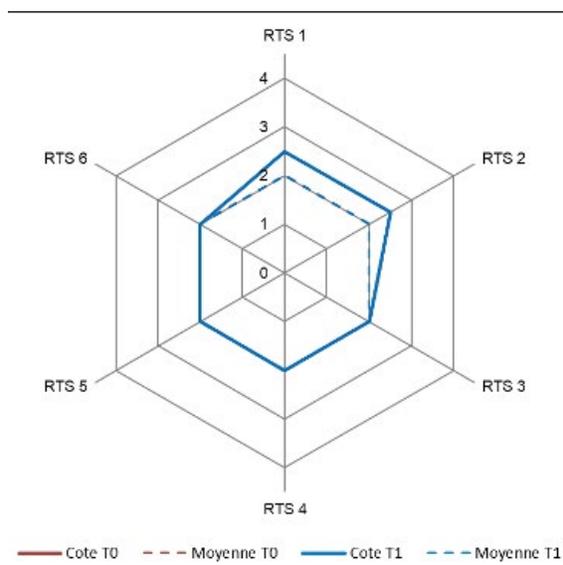
De plus, les répondants mentionnent que l'absence de superviseur clinique occasionne une évaluation des plans d'intervention basée sur la performance, et non pas sur la qualité. Une crainte quant à la perte d'expertise, de soutien clinique et de formation est d'ailleurs observée. Cette crainte pourrait occasionner des répercussions négatives sur la qualité des interventions.

Cote moyenne : 2,0, résultat « Satisfaisant », 2,0 au T0.

Constats sur les particularités des sites

- Tous les sites demeurent stables par rapport au premier temps de mesure.
- Deux sites sont encore légèrement situés 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 à cause de la qualité des services ainsi que d'un nombre plus important de mécanismes mis en place pour l'évaluer.
- Quant aux autres sites, bien qu'ils fassent le suivi du Plan d'accès, qu'ils aient des salles de pilotage et qu'ils suivent certains indicateurs, ils ne semblent pas avoir mis en place de nouveaux mécanismes pour évaluer la qualité des services.

Figure 7. Graphique en radar des sites évalués pour la dimension 7, Qualité et évaluation des services



Interprétation des résultats

De 0 à 0,99 = Très insatisfaisant De 2 à 2,99 = Satisfaisant
De 1 à 1,99 = Insatisfaisant De 3 à 4 = Très satisfaisant

Actions prioritaires à entreprendre ou à poursuivre

- Formaliser les outils qui conjuguent à la fois les objectifs d'amélioration de la qualité et la volonté de satisfaire aux critères de performance, tout en s'assurant que ces exercices auront du sens pour les intervenants et que les résultats pertinents leur seront transmis.
- Prendre le temps et les moyens pour accomplir l'évaluation des services.
- Mettre à profit le superviseur clinique dans les processus d'évaluation de la qualité, notamment pour évaluer les PI selon la qualité et non seulement selon la performance.

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, les éléments suivants sont examinés : l'importance accordée à la détermination des besoins prioritaires faite par l'utilisateur à partir de la prestation des services, la prise en considération de son implication non seulement dans les services retenus, mais aussi dans l'établissement, la volonté d'encourager son autodétermination et, finalement, l'intérêt démontré envers son expérience globale par rapport aux soins et aux services reçus. Cette dimension englobe également l'accent mis sur la responsabilité envers la population dans le but de mieux planifier l'offre de services, notamment en matière d'équité d'accès sur l'ensemble du territoire.

Faits saillants et cote pour l'ensemble des sites

Au T0, le discours et les préoccupations des acteurs étaient fondés sur les besoins des utilisateurs qui devraient se situer au centre des services. Dans les faits, l'évaluation globale des besoins n'était pas systématique et la présence d'un diagnostic en DP, DI ou TSA demeurait 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 suscitaient tout de même l'espoir que ces aspects s'améliorent. Par rapport au T0, la notion de réponse aux besoins des utilisateurs est beaucoup plus marquée et intégrée dans le discours de l'ensemble des acteurs des établissements (direction, chefs de programmes, intervenants). Cependant, l'évaluation globale des besoins n'est toujours pas systématique et uniforme d'un site à l'autre, et la présence d'un diagnostic en DP, DI ou TSA donne souvent une orientation aux services offerts aux utilisateurs : « [...] dès que l'utilisateur a une DI ou un TSA, c'est comme un facteur d'exclusion automatique pour avoir accès à des services en DP [...] » (Intervenant spécifique, RTS 5). Par ailleurs, on remarque une augmentation de l'évaluation des besoins populationnels, notamment par l'utilisation des données de la Santé publique, de la DQEPE, de l'Observatoire populationnel ou de celles basées sur les bassins d'utilisateurs, les listes d'attente, les charges de travail, les comités d'utilisateurs et l'analyse des plaintes.

Bien que l'autodétermination des utilisateurs fût déjà encouragée en 2015 et qu'elle ait toujours fait partie de la culture de l'organisation selon certains répondants, il s'avère encore difficile parfois de la mettre en pratique pour certaines clientèles (ex. : DI). Par exemple, le manque de ressources communautaires, la difficulté à obtenir du transport adapté ou certaines conditions liées à l'utilisateur (manque de temps, difficulté à joindre la personne, manque de motivation, capacités non présentes, deuil, etc.) freinent leur autodétermination. Dans d'autres cas, c'est plutôt la culture organisationnelle de prise en charge qui est en cause ou bien le manque de temps des intervenants. L'autodétermination devient alors une pratique qui repose sur l'initiative personnelle de certains utilisateurs. Au T0, les intervenants étaient parfois amenés à accomplir des tâches qui débordaient de leur cadre professionnel et à compenser pour l'absence de ressources communautaires ou pour le manque d'un réseau social autour de l'utilisateur. La dévotion des intervenants envers les utilisateurs est toujours manifeste au second temps de mesure, mais la compensation pour un réseau social autour de l'utilisateur n'a pas été mentionnée. Au contraire, le développement d'approches favorisant l'autodétermination des utilisateurs (épisodes de service, utilisateur-ressource, stage, éducation et implication des parents ainsi que de l'école, embauche au sein du CISSS ou du CIUSSS favorisée) est noté.

De plus, la notion d'utilisateur-partenaire était très peu connue et n'était pas mise en pratique au premier temps de mesure. La présence d'utilisateurs à des comités décisionnels était rarissime, mais elle faisait partie des actions à venir. Notons également que l'expérience de l'utilisateur était rarement évaluée autrement que dans le sondage mené dans le contexte du processus d'agrément. La notion d'utilisateur-partenaire est davantage connue au T1 et des utilisateurs-partenaires sont présents dans des comités, projets organisationnels, Kaizens (améliorations continues), trajectoires, et ce, dans la majorité des sites. Certains établissements mentionnent également obtenir du soutien de la DQEPE et disposer d'une banque d'utilisateurs-partenaires. Toutefois, dans certains sites, on note encore une certaine confusion quant à ce terme. Aussi, la plupart des sites confirment que les

usagers participent au processus d'amélioration continue, et ce, sous diverses formes : sondages, groupes de discussion, évaluation systématique des services, comité d'amélioration. Il s'agit d'une avancée par rapport au T0. Cependant, dans d'autres sites, l'évaluation formelle de la satisfaction des usagers semble une pratique plutôt marginale. Cela se fait davantage de façon non officielle, verbalement ou au cas par cas dans le processus du PI.

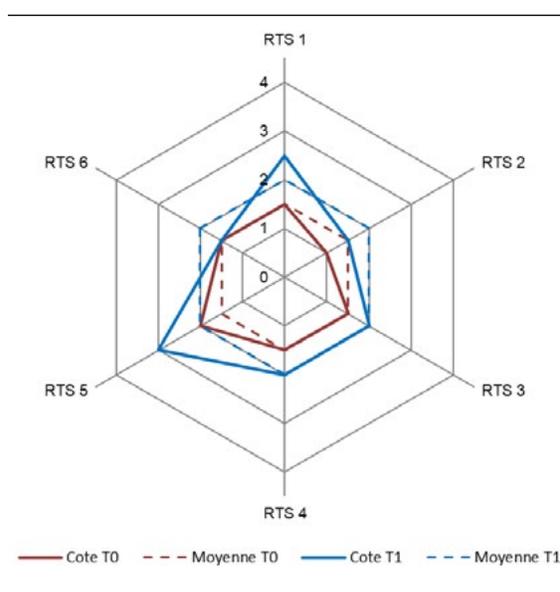
Si, dans l'ensemble, la vue globale et les besoins de la population étaient connus au T0, l'offre de services en DP, DI-TSA n'était pas équitable sur le territoire de chacun des RTS, et ce, pour les services spécifiques surtout. À cet égard, un défi d'harmonisation était omniprésent et la réflexion était amorcée quant aux services à offrir à l'échelle régionale et locale. Ainsi, les usagers ne bénéficiaient pas toujours de l'ensemble de la gamme de services à proximité de leur domicile et la réorganisation faisait craindre une augmentation de la concentration des services dans les zones plus peuplées des RTS, au détriment des autres. Cela s'ajoutait aux problèmes de transport (collectif ou adapté) rapportés dans la majorité des sites évalués. Enfin, plusieurs soulignaient que les impératifs budgétaires ou les suppressions de services freinaient la capacité à assumer adéquatement le rôle de responsabilité populationnelle. Au T1, une amélioration dans certains sites quant au partage des services en DP, DI-TSA est notée. Dans d'autres sites, le partage équitable de la gamme de services est en cours d'amélioration, notamment par le développement de l'intervention faite à distance (Skype), bien que cela demeure difficile pour obtenir des services spécifiques ou le deuxième et le troisième service (délai d'accès). En revanche, il semble que l'accès au premier service soit offert de façon équitable partout. Quoi qu'il en soit, certains répondants affirment que l'offre de service en DP, DI-TSA n'est toujours pas répartie équitablement sur le territoire de leur RTS, notamment parce que les établissements n'avaient pas la même gamme de services, parce qu'ils ne l'offraient pas exactement de la même façon et parce qu'il y avait déjà des écarts à cette échelle avant l'intégration des services. Enfin, quelques participants mentionnent que les noms des établissements et la structure sont toujours complexes pour les usagers.

Cote moyenne : 2,0, résultat « Satisfaisant », 1,5 au T0.

Constats sur les particularités des sites

- Un site est encore au-dessus de la moyenne de l'ensemble des sites évalués en raison, notamment, de l'augmentation de la présence d'usagers-partenaires depuis le premier temps de mesure. De plus, les usagers participent bien à leur PI et l'autodétermination est encouragée.
- Un site s'est grandement amélioré par la mise en place de plusieurs initiatives porteuses.
- Deux sites ont connu une légère amélioration. Dans un cas, l'autodétermination des usagers et leur participation aux plans de services individualisés et d'allocation de services (PSIAS) semblent plus difficiles. Dans l'autre, la volonté de faire participer les usagers-partenaires est là, mais les mécanismes doivent être mis en place et il existe des enjeux de logistique (pairage, horaire, repas) pour y parvenir.
- Dans un site, le rôle de l'utilisateur-partenaire semble problématique. Les intervenants mentionnent ne pas connaître cette notion et

Figure 8. Graphique en radar des sites évalués pour la dimension 8, Accent mis sur le rôle des usagers



Interprétation des résultats

De 0 à 0,99 = Très insatisfaisant De 2 à 2,99 = Satisfaisant
 De 1 à 1,99 = Insatisfaisant De 3 à 4 = Très satisfaisant

ne pas en entendre parler. Ils mentionnent aussi que l'autodétermination des usagers n'est pas vraiment encouragée par l'organisation.

- Un site était sous la moyenne de l'ensemble des sites évalués aux deux temps de mesure. Si au T0 on sentait la quasi-absence de la notion de besoins des usagers dans le discours de la direction et des chefs, au T1 les mécanismes pour intégrer les usagers commencent à se mettre en place, bien que l'on sente une certaine résistance à cet égard.

Initiatives porteuses en cours dans au moins un site

- Dans un site, la consultation des usagers est un processus officialisé dans le Plan d'action¹¹.
- On note la présence d'usagers-partenaires dans plusieurs comités et dans les Kaizens (améliorations continues). D'ailleurs, un site a mis en place un système de pairage des usagers-partenaires qui fonctionne bien.
- La mise en place d'une banque d'usagers-partenaires et le soutien de la DQEPE sont des initiatives prometteuses.
- Un projet favorise l'autonomisation des usagers. De plus, le développement d'approches contribuant à la progression de l'autodétermination des usagers (usager-ressource, stage, éducation et participation des parents ainsi que de l'école, embauche au sein du CISSS ou du CIUSSS favorisée, etc.) est noté.
- Le développement d'interventions faites à distance (Skype) favorise le partage équitable des services sur le territoire.

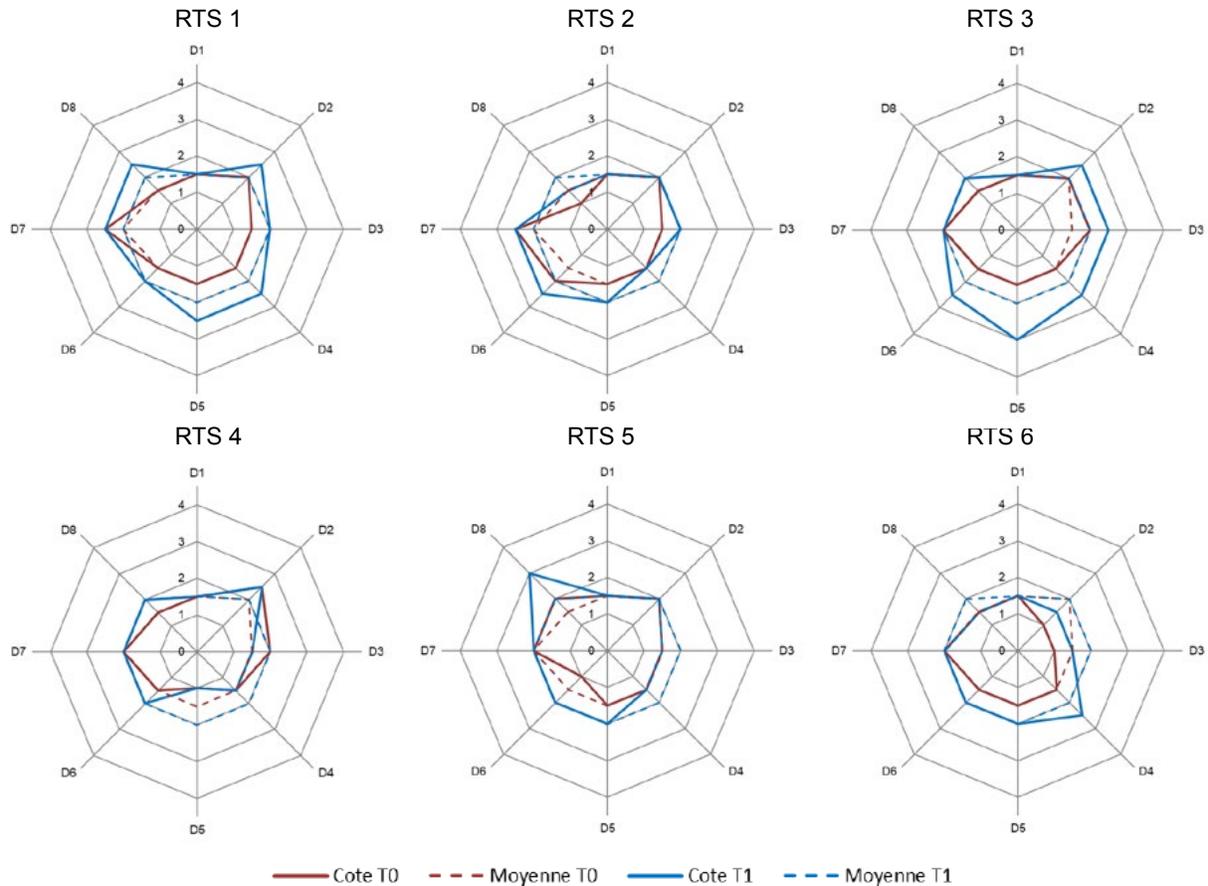
Actions prioritaires à entreprendre ou à poursuivre

- Poursuivre la mise en place de mécanismes pour faire davantage participer les usagers-partenaires et mettre en place des actions pour résoudre les enjeux de logistique (pairage, horaire, repas).
- Poursuivre les efforts pour développer le rôle de l'usager-partenaire ainsi que l'autodétermination, notamment en travaillant la culture organisationnelle de prise en charge.
- Poursuivre la mise en place d'actions pour que les préoccupations des acteurs soient basées sur les besoins des usagers et non sur la présence d'un diagnostic en DP, DI ou TSA.
- Faire en sorte que l'offre de services en DP, DI-TSA soit répartie équitablement sur les territoires.

11. On fait ici référence au Plan d'action à l'égard des personnes handicapées produit annuellement par chacun des CISSS et des CIUSSS.

Résultats obtenus à partir de la perspective organisationnelle pour chacun des sites

Figure 9. Graphiques en radar de tous les sites évalués selon les dimensions vues de la perspective organisationnelle



<p>Interprétation des résultats</p> <p>De 0 à 0,99 = Très insatisfaisant</p> <p>De 1 à 1,99 = Insatisfaisant</p> <p>De 2 à 2,99 = Satisfaisant</p> <p>De 3 à 4 = Très satisfaisant</p>	<p>Dimensions de la perspective organisationnelle</p> <p>D1 : Système d'information, transfert, communication et accès à l'information</p> <p>D2 : Culture organisationnelle et leadership</p> <p>D3 : Engagement à offrir des services intégrés</p> <p>D4 : Organisation clinique</p> <p>D5 : Développement des compétences</p> <p>D6 : Incitatifs à l'utilisation optimale des ressources</p> <p>D7 : Qualité et évaluation des services</p> <p>D8 : Accent mis sur le rôle des usagers</p>
---	--

4.2 Perspective de l'utilisateur

Interprétation des résultats

La présente section dévoile les résultats pour chacune des dimensions vues de la perspective de l'utilisateur et elle fournit une figure synthèse pour chacun des sites. Des tableaux détaillés donnant les résultats pour chacune des dimensions sont présentés à l'Annexe 7, et un code de couleurs rend clairement compte du degré de satisfaction lié à chaque résultat. Les résultats obtenus à partir de la perspective de l'utilisateur ont été catégorisés selon le même système de cote que celui de la perspective organisationnelle. Cependant, ils sont déterminés différemment compte tenu de la nature des données. La perspective de l'utilisateur comporte des données de nature quantitative et qualitative, recueillies dans les dossiers cliniques et lors des entrevues téléphoniques. Les résultats ont donc été déterminés à partir de deux types d'échelle préétablies. L'Annexe 1 donne davantage de détails sur le calcul des cotes.

Les données de nature qualitative concernent les irritants relevés par les usagers autant que par les évaluateurs. Elles ont été compilées à partir des commentaires formulés lors des entrevues téléphoniques et des données recueillies dans les dossiers cliniques. Cette technique d'évaluation est très sensible et elle capte tout ce qui a pu incommoder un usager au cours de son cheminement dans le réseau. Ainsi, même si l'irritant est noté une seule fois par l'utilisateur, il obtient le même poids que celui qui s'est manifesté durant toute l'année. Cela facilite le repérage des enjeux très précis pour les usagers, mais leur généralisation est plus limitée.

Il importe de noter que les résultats présentés sans précision par rapport à la période de référence portent systématiquement sur l'année 2018 (T1), alors que les résultats portant sur le premier temps de mesure, 2015 (T0), sont accompagnés d'une note à cette fin.

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. Elle porte, par exemple, sur la connaissance de l'histoire de l'utilisateur par les intervenants. La Figure 10 présente les cotes de l'ensemble des sites évalués pour cette dimension.

Faits saillants et cote pour l'ensemble des sites

La moyenne des réponses données par les utilisateurs aux questions d'entrevue est de 73 %, ce qui correspond à un résultat insatisfaisant. Le résultat le plus faible est la proportion d'utilisateurs ayant rarement dû répéter leur histoire à de nouveaux intervenants ; elle est de 67 % (53 % au T0), alors que la cible pour un résultat satisfaisant se situe à 75 %.

Pour l'ensemble des sites évalués, 33 % des utilisateurs ont relevé un irritant lié à cette dimension lors des entrevues téléphoniques, ce qui s'apparente à la proportion notée par les évaluateurs dans les dossiers cliniques consultés (31 %). Ces deux résultats sont stables par rapport au premier temps de mesure et ils atteignent la cible (50 %) pour être considérés comme satisfaisants.

Bien que le mécontentement lié au manque de communication entre les intervenants ou les installations soit passé de « Satisfaisant » à « Très satisfaisant » entre les deux temps de mesure, il demeure le plus fréquent. Pour les évaluateurs, cela se manifeste, principalement, par des notes manquantes dans les dossiers ou par un bris de communication entre les intervenants noté dans les dossiers. Du côté des utilisateurs, cela se manifeste par une quantité trop importante de renseignements demandés par les intervenants ou par la répétition de leur histoire lors des entretiens avec ces derniers. Cet aspect était aussi le plus fréquent au T0, bien que les proportions aient diminué chez les utilisateurs (30 % au T0 et 19 % au T1) autant que dans leurs dossiers cliniques (35 % au T0 et 24 % au T1).

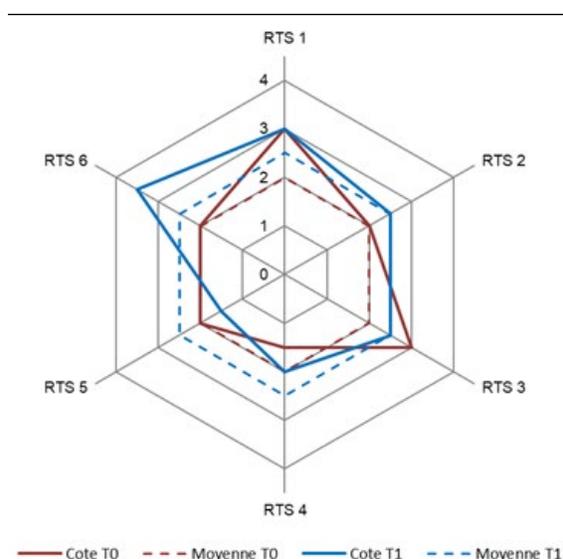
De plus, les utilisateurs sentent de plus en plus qu'ils sont utilisés comme courroie de transmission et qu'ils doivent se charger de la responsabilité de transmettre des documents aux intervenants (12 % au T0 et 19 % au T1).

Cote moyenne : 2,5, résultat « Satisfaisant », 2,0 au T0.

Particularités des sites

- Deux sites, les RTS 1 et 6, se distinguent positivement des autres sites évalués :
 - dans le RTS 1, les évaluateurs ont noté une communication insuffisante dans seulement 6 % des dossiers cliniques¹² ;
 - dans le RTS 6, tous les usagers jugent avoir rarement dû répéter leur histoire à de nouveaux intervenants et aucun n'a relevé d'irritants en lien avec un manque de communication¹³.
- Deux sites, les RTS 4 et 5, se situent sous la moyenne avec des cotes de 2,0 et de 1,5, respectivement :
 - ces deux sites présentent les plus grandes proportions d'usagers ayant dû transmettre des papiers ou des documents à des intervenants, respectivement 33 % et 50 % ;
 - les évaluateurs ont noté une communication insuffisante dans 40 % des dossiers du RTS 4 ;
 - le résultat le plus préoccupant concerne la forte proportion d'usagers ayant dû répéter leur histoire à de nouveaux intervenants dans le RTS 5 (67 %). Les usagers de ce site sont aussi les plus nombreux à avoir signalé un manque de communication (40 %) et mentionné l'utilisation de leur personne comme courroie de transmission (50 %).
- Dans le RTS 3, l'ensemble des usagers juge être rarement dans l'obligation de transmettre des documents à des intervenants, alors que la moyenne de tous les sites évalués est de 79 %.
- Le RTS 6 est celui dont la cote a le plus augmenté entre les deux temps de mesure ; elle est passée de 2,0 à 3,5.

Figure 10. Graphique en radar des sites évalués pour la dimension 1, Transmission et utilisation de l'information clinique relative à l'utilisateur



Interprétation des résultats

De 0 à 0,99 = Très insatisfaisant De 2 à 2,99 = Satisfaisant
De 1 à 1,99 = Insatisfaisant De 3 à 4 = Très satisfaisant

12. Toutefois, 37 % des usagers de ce site affirment avoir dû répéter leur histoire et 22 % ont mentionné un irritant à ce sujet. Comme seulement 5 des 16 usagers de ce site ont reçu, en 2018, des services dans les deux milieux de soins (CLSC et CR), cela pourrait expliquer la faible quantité d'irritants répertoriés par les évaluateurs.

13. Une particularité du RTS 6 est que l'intervenant qui suit un usager chemine souvent avec lui entre les missions (CLSC et CR) au fur et à mesure qu'évolue la nature des services rendus, ce qui pourrait expliquer ce résultat.

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 avaient pour principal but de déterminer si les utilisateurs avaient eu l'occasion d'exprimer leurs besoins pour que les interventions soient adaptées en ce sens. La Figure 11 présente les cotes de l'ensemble des sites évalués pour cette dimension.

Faits saillants et cote pour l'ensemble des sites

Globalement, 85 % des utilisateurs jugent avoir été évalués et 81 % considèrent que l'évaluation portait également sur leur famille, leurs proches et leur environnement. En quasi-totalité (98 %), les répondants jugent que les services reçus ont satisfait leurs besoins alors que, pour les intervenants, sur la base des dossiers cliniques, cette proportion est plutôt de 76 %. Ces résultats sont jugés satisfaisants et demeurent stables par rapport au premier temps de mesure.

Moins de la moitié des utilisateurs (41 %) a noté un irritant en lien avec cette dimension, ce qui est une amélioration par rapport au T0 (57 %) et correspond à un résultat satisfaisant. Les désagréments relevés le plus souvent sont une quantité insuffisante de services reçus en lien avec leurs besoins et le caractère mal adapté des services reçus. La proportion d'utilisateurs ayant relevé ces deux éléments a toutefois diminué entre les deux temps de mesure ; elle est passée, respectivement, de 40 % à 26 % et de 33 % à 19 %. En ce qui concerne le caractère mal adapté des services rendus, les utilisateurs évoquent, généralement, le fait qu'ils ont reçu un service dont ils avaient besoin, mais pas nécessairement le besoin qu'ils estimaient comme étant le plus prioritaire, ou encore ils relèvent le fait que les modalités d'intervention n'étaient pas optimales.

De leur côté, bien que le résultat soit classé satisfaisant, les évaluateurs ont noté, aux deux temps de mesure, un double emploi dans les questionnaires ou les évaluations, et ce, pour 27 % des utilisateurs. Ce résultat n'est cependant pas corroboré par les utilisateurs qui affirment avoir été évalués en double dans seulement 9 % des cas. Ces résultats sont stables par rapport au premier temps de mesure.

Les proportions d'utilisateurs pour lesquels une évaluation globale des besoins a été trouvée dans les dossiers sont de 75 % pour les utilisateurs adultes ayant reçu des services en CLSC (avec l'OEMC) et de 71 % pour l'ensemble des utilisateurs de moins de 18 ans (indépendamment de l'outil). Bien qu'ils représentent une amélioration par rapport à l'année 2015, ces deux résultats sont insatisfaisants au regard de la cible à atteindre, qui est de 90 % pour l'année 2020. Cette cible est celle qui a été fixée dans le *Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2015-2020* [18] pour les utilisateurs adultes. Par souci de cohérence, la même cible a été appliquée aux utilisateurs âgés de moins de 18 ans. Pour obtenir davantage de détails, il faut se reporter à l'Annexe 1.

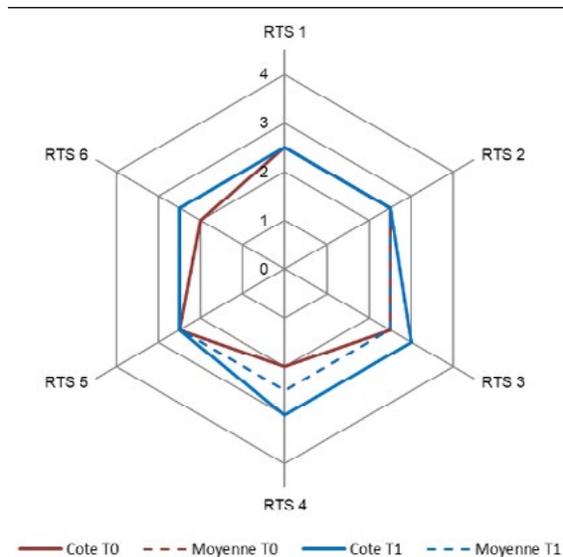
Cote moyenne : 2,5, résultat « Satisfaisant », 2,5¹⁴ au T0.

14. Dans le premier rapport d'évaluation, quelques erreurs de calcul s'étaient glissées dans les résultats de cette dimension. Ces erreurs ont été corrigées ; c'est la raison pour laquelle certains résultats du T0 sont différents dans le présent rapport.

Particularités des sites

- Les RTS 3 et 4 se distinguent positivement des autres sites évalués :
 - dans le RTS 3, les évaluateurs ont repéré une évaluation globale des besoins dans les dossiers de tous les usagers ;
 - dans le RTS 4, les répondants jugent, dans l'ensemble, que les évaluations ont porté sur leur famille, leurs proches et leur environnement et aucun n'a mentionné une quantité insuffisante de services reçus.
- Dans le RTS 2, 60 % des usagers ont mentionné une quantité insuffisante de services reçus, comparativement au résultat de l'ensemble des sites qui est de 26 %.
- Dans le RTS 1¹⁵, les évaluateurs ont trouvé une évaluation globale des besoins dans moins de la moitié des dossiers des usagers.
- Dans le RTS6, seulement 64 % des usagers jugent que l'évaluation a porté sur leur famille, leurs proches et leur environnement, alors que le résultat global est de 81 %.

Figure 11. Graphique en radar des sites évalués pour la dimension 2, Besoins de l'utilisateur



Interprétation des résultats

De 0 à 0,99 = Très insatisfaisant De 2 à 2,99 = Satisfaisant

De 1 à 1,99 = Insatisfaisant De 3 à 4 = Très satisfaisant

15. Comme seulement 5 des 16 usagers de ce site ont reçu des services en CLSC en 2018, cette situation exerce certainement une influence sur le nombre d'OEMC répertoriés par les évaluateurs.

Dimension 3 : Fluidité du cheminement de l'utilisateur

La dimension 3 traite du cheminement de l'utilisateur à travers les services. Plus précisément, elle porte sur la coordination et la fluidité entre les différentes installations et entre les services, tant sur le plan du double emploi des services que sur le plan du suivi des demandes. Les ruptures de service sont également considérées. La Figure 12 présente les cotes de l'ensemble des sites évalués pour cette dimension.

Faits saillants et cote pour l'ensemble des sites

En majorité, les usagers jugent que tous les services reçus étaient nécessaires (92 %) et qu'ils n'ont pas reçu un service en double ni rempli deux fois un questionnaire semblable (88 %). Ces deux résultats sont stables par rapport au premier temps de mesure et leur moyenne correspond au résultat « Très satisfaisant ».

Seulement 17 % des usagers ont mentionné un irritant lors des entrevues téléphoniques, ce qui représente une amélioration par rapport au T0 (38 %) et correspond au résultat « Très satisfaisant ». Le désagrément le plus mentionné est la rupture de service (14 % au T0 et 13 % au T1). Aucun usager n'a signalé un manque dans le suivi d'une demande de service, alors que cet aspect était le plus fréquent au T0 (18 %). Ce progrès est probablement occasionné par la mise en place des guichets d'accès unique, qui permettent d'assurer un suivi auprès des usagers en attente d'un service, ainsi que par l'amélioration de la coordination entre les différentes installations et entre les services. D'ailleurs, 14 % des usagers du T0 avaient mentionné un manque de coordination, et seulement 2 % l'avaient fait au T1. Les évaluateurs ont également noté, dans les dossiers cliniques, une amélioration en lien avec cet enjeu puisqu'il est passé de 17 % à 5 % entre les deux périodes.

Également, les évaluateurs ont observé des irritants dans le tiers des dossiers cliniques, ce qui représente, là aussi, une amélioration par rapport au T0 (60 %) et permet un classement dans le résultat « Satisfaisant ». La prestation d'un service spécifique par la mission CR est l'élément qu'ils ont le plus relevé aux deux temps de mesure, bien que cet élément soit passé de 23 % au T0 à 13 % au T1. Une diminution des cas de chevauchement entre les services de nature semblable (22 % au T0 et 8 % au T1) est également observée.

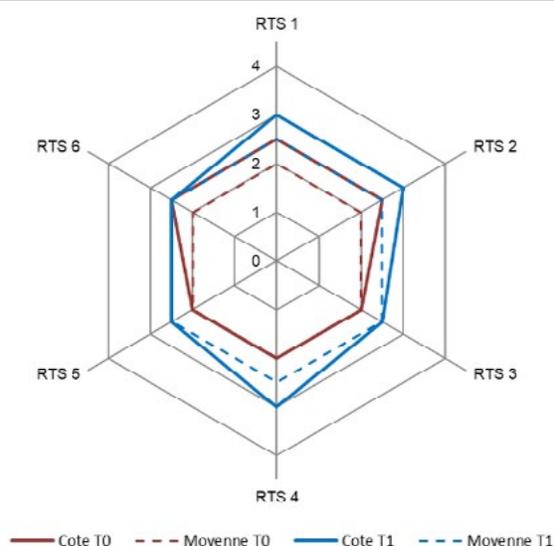
En ce qui concerne les ruptures de services détectées dans les dossiers, la proportion est passée de 41 % à 33 %. Pour qu'une rupture de service soit comptabilisée, les évaluateurs devaient constater un trou de plus d'un mois dans le service, sans que cela soit planifié dans les dossiers. L'écart avec les réponses des usagers (13 % mentionnent une 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 dans les dossiers, soit parce que les usagers jugent que plus d'un mois sans service ne constitue pas une rupture de service.

Cote moyenne : 2,5, résultat « Satisfaisant », 2,0 au T0.

Particularités des sites

- Trois sites se distinguent positivement des autres sites évalués. Il s'agit des RTS 1, 2 et 4 :
 - dans les RTS 1 et 4, aucun irritant n'a été relevé par les usagers ;
 - dans leur ensemble, les répondants du RTS 2 ont affirmé que tous les services reçus étaient nécessaires et aucun n'a reçu un service en double ou n'a dû remplir deux fois le même type de questionnaire.
- Le RTS 2 présente les plus fortes proportions d'utilisateurs pour lesquels les évaluateurs ont relevé une rupture de service (50 %) ou une fermeture de dossier à la suite d'une demande de service vers une autre installation (29 %).
- Dans le RTS 3, les utilisateurs ont été particulièrement nombreux à relever une insatisfaction en lien avec une rupture de service, soit 33 % comparativement à la proportion moyenne de 13 %.

Figure 12. Graphique en radar des sites évalués pour la dimension 3, Fluidité du cheminement de l'utilisateur



Interprétation des résultats

De 0 à 0,99 = Très insatisfaisant De 2 à 2,99 = Satisfaisant

De 1 à 1,99 = Insatisfaisant De 3 à 4 = Très satisfaisant

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. La Figure 13 présente les cotes de l'ensemble des sites évalués pour cette dimension.

Faits saillants et cote pour l'ensemble des sites

Pour cette dimension, la moyenne des réponses aux questions d'entrevue est passée d'un résultat jugé insatisfaisant à un résultat considéré comme satisfaisant entre les deux temps de mesure. Cette amélioration s'explique par l'augmentation des proportions d'utilisateurs jugeant facile l'accès aux services (67% au T0 et 78% au T1) et affirmant avoir un intervenant-pivot (63% au T0 et 79% au T1). Bien que le concept d'intervenant-pivot soit inconnu ou mal interprété pour plusieurs utilisateurs, ce dernier résultat est surprenant étant donné que seulement 48% des dossiers indiquent la présence d'un intervenant-pivot. Cette proportion est probablement sous-estimée puisque les évaluateurs n'ont dénombré que les intervenants-pivots identifiés comme tels dans le dossier. Il se pourrait donc que des utilisateurs aient un intervenant-pivot, mais que ce ne soit pas indiqué dans leur dossier clinique.

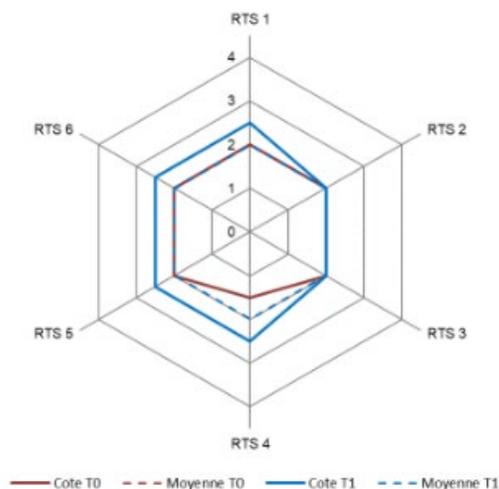
Pour l'ensemble des sites évalués, des proportions similaires d'irritants sont relevées par les utilisateurs (30%) et par les évaluateurs (37%). Par rapport au T0, ces deux résultats sont stables et ils sont classés comme satisfaisants. Les utilisateurs relèvent davantage l'absence de soutien lorsqu'ils accèdent aux services (19%), que le font les évaluateurs (10%). 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 utilisateurs sont, sans doute, plus représentatives de la réalité. De plus, plusieurs répondants ont signalé qu'ils connaissaient la marche à suivre pour obtenir des services et ils ont précisé que le problème se situe plutôt par rapport aux délais d'accès (dimension 6).

Cote moyenne : 2,0, résultat « Satisfaisant », 2,0 au T0.

Particularités des sites

- Le RTS 2 est celui où l'on trouve la plus forte proportion d'utilisateurs avec un intervenant-pivot, tant en ce qui a trait aux entrevues avec les utilisateurs (90 %) qu'au moment de la collecte des dossiers cliniques (64 %). Il se distingue aussi négativement de l'ensemble des sites évalués :
 - 60 % des utilisateurs affirment savoir quoi faire pour avoir accès aux services ;
 - 50 % des utilisateurs jugent que l'accès aux services est facile ;
 - 40 % des utilisateurs relèvent un manque de soutien au moment de l'accès aux services.
- Dans le RTS 1, aucun élément en lien avec un soutien insuffisant durant les services ou avec l'absence de soutien au moment de l'accès aux services a été relevé par les évaluateurs. Toutefois, ceux-ci ont relevé la présence d'un intervenant-pivot dans seulement 31 % des dossiers.
- L'ensemble des utilisateurs du RTS 4 affirme savoir quoi faire pour avoir accès aux services.

Figure 13. Graphique en radar des sites évalués pour la dimension 4, Accompagnement de l'utilisateur



Interprétation des résultats

De 0 à 0,99 = Très insatisfaisant De 2 à 2,99 = Satisfaisant

De 1 à 1,99 = Insatisfaisant De 3 à 4 = Très satisfaisant

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 services. En bref, elle cherche à savoir si des options de services ont été offertes à l'utilisateur et si les renseignements donnés par les intervenants sont clairs et complets, et s'ils lui permettent de participer pleinement au choix des services dont il a besoin. La Figure 14 présente les cotes de l'ensemble des sites évalués pour cette dimension.

Faits saillants et cote pour l'ensemble des sites

Les résultats aux questions d'entrevue atteignent le statut « Satisfaisant ». Près de 90 % des utilisateurs ont répondu favorablement à l'ensemble des questions. La proportion des utilisateurs qui estimaient avoir eu accès, à propos des services offerts, à de l'information claire, adaptée et facile à comprendre (91 %) est jugée « Très satisfaisante ».

La proportion des utilisateurs ayant relevé au moins un irritant a diminué de plus de la moitié par rapport au premier temps de mesure (48 % au T0 et 19 % au T1). Cette amélioration est occasionnée, notamment, par la diminution des utilisateurs qui ont mentionné un manque d'information sur les services reçus (27 % au T0 et 6 % au T1) et sur les autres services disponibles (21 % au T0 et 4 % au T1), ce qui est cohérent avec le résultat du paragraphe précédent à propos de l'accès à de l'information claire sur les services offerts.

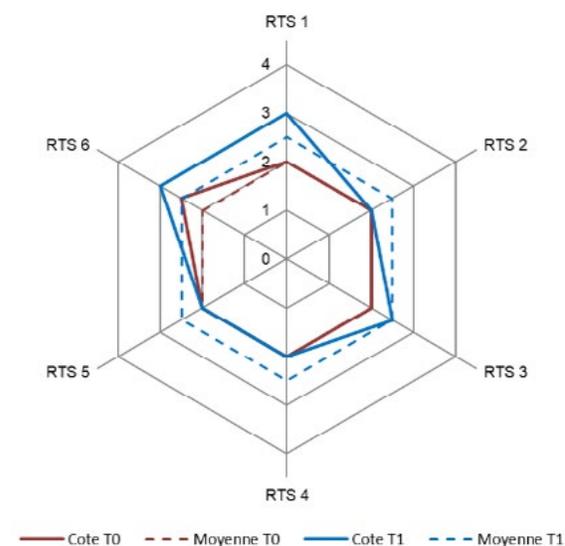
En ce qui concerne les plans d'intervention trouvés dans les dossiers des utilisateurs, seulement 49 % des dossiers CLSC en contenaient un. Ce résultat est plutôt stable entre les deux temps de mesure (39 % au T0) et il est classé « Insatisfaisant ». Les utilisateurs pour lesquels un plan d'intervention a été trouvé dans le dossier CR sont plus nombreux (64 %), mais leur proportion correspond toujours à un résultat « Insatisfaisant ». Et ce, d'autant plus qu'il représente une diminution par rapport au T0 (78 %). Par ailleurs, il est important de noter qu'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 requis.

Cote moyenne : 2,5, résultat « Satisfaisant », 2,0 au T0.

Particularités des sites

- Les RTS 1 et 6 se distinguent positivement par rapport aux autres sites évalués :
 - pour le RTS 1, un plan d'intervention est trouvé dans le dossier de l'ensemble des usagers qui ont reçu des services en CLSC¹⁶;
 - bien que ce soit un résultat jugé insatisfaisant, le RTS 6 se démarque, principalement, pour ses 63% d'usagers ayant un plan d'intervention dans le dossier CLSC, ce qui est supérieur à la moyenne de 49% pour l'ensemble des sites.
- Les RTS 2, 4 et 5 présentent des cotes légèrement inférieures à la moyenne, mais qui correspondent tout de même à des résultats satisfaisants :
 - les usagers des RTS 4 et 5 sont, proportionnellement, plus nombreux à avoir relevé au moins un irritant en lien avec cette dimension (respectivement 40% et 30%);
 - dans une proportion de 30%, les usagers du RTS 2 jugent ne pas avoir participé au moment de choisir les services rendus et, respectivement, 30% et 55% des dossiers CLSC et CR avaient un plan d'intervention;
 - seulement 33% des usagers du RTS 4 ont un plan d'intervention au CLSC, mais 73% en ont un au dossier CR, ce qui est le meilleur résultat parmi tous les sites évalués, bien qu'il soit classé comme insatisfaisant;
 - dans une proportion de 30%, les usagers du RTS 5 affirment ne pas avoir accès à de l'information claire, adaptée et facile à comprendre sur leur état ou leur situation.

Figure 14. Graphique en radar des sites évalués pour la dimension 5, Options de services disponibles pour l'utilisateur



Interprétation des résultats

De 0 à 0,99 = Très insatisfaisant De 2 à 2,99 = Satisfaisant
De 1 à 1,99 = Insatisfaisant De 3 à 4 = Très satisfaisant

16. Il importe toutefois de noter qu'en 2018, seulement 5 des 16 usagers de ce site ont reçu des services en CLSC.

Dimension 6 : Accessibilité aux services

La dimension 6 traite de la question de l'accessibilité, sous l'angle des délais tout autant que sous l'angle de l'économie. Ainsi, la planification des services et le recours à des services privés sont pris en considération. La Figure 15 présente les cotes de l'ensemble des sites évalués pour cette dimension.

Faits saillants et cote pour l'ensemble des sites

En moyenne, les résultats quantitatifs de cette dimension sont toujours jugés satisfaisants. Comme au T0, la grande majorité des usagers (98 %) juge que les services ont été donnés comme cela avait été convenu. La proportion des usagers ayant dû payer pour obtenir des services ou de l'équipement a légèrement diminué, passant de 37 % au T0 à 22 % au T1. Il est aussi intéressant de signaler la diminution des irritants en lien avec la planification des services : 28 % au T0 et 6 % au T1.

La moitié des usagers (52 %) a relevé un désagrément en lien avec cette dimension. Bien que cela corresponde à un résultat insatisfaisant, il s'agit d'une amélioration par rapport au T0 (80 %). L'élément le plus préoccupant a rapport à la longueur des délais d'accès. Bien qu'une amélioration soit notée entre les deux temps de mesure, cet enjeu est relevé par 41 % des usagers (64 % au T0) et il arrive en tête des problèmes éprouvés par les usagers pour toutes les dimensions confondues. Plusieurs usagers ont relevé la longueur des délais d'accès aux services, et jugent également que les délais entre les services sont déraisonnables.

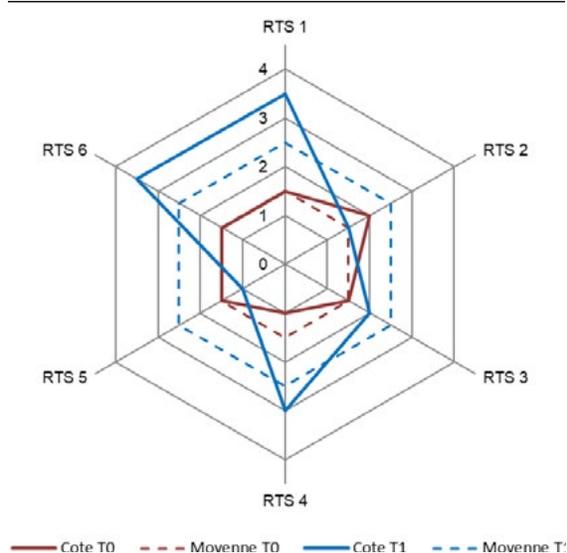
À la lumière de ces résultats et de ceux de la dimension 3, il semble que la mise en place des guichets d'accès unique a eu pour effet d'améliorer le suivi des demandes de services pour les usagers en attente, bien que des efforts soient encore à faire pour diminuer les délais d'accès aux services.

Cote moyenne : 2,5, résultat « Satisfaisant », 1,5 au T0.

Particularités des sites

- Trois sites (RTS 1, 4 et 6) se distinguent positivement des autres sites évalués. Les cotes globales qu'ils ont obtenues sont passées d'insatisfaisantes à très satisfaisantes :
 - l'ensemble des répondants des RTS 1 et 6 a répondu favorablement à toutes les questions quantitatives. Plus particulièrement, ces sites se distinguent par l'absence d'utilisateurs ayant dû payer pour obtenir des services ou de l'équipement ou ayant dû se priver de services pour des raisons économiques ;
 - les trois sites se démarquent par une plus faible proportion d'utilisateurs ayant relevé un irritant en lien avec la longueur des délais d'accès (respectivement 33 %, 20 % et 18 %, alors que le résultat pour l'ensemble des sites est de 41 %).
- Inversement, les RTS 2, 3 et 5 se distinguent négativement des autres sites évalués :
 - le RTS 2 présente la plus forte proportion d'utilisateurs qui ont mentionné la longueur des délais d'accès (70 %) et la privation d'un service (40 %) ;
 - le recours à des services au privé pour pallier les problèmes d'accès a été reconnu par seulement 4 % des utilisateurs, ce qui est peu, mais ceux-ci sont concentrés dans le RTS 2. Cela s'explique par le problème d'accès mentionné au point de forme précédent ;
 - dans le RTS 3, près de la moitié (44 %) des utilisateurs affirme avoir payé pour obtenir des services ou de l'équipement et plus de la moitié (56 %) signale la longueur des délais d'accès ;
 - 60 % des utilisateurs du RTS 5 ont affirmé avoir dû se priver de services pour des raisons économiques, ce qui est jugé très insatisfaisant, et 40 % ont mentionné la privation de matériel lié à la déficience de l'utilisateur.

Figure 15. Graphique en radar des sites évalués pour la dimension 6, Accessibilité aux services



Interprétation des résultats

De 0 à 0,99 = Très insatisfaisant De 2 à 2,99 = Satisfaisant
De 1 à 1,99 = Insatisfaisant De 3 à 4 = Très satisfaisant

Dimension 7 : Expérience de l'utilisateur au regard des services reçus

La dimension 7 couvre plusieurs aspects de l'expérience de l'utilisateur au regard des services obtenus. Par exemple, les questions étaient formulées de sorte que l'on puisse connaître la satisfaction globale des usagers à propos des services reçus au cours de l'année, du respect ressenti à leur égard par les intervenants et de l'implication à l'intérieur des services. La Figure 16 présente les cotes de l'ensemble des sites évalués pour cette dimension.

Faits saillants et cote pour l'ensemble des sites

Globalement, les résultats sont très positifs pour cette dimension. En effet, plus de 90 % des usagers ont répondu favorablement à chacune des questions d'entrevue, ce qui correspond à un résultat très satisfaisant. Par rapport au premier temps de mesure, on note une légère amélioration des résultats globaux en ce qui concerne la capacité des usagers à faire ce que les intervenants leur demandent et la satisfaction à propos des services reçus au cours de l'année.

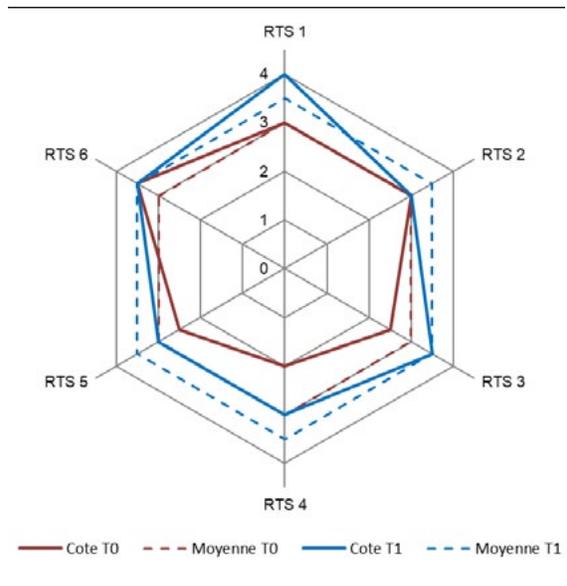
De plus, seulement 20 % des usagers ont mentionné un irritant. Bien que la proportion des usagers qui ont relevé un manque de compréhension, de la part des intervenants, au sujet de leur situation ait diminué entre les deux temps de mesure pour atteindre un résultat « Très satisfaisant » (32 % au T0 et 11 % au T1), cet élément est celui qui a été le plus souvent mentionné pour cette dimension.

Cote moyenne : 3,5, résultat « Très satisfaisant », 3.0 au T0.

Particularités des sites

- Le RTS 1 se distingue positivement des autres sites évalués :
 - il se démarque, notamment, en raison de la faible proportion d'utilisateurs qui ont déclaré un irritant (11 %);
 - de plus, l'ensemble de ses répondants a donné une réponse favorable à toutes les questions quantitatives.
- Trois sites (RTS 2, 4 et 5) présentent une cote légèrement inférieure à la moyenne des sites évalués, bien qu'elle soit jugée très satisfaisante :
 - ces trois sites présentent les plus fortes proportions d'utilisateurs qui ont relevé au moins un irritant;
 - dans une proportion de 20 %, les répondants du RTS 2 n'étaient pas satisfaits des services reçus au cours de l'année;
 - dans une proportion de 40 %, les répondants du RTS 4 ont mentionné un manque d'expertise chez un intervenant;
 - quant au RTS 5, 20 % des répondants estiment ne pas avoir été invités à participer à toutes les étapes des services reçus et 30 % ne se sentaient pas capables de faire ce que les intervenants demandaient.
- Il est aussi intéressant de signaler que les RTS 3 et 6 présentent également très peu d'utilisateurs qui ont soulevé un irritant : respectivement 11 % et 9 %.

Figure 16. Graphique en radar des sites évalués pour la dimension 7, Expérience de l'utilisateur au regard des services reçus

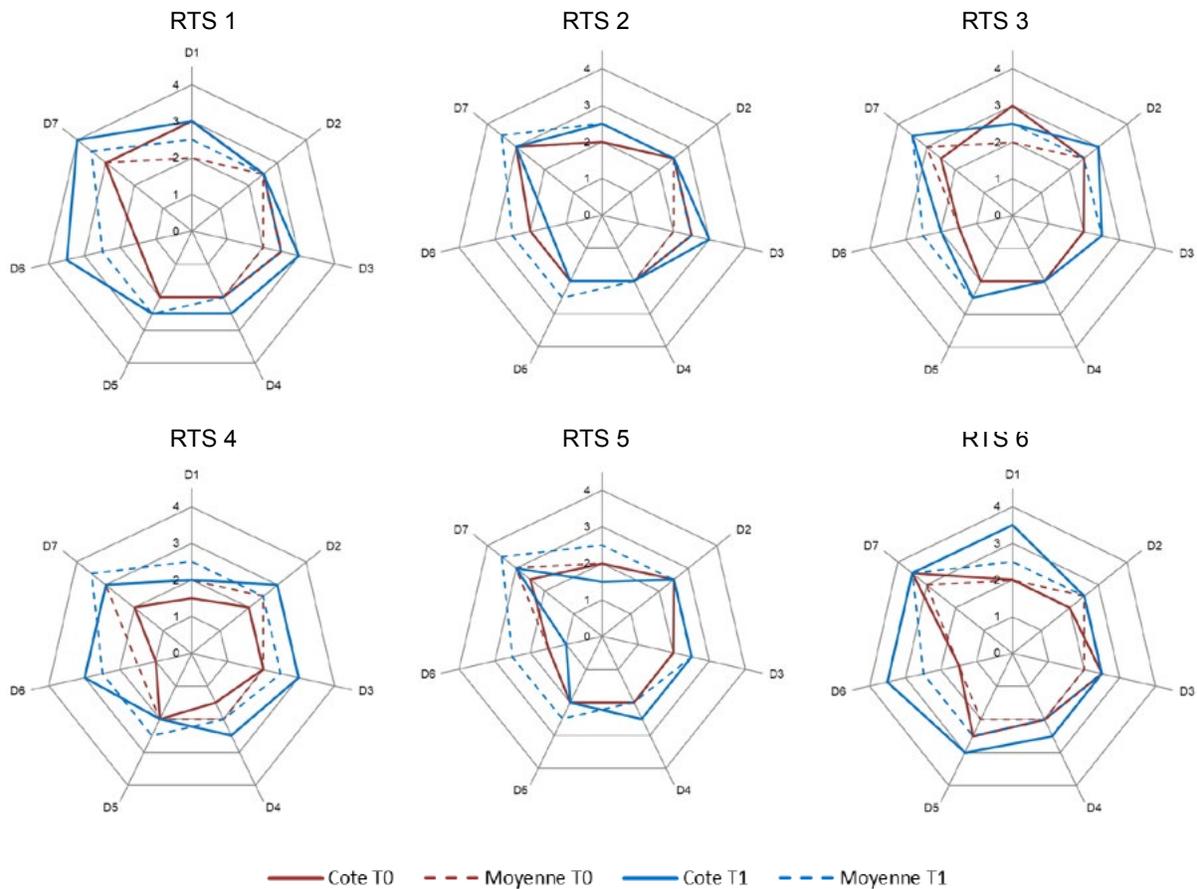


Interprétation des résultats

De 0 à 0,99 = Très insatisfaisant De 2 à 2,99 = Satisfaisant
De 1 à 1,99 = Insatisfaisant De 3 à 4 = Très satisfaisant

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

Figure 17. Graphiques en radar de tous les sites évalués, selon les dimensions vues de la perspective de l'utilisateur



Interprétation des résultats	Dimensions de la perspective de l'utilisateur
De 0 à 0,99 = Très insatisfaisant	D1: Transmission et utilisation de l'information clinique relative à l'utilisateur
De 1 à 1,99 = Insatisfaisant	D2: Besoins de l'utilisateur
De 2 à 2,99 = Satisfaisant	D3: Fluidité du cheminement de l'utilisateur
De 3 à 4 = Très satisfaisant	D4: Accompagnement de l'utilisateur
	D5: Options de services disponibles pour l'utilisateur
	D6: Accessibilité aux services
	D7: Expérience de l'utilisateur au regard des services reçus

4.3 Perspective de l'utilisateur par profil clinique

Les résultats de chacun des profils cliniques ont été calculés selon les dimensions vues de la perspective de l'utilisateur et les résultats détaillés sont présentés à l'Annexe 8. Les dimensions vues de la perspective de l'utilisateur sont les suivantes : transmission et utilisation de l'information clinique relative à l'utilisateur (D1), besoins de l'utilisateur (D2), fluidité du cheminement de l'utilisateur (D3), accompagnement de l'utilisateur (D4), options de services disponibles pour l'utilisateur (D5), accessibilité aux services (D6) et expérience de l'utilisateur au regard des services reçus (D7).

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

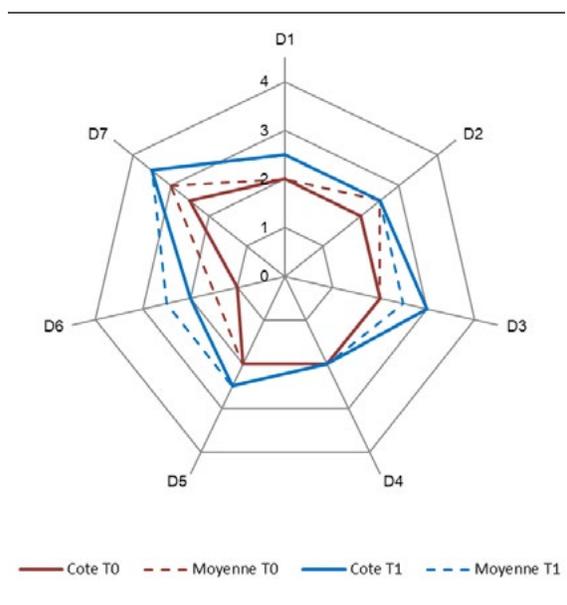
Tout d'abord, dans leur ensemble les sites ont recueilli le consentement pour quatre usagers TSA, ce qui porte le total à 24 usagers pour l'ensemble des sites évalués, et ce, pour les deux temps de mesure. Par ailleurs, 10 usagers n'ont pas fait l'entrevue (2 ont refusé et 8 n'ont pas été rejoints) en 2018. Toutes les entrevues téléphoniques ont été faites avec un proche de l'utilisateur.

Comme le montre la Figure 18, les résultats de l'année 2018 pour les usagers ayant un TSA sont semblables à ceux de l'ensemble des usagers dans cinq dimensions, alors qu'ils sont supérieurs pour la dimension 3 et inférieurs pour la dimension 6.

Pour la dimension 6, le faible résultat découle du fait que 43 % des usagers se sont privés de services¹⁷ pour des raisons économiques et que tous ces usagers ont aussi relevé un irritant en lien avec cette privation. De plus, 50 % des usagers mentionnent la longueur des délais pour accéder aux services.

Par rapport à l'année 2015, tous les résultats présentent une augmentation, excepté pour la dimension 4 où le résultat est demeuré stable. D'ailleurs, seulement 64 % des répondants affirment avoir un intervenant-pivot, ce qui est cohérent par rapport à la proportion trouvée, par les évaluateurs, dans les dossiers (63 %). De plus, c'est chez les usagers ayant un TSA qu'a été relevé le plus grand nombre d'insatisfactions en lien avec l'absence de soutien au moment d'accéder aux services : 25 % par rapport à 9 % pour l'ensemble des dossiers.

Figure 18. Graphique en radar des usagers ayant un TSA, pour les dimensions vues de la perspective de l'utilisateur



Interprétation des résultats

De 0 à 0,99 = Très insatisfaisant De 2 à 2,99 = Satisfaisant

De 1 à 1,99 = Insatisfaisant De 3 à 4 = Très satisfaisant

Globalement, les résultats suivants sont plus positifs pour les usagers ayant un TSA, comparativement à la moyenne des autres profils :

- la proportion des usagers qui jugent que leur évaluation ne portait pas uniquement sur leur déficience, mais également sur leur famille, leurs proches et leur environnement (D2) s'élève à 100 % ;
- le pourcentage des usagers qui ont une évaluation globale des besoins au dossier (D2) est de 83 % ;
- les évaluateurs ont relevé un plan d'intervention, dans les dossiers CR, pour 86 % des usagers (D5).

17. Les services nommés étaient, par exemple : l'équithérapie, l'activité physique, l'aide spécialisée, etc.

D'autres résultats plus faibles que la moyenne doivent être mentionnés :

- dans une proportion de 36 %, les répondants ayant un TSA ont relevé le caractère mal adapté d'une intervention, ce qui est cohérent avec la proportion des usagers (37 %) pour lesquels les besoins repérés dans les dossiers n'ont pas été satisfaits, selon les évaluateurs (D2);
- la proportion des dossiers cliniques qui présentent une fermeture de dossier à la suite d'une demande de service vers une autre installation s'élève à 21 % (D3).

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

Tout d'abord, tous les sites ont recueilli le consentement de deux à quatre usagers ayant une DL, pour un total de 21 usagers pour l'ensemble des sites évalués (22 au T0). Par ailleurs, 8 usagers n'ont pas fait l'entrevue (1 a refusé et 7 n'ont pas été rejoints) en 2018. Toutes les entrevues téléphoniques ont été faites avec un proche de l'utilisateur.

Comme le montre la Figure 19, les résultats de 2018 pour les usagers ayant une DL sont semblables à ceux de l'ensemble des usagers, dans le cas de quatre dimensions, alors qu'ils sont supérieurs dans le cas de la dimension 4 et inférieurs dans le cas des dimensions 1 et 6.

En ce qui concerne la dimension 1, le faible résultat s'explique par une forte proportion d'usagers qui ont dû répéter leur histoire (80%) et transmettre à des intervenants des papiers ou des documents (46%). Ce résultat est cohérent avec la forte proportion d'entre eux qui mentionne avoir été utilisée comme courroie de transmission de l'information clinique (54%) à son sujet. Cette dimension est aussi la seule qui présente une diminution par rapport aux résultats de l'année 2015, alors que toutes les autres ont augmenté.

Quant à la dimension 6, bien qu'aucun irritant ne soit particulièrement ressorti pour les usagers ayant une DL, la proportion d'entre eux qui en a soulevé au moins un (69%) est supérieure à celle de l'ensemble des usagers (52%).

Globalement, les résultats suivants sont plus positifs pour les usagers ayant une DL, comparativement à la moyenne des autres profils :

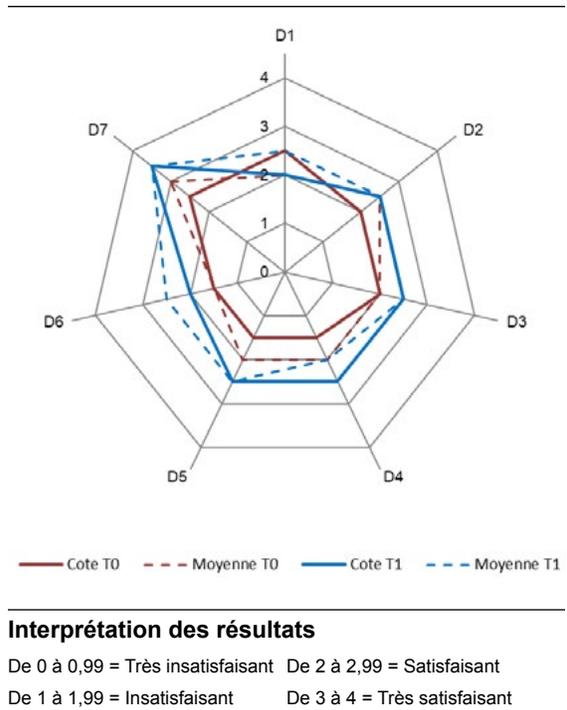
- bien qu'ils présentent la plus forte proportion d'usagers ayant relevé un irritant, seulement 15 % d'entre eux ont mentionné une quantité insuffisante de services reçus (D2) ;
- seulement 14 % des dossiers cliniques présentaient un bris dans la continuité relationnelle, ce qui correspond au résultat des entrevues téléphoniques avec les usagers. C'est d'ailleurs le seul type d'aspect relevé dans les dossiers par les évaluateurs qui n'ont pas noté de manque de soutien au moment de l'accès aux services, ni pendant ceux-ci (D4).

D'autres résultats plus faibles que la moyenne doivent être mentionnés :

- la proportion des dossiers cliniques qui présentaient une évaluation globale des besoins, bien que 77 % des usagers affirment avoir été évalués, s'élève à 57 % (D2) ;
- la proportion de répondants qui ont reçu un service en double ou qui ont dû remplir deux fois le même type de questionnaire (D3) est de 23 %.

Il est aussi intéressant de voir que 24 % des dossiers cliniques indiquent la présence d'un intervenant-pivot, alors que 85 % des usagers affirment avoir un intervenant-pivot. Cette incohérence pourrait s'expliquer par une sous-estimation des intervenants-pivots par les évaluateurs puisque ceux-ci n'ont dénombré que les intervenants-pivots identifiés comme tels dans le dossier. Il se pourrait donc que des usagers aient un intervenant-pivot, bien que sa présence ne soit pas indiquée dans leur dossier clinique (D4).

Figure 19. Graphique en radar des usagers ayant une DL, pour les dimensions vues de la perspective de l'utilisateur



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

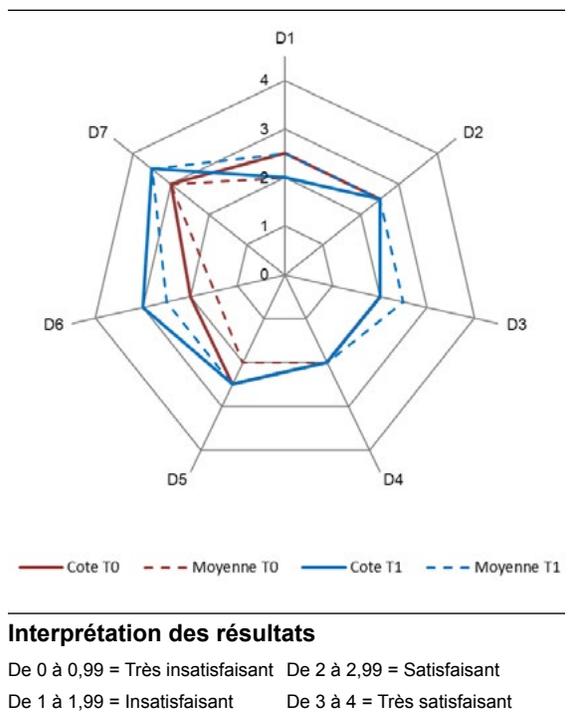
Tout d'abord, tous les sites ont recueilli le consentement de 2 à 4 usagers ayant une DI, pour un total de 22 usagers dans l'ensemble des sites évalués (23 au T0). Par ailleurs, en 2018, 12 usagers n'ont pas fait l'entrevue (3 ont refusé et 9 n'ont pas été rejoints). Les usagers recherchés devaient avoir eu un parcours socioprofessionnel au cours de l'année, ce qui s'est révélé le cas pour 13 d'entre eux (13 en 2015 aussi). Presque toutes les entrevues téléphoniques ont été faites avec un proche de l'utilisateur.

Comme le montre la Figure 20, les résultats de 2018 pour les usagers ayant une DI sont semblables à ceux de l'ensemble des usagers dans le cas de quatre dimensions, alors qu'ils sont supérieurs dans le cas de la dimension 6 et inférieurs dans celui des dimensions 1 et 3.

Pour la dimension 1, le faible résultat s'explique par les proportions élevées d'utilisateurs qui ont relevé au moins un irritant (60%), particulièrement en lien avec un manque de communication (30%). Cette dimension est également la seule qui présente une diminution par rapport aux résultats de l'année 2015, alors que les autres dimensions sont demeurées stables ou ont augmenté.

Quant à la dimension 3, la proportion des usagers ayant une DI qui ont relevé une rupture de services (30%) est supérieure à celle de l'ensemble des usagers (13%), ce qui est corroboré par les évaluateurs qui ont relevé une rupture de services dans 41% des dossiers. C'est aussi pour les usagers de ce profil qu'a été relevée la plus forte proportion (41%) d'irritants en lien avec un service spécifique donné par la mission CR.

Figure 20. Graphique en radar des usagers ayant une DL, pour les dimensions vues de la perspective de l'utilisateur



Globalement, les résultats suivants sont plus positifs pour les usagers ayant une DI, comparativement à la moyenne des autres profils :

- aucun usager n'a mentionné le caractère mal adapté d'une intervention (D2);
- les évaluateurs ont noté le double emploi, en ce qui concerne un questionnaire ou une évaluation, dans seulement 5% des dossiers cliniques (D2);
- la totalité des usagers sait quoi faire pour avoir accès aux services (D4);
- c'est aussi pour ces usagers qu'on trouve la plus forte présence d'intervenants-pivots, tant dans les entrevues avec les usagers (89%) que dans les dossiers cliniques (68%) (D4);
- aucun des répondants n'a été obligé de payer pour obtenir des services ou de l'équipement (D6).

Il importe de noter que, pour la plupart des usagers ayant une DI, 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 ce groupe d'utilisateurs.

D'autres résultats plus faibles que la moyenne doivent être mentionnés :

- la proportion d'usagers qui jugent que l'évaluation a porté sur leur famille, leurs proches et leur environnement (D2) s'élève à 50 % ;
- la proportion des usagers qui jugent que l'accès n'est pas facile (D4) est de 30 % ;
- les évaluateurs ont relevé un bris dans la continuité relationnelle ou un manque de soutien durant les services dans, respectivement, 36 % et 32 % des dossiers cliniques (D4) ;
- la proportion des usagers qui ont signalé l'absence de soutien au moment de l'accès aux services s'élève à 40 % (D4).

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

Tout d'abord, les sites, dans leur ensemble, ont recueilli le consentement de 4 usagers ayant une DM, pour un total de 24 usagers dans l'ensemble des sites évalués (23 au T0). Par ailleurs, en 2018, 7 usagers n'ont pas fait l'entrevue (2 ont refusé et 5 n'ont pas été rejoints). Toutes les entrevues téléphoniques ont été faites avec l'utilisateur. Les usagers recherchés devaient « idéalement » être amputés au moment des services, ce qui a été le cas pour seulement 3 d'entre eux (10 en 2015) : 19 usagers ont un profil neurologique (12 en 2015), dont 14 usagers ont eu un accident vasculaire cérébral (AVC) (3 en 2015), 4 sont atteints de sclérose en plaques (5 en 2015) et 1 souffre de la maladie de Parkinson.

Comme le montre la Figure 21, les résultats de 2018 sont semblables à ceux de l'ensemble des usagers dans le cas de quatre dimensions, alors qu'ils sont supérieurs pour les dimensions 1, 2 et 3. De plus, la dimension 4 est la seule qui est demeurée stable par rapport à 2015, alors que toutes les autres dimensions ont augmenté.

Globalement, les résultats suivants sont plus positifs pour les usagers ayant une DM, comparativement à la moyenne des autres profils :

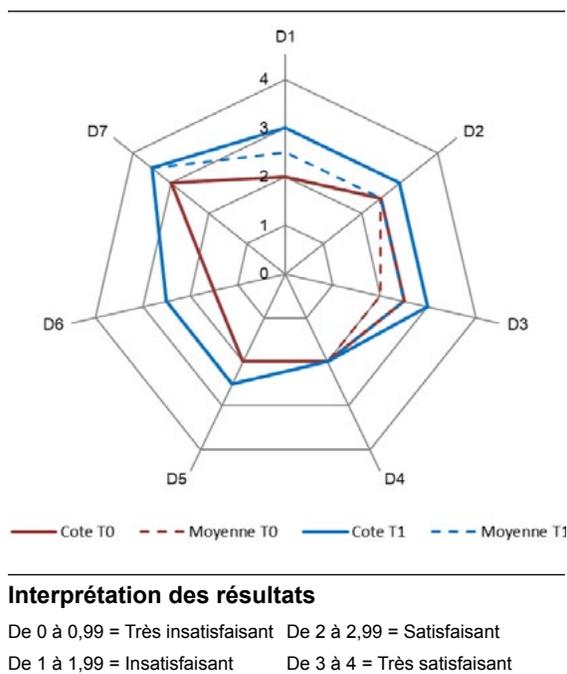
- aucun usager n'a été obligé de transmettre à des intervenants des papiers ou des documents et 18% ont dû répéter leur histoire. Cela explique que seulement 6% d'entre eux ont soulevé un irritant en lien avec la transmission et l'utilisation de l'information clinique relative à l'utilisateur (D1);
- 94% des usagers affirment avoir été évalués (D2);
- selon les évaluateurs, les besoins repérés ont été satisfaits dans le cas de 88% des usagers (D2);
- les évaluateurs ont relevé une rupture de services dans seulement 25% des dossiers cliniques (D3);
- seulement 12% des usagers affirment avoir été obligés de se priver de services pour des raisons économiques (D6);
- aucun usager n'a mentionné un manque de compréhension de sa situation de la part des intervenants (D7).

D'autres résultats plus faibles que la moyenne doivent être mentionnés :

- la proportion des usagers qui ont mentionné une quantité insuffisante de services reçus (D2) est de 35% ;
- la proportion des dossiers cliniques qui présentaient un double emploi en ce qui concerne un questionnaire ou une évaluation (D2) s'élève à 46% ;
- un plan d'intervention a été trouvé dans le dossier CR de seulement 43% des usagers ayant reçu des services dans ces milieux (D5).

Le quart des usagers ayant une DM (sclérose en plaques et Parkinson) sont dans une situation semblable à celle des usagers ayant une DI. Leur condition est connue et leur cas est suivi depuis un certain temps, tandis que, pour la majorité des autres usagers ayant une DM, leur situation a changé de manière draconienne en 2018 en raison des conséquences de leur nouvelle déficience motrice (amputation, AVC). Cependant, ces usagers se comparent difficilement aux autres profils, car leur parcours en ce qui concerne les soins a souvent débuté à l'hôpital avec des services très intensifs.

Figure 21. Graphique en radar des usagers ayant une DM, pour les dimensions vues de la perspective de l'utilisateur



4.4 Itinéraires de services par profil clinique

Dans le contexte de la mise en œuvre du RSI s'adressant aux personnes qui ont une déficience ou un TSA, chaque établissement avait, en principe, élaboré une ou plusieurs trajectoires de services, jugées optimales, pour ces usagers. Toutefois, même s'il existe une trajectoire de services bien définie, les usagers peuvent suivre des itinéraires différents.

Les itinéraires des usagers ont été reconstruits à partir des renseignements recueillis dans leurs dossiers cliniques. Cet exercice a été mené pour les services rendus en lien avec la déficience de l'utilisateur au cours de l'année 2018 seulement. L'objectif était de visualiser :

- l'attente entre la demande et le début de la prestation de services ;
- le volume de services reçus et les délais entre ces services ;
- la diversité des types de services rendus ;
- les ruptures de services ;
- le cheminement réel de l'utilisateur entre les milieux de soins (CR et CLSC).

Les données ont été traitées, puis transférées sous forme de graphiques à l'aide du logiciel Microsoft Excel pour Office 365. Au total, 91 itinéraires ont été produits. Ils ont été regroupés selon le profil clinique des usagers pour chaque site évalué. Les principaux constats tirés des itinéraires et un tableau de statistiques précèdent les graphiques.

Interprétation des tableaux

Les tableaux présentent, en premier lieu, les résultats propres au CLSC et au CR et, en second lieu, ils présentent les résultats pour l'ensemble des deux (résultat global). On trouve d'abord le nombre d'utilisateurs qui ont reçu, au moins, un PI ou une évaluation au cours de l'année, puis le nombre total de PI et d'évaluations répertoriés. Pour chaque type de service présenté, la section « Attente » présente le nombre d'utilisateurs qui ont été en attente d'un premier service de ce type au cours de l'année, puis le délai d'attente de ces utilisateurs. La section « Service » présente le nombre d'utilisateurs qui ont reçu au moins un service de ce type (le nombre de personnes toujours en attente à la fin de l'année est entre parenthèses), le nombre moyen de services que ces personnes ont reçus et le délai moyen entre ces services. Pour plus de détails, il faut se reporter à l'Annexe 2.

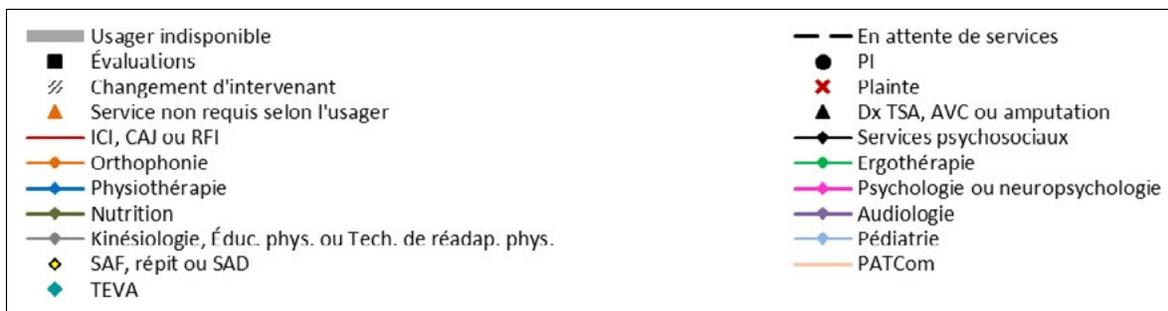
Interprétation des graphiques

Chaque bande (grise ou blanche) du graphique présente l'itinéraire d'un utilisateur tout au long de l'année 2018. Les éléments dans le haut de la bande concernent le CR, alors que ceux dans le bas de la bande concernent le CLSC. Lorsqu'un utilisateur n'est pas disponible pour une période déterminée, la bande correspondant à cette période est colorée en gris foncé. Chaque service rendu ou événement survenu est représenté par un point :

- les losanges : un suivi ou une intervention ;
- les carrés : une évaluation ;
- les cercles : un plan d'intervention ;
- les points hachurés : un changement d'intervenant ;
- les triangles noirs : la date du diagnostic ou, dans le cas de certains utilisateurs du profil « déficience motrice », la date de l'événement (amputation ou AVC) ;
- les triangles de couleur orange : lorsque l'utilisateur refuse le service offert ;
- les « X » en rouge : lorsqu'une plainte est mentionnée dans le dossier.

Les points sont reliés par des lignes pour mieux visualiser le parcours d'un milieu de soins à l'autre. Les lignes pointillées représentent l'attente pour l'obtention d'un service. La couleur des points et des lignes indique la nature du service rendu (voir la légende du graphique pour plus de précision). Le noir symbolise les services psychosociaux, de nature plus habituelle, qui ont été rendus par des intervenants exerçant les professions suivantes : travail social, psychoéducation et éducation spécialisée.

Figure 22. Légende des itinéraires



Constats généraux, tous profils cliniques confondus

- Les changements d'intervenant sont beaucoup plus importants dans les CR que dans les CLSC (respectivement 42 et 17 changements d'intervenant répertoriés dans l'ensemble des dossiers cliniques). Cet écart est cohérent avec les volumes de services rendus dans ces milieux, c'est-à-dire que le volume de services rendus en CR est beaucoup plus élevé qu'en CLSC.
- Au total, cinq plaintes ont été formulées. Les raisons évoquées étaient :
 - l'insatisfaction par rapport au soutien reçu par un parent ;
 - la difficulté d'accès aux services spécialisés ;
 - le déficit des heures rendues par rapport aux heures prévues ;
 - les nombreux changements d'intervenant ;
 - l'insatisfaction par rapport à une intervenante offrant des soins.
- La proportion des usagers qui ont reçu une évaluation, au moins, au cours de l'année s'élève à 74,7 % et la même proportion a reçu, au moins, un plan d'intervention¹⁸.
- Pour les services psychosociaux, il semble que l'intensité des soins et services soit similaire entre les CLSC et les CR pour les usagers des profils DL et DM. Quant aux usagers des profils TSA et DI, l'intensité des soins et services est plus forte en CR, c'est-à-dire qu'un plus fort volume de services est observé et que des délais plus courts entre les services sont notés¹⁹.
- En moyenne, l'ensemble des usagers a reçu un total de 31,6 services¹⁹ au cours de l'année, excepté pour ceux du profil DI qui ont plutôt reçu un total de 20,3 services.
- Dans quelques cas, il semble que les services spécifiques prennent fin lorsque les services spécialisés débutent.

18. Les évaluations et les plans d'interventions menés à l'intérieur des services d'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) ne sont pas considérés dans le calcul de ces pourcentages.

19. Les services de SAF ou de répit, de centre d'activités de jour (CAJ), d'URFI et d'intervention comportementale intensive (ICI) ne sont pas inclus dans les volumes de soins et services rendus ni dans les délais entre les services.

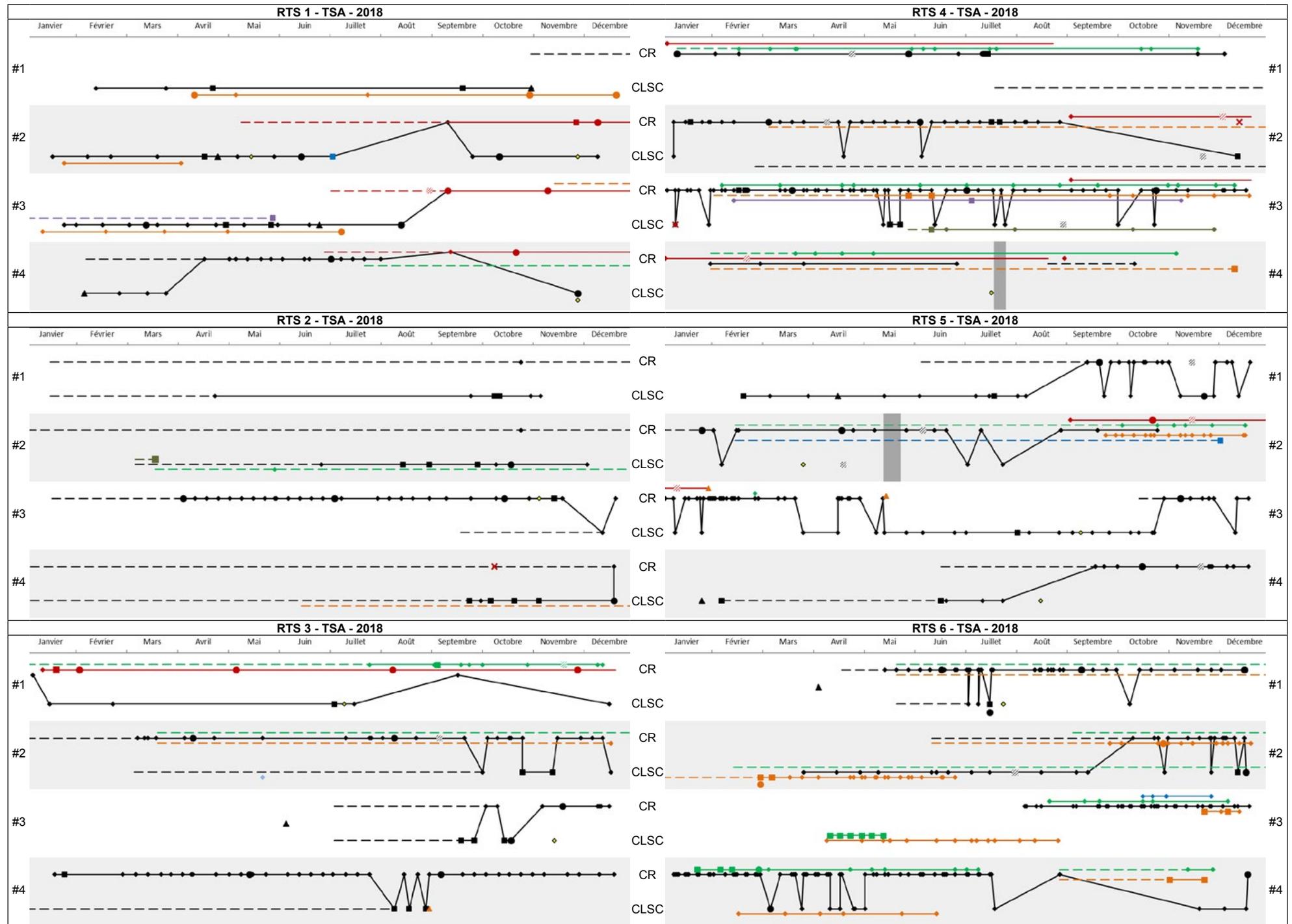
Usagers âgés de 0 à 5 ans présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) – principaux constats :

- Des 24 usagers de ce profil, 10 ont reçu du SAF.
- Dix usagers ont reçu des services de type ICI. Parmi ceux-ci, 3 ont été en attente pendant 90 jours en moyenne.
- Un seul usager n'a pas été évalué au cours de l'année et trois n'ont pas eu de PI.
- En ce qui concerne les services psychosociaux, l'ergothérapie et l'orthophonie, le délai d'accès moyen à un premier service dépasse les quatre mois d'attente dans les deux milieux. Il importe de noter que plusieurs RTS se trouvaient alors en situation de restructuration à la suite de la mise en place d'un nouveau guichet d'accès unique.
- Pour les services psychosociaux, l'intensité des services dispensés est plus forte en CR qu'en CLSC puisque le nombre moyen de services reçus y est plus élevé (19,8 contre 7,9) et que le délai moyen entre les services y est plus court (9 jours contre 29 jours).
- Dix usagers ont eu accès à des services d'orthophonie. Ceux-ci ont reçu, en moyenne, 9,5 services à intervalle de 16 jours.
- Huit usagers ont eu accès à des services d'ergothérapie. Ceux-ci ont reçu en moyenne 8,9 services à intervalle de 22 jours.
- Des services de nutrition, de physiothérapie, d'audiologie ou de pédiatrie ont été relevés pour cinq usagers en CLSC.
- Des services de physiothérapie ou d'audiologie ont été relevés pour trois usagers en CR.
- Globalement, les 24 usagers ont reçu une moyenne de 33,5 services au cours de l'année 2018, tous types de services confondus.

Tableau 4. Statistiques itinéraires – Usagers âgés de 0 à 5 ans présentant un TSA

			CLSC	CR	Global
Évaluation		Nombre d'usagers	18	11	23
		Nombre total	45	24	69
PI		Nombre d'usagers	12	18	21
		Nombre total	18	37	55
Services psychosociaux	Attente	Nombre d'usagers	11	15	18
		Délai d'accès moyen	>173	>144	-
		Min et max (en jours)	43 à 341	15 à >460	-
	Service	Nombre d'usagers	21 (+1 en attente)	23 (+1 en attente)	24
		Nombre moyen de services	7,9	19,8	25,8
		Min et max	1 à 21	1 à 60	5 à 71
	Délai moyen entre services (en jours)	29	9	10	
Orthophonie	Attente	Nombre d'usagers	2	8	9
		Délai d'accès moyen	>129	>179	-
		Min et max (en jours)	>59 à >199	>47 à 315	-
	Service	Nombre d'usagers	6 (+1 en attente)	7 (+3 en attente)	10 (+3 en attente)
		Nombre moyen de services	8,7	6,1	9,5
		Min et max	2 à 20	1 à 15	1 à 32
	Délai moyen entre services (en jours)	19	12	16	
Ergothérapie	Attente	Nombre d'usagers	2	9	10
		Délai d'accès moyen	>304	>165	-
		Min et max (en jours)	>287 à >321	37 à 299	-
	Service	Nombre d'usagers	1 (+2 en attente)	8 (+4 en attente)	8 (+5 en attente)
		Nombre moyen de services	6	8,1	8,9
		Min et max	-	1 à 13	1 à 13
	Délai moyen entre services (en jours)	6,4	24	22	
Total – Service		Nombre d'usagers	22	23	24
		Nombre moyen de services	10,5	24,8	33,5
		Min et max	1 à 36	1 à 82	7 à 97

Figure 23. Itinéraires – Usagers âgés de 0 à 5 ans présentant un TSA



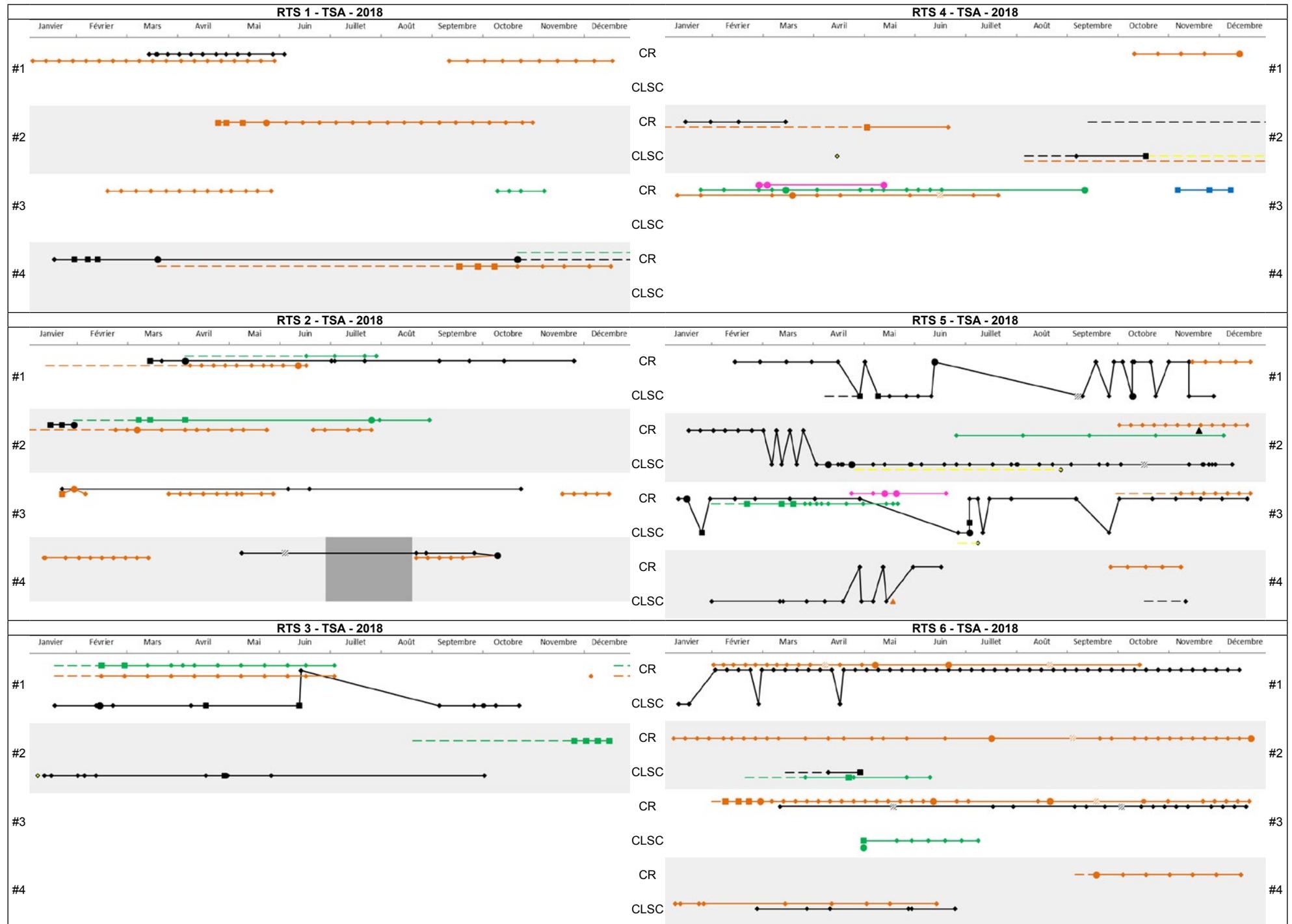
Usagers âgés de 0 à 12 ans présentant une déficience du langage (DL) – principaux constats

- Des 21 usagers de ce profil, 4 ont reçu du SAF.
- Treize usagers ont reçu une évaluation au cours de l'année et 16 usagers ont reçu un plan d'intervention.
- Le délai d'accès moyen à un premier service varie grandement entre les milieux de soins et les types de services, allant de 26 jours à plus de 146 jours d'attente.
- Pour les services psychosociaux, l'intensité des services dispensés est similaire en CLSC et en CR: le nombre moyen de services reçus est d'environ 10 et le délai moyen entre les services est approximativement de 17 jours.
- Vingt usagers ont eu accès à des services d'orthophonie. Ceux-ci ont reçu, en moyenne, 14 services à intervalle de 11 jours. Il importe de noter qu'un seul usager a reçu des services d'orthophonie en CLSC.
- Dix usagers ont eu accès à des services d'ergothérapie. Ceux-ci ont reçu, en moyenne, 7,4 services à intervalle de 16 jours.
- Des services de physiothérapie et de psychologie ont été relevés pour deux usagers en CR.
- Seulement 52 % des usagers ont reçu des services dans les deux milieux de soins.
- Globalement, les 21 usagers ont reçu une moyenne de 29,5 services au cours de l'année 2018, tous types de services confondus.

Tableau 5. Statistiques itinéraires – Usagers âgés de 0 à 12 ans présentant une DL

			CLSC	CR	Global
Évaluation		Nombre d'usagers	7	11	13
		Nombre total	11	37	48
PI		Nombre d'usagers	5	14	16
		Nombre total	6	24	30
Services psychosociaux	Attente	Nombre d'usagers	4	2	5
		Délai d'accès moyen	26	>88,5	-
		Min et max (en jours)	21 à 31	>69 à >108	-
	Service	Nombre d'usagers	10	14	17
		Nombre moyen de services	9,8	11,1	14,9
		Min et max	2 à 34	1 à 46	2 à 50
	Délai moyen entre services (en jours)	18	16	15	
Orthophonie	Attente	Nombre d'usagers	1	8	8
		Délai d'accès moyen	>146	>70	-
		Min et max (en jours)	-	8 à 181	-
	Service	Nombre d'usagers	1 (+1 en attente)	20	20
		Nombre moyen de services	9	13,6	14
		Min et max	-	8 à 181	2 à 31
	Délai moyen entre services (en jours)	20	11	11	
Ergothérapie	Attente	Nombre d'usagers	1	6	7
		Délai d'accès moyen	36	>54,5	-
		Min et max (en jours)	-	21 à 97	-
	Service	Nombre d'usagers	2	8 (+1 en attente)	10 (+1 en attente)
		Nombre moyen de services	6	7,8	7,4
		Min et max	5 à 7	4 à 14	4 à 14
	Délai moyen entre services (en jours)	14,4	16	16	
Total – Service		Nombre d'usagers	11	21	21
		Nombre moyen de services	10,8	23,8	29,5
		Min et max	2 à 34	4 à 61	5 à 65

Figure 24. Itinéraires – Usagers âgés de 0 à 12 ans présentant une DL



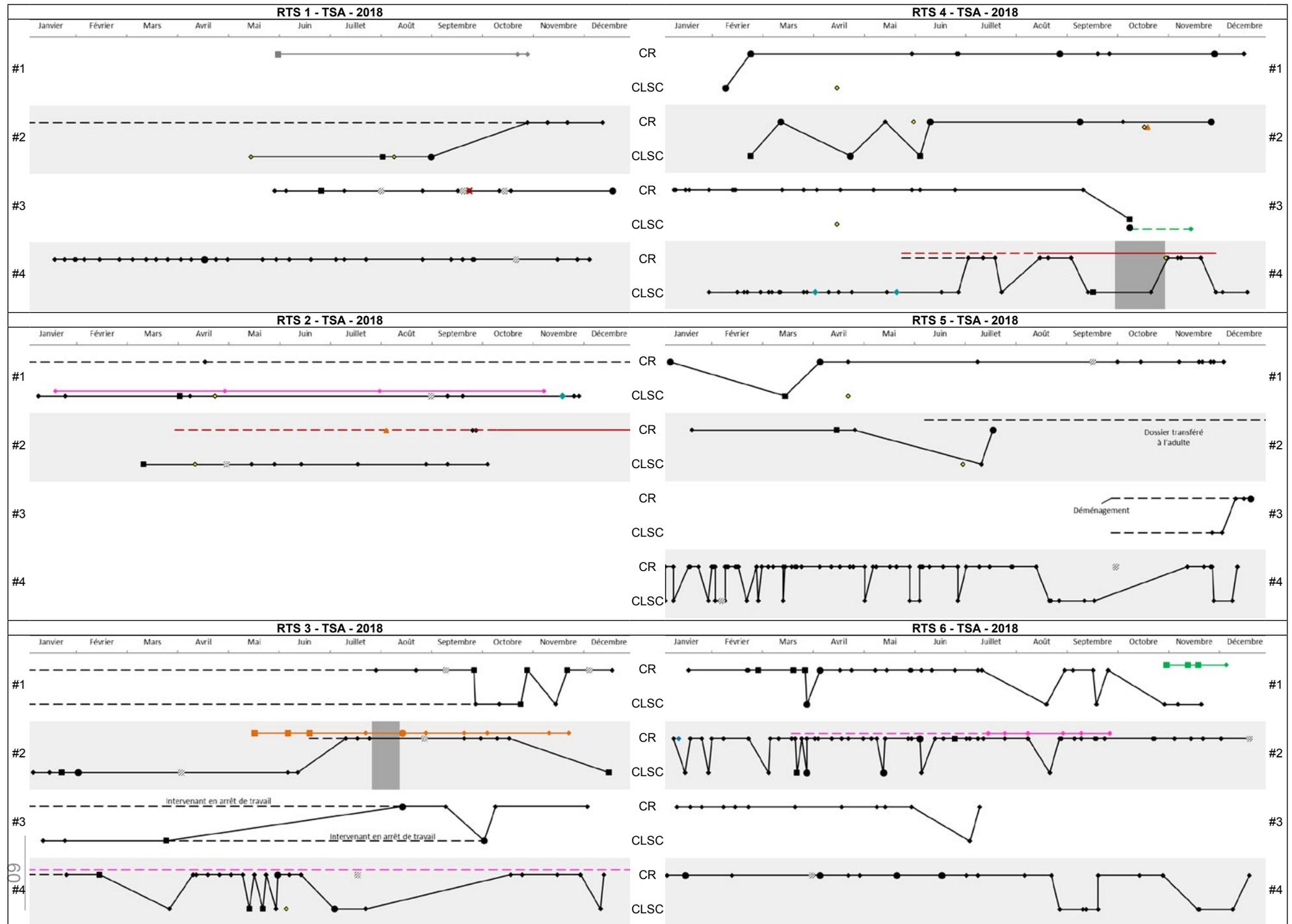
Usagers âgés de 18 à 22 ans présentant une déficience intellectuelle (DI) – principaux constats

- Des 22 usagers de ce profil, 10 ont reçu du SAF.
- Deux usagers ont reçu le service d'activités de jour. Ceux-ci ont été en attente de ce service pendant 84 et 194 jours.
- Deux usagers ont participé à la démarche TÉVA.
- Seize usagers ont reçu une évaluation au cours de l'année et 15 ont reçu un plan d'intervention.
- Le délai d'accès moyen à un premier service pour les services psychosociaux est de près de six mois en CLSC et il dépasse les huit mois d'attente en CR.
- Pour les services psychosociaux, l'intensité des services dispensés est plus forte en CR qu'en CLSC puisque le nombre moyen de services reçus est plus élevé (14,0 contre 6,4) et que le délai moyen entre les services est plus court (15 jours contre 28 jours).
- Des services d'ergothérapie et de psychiatrie ont été relevés pour deux usagers en CLSC.
- Des services d'ergothérapie, de psychologie, de kinésiologie et d'orthophonie ont été relevés pour quatre usagers en CR.
- La proportion des usagers qui ont reçu des services dans les deux milieux de soins s'élève à 82 %.
- Globalement, les 22 usagers ont reçu une moyenne de 20,3 services au cours de l'année 2018, tous types de services confondus.

Tableau 6. Statistiques itinéraires – Usagers âgés de 18 à 22 ans présentant une DI

			CLSC	CR	Global
Évaluation	Nombre d'usagers		12	8	16
	Nombre total		15	17	32
PI	Nombre d'usagers		9	13	15
	Nombre total		10	22	32
Services psychosociaux	Attente	Nombre d'usagers	2	7	7
		Délai d'accès moyen	175	>240	-
		Min et max (en jours)	61 à 289	22 à 593	-
	Service	Nombre d'usagers	19	21	21
		Nombre moyen de services	6,4	14,0	19,8
		Min et max	1 à 24	1 à 52	5 à 73
	Délai moyen entre services (en jours)	28	15	14	
Total – Service	Nombre d'usagers		19	22	22
	Nombre moyen de services		6,8	14,5	20,3
	Min et max		1 à 26	1 à 53	3 à 73

Figure 25. Itinéraires – Usagers âgés de 18 à 22 ans présentant une DI



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

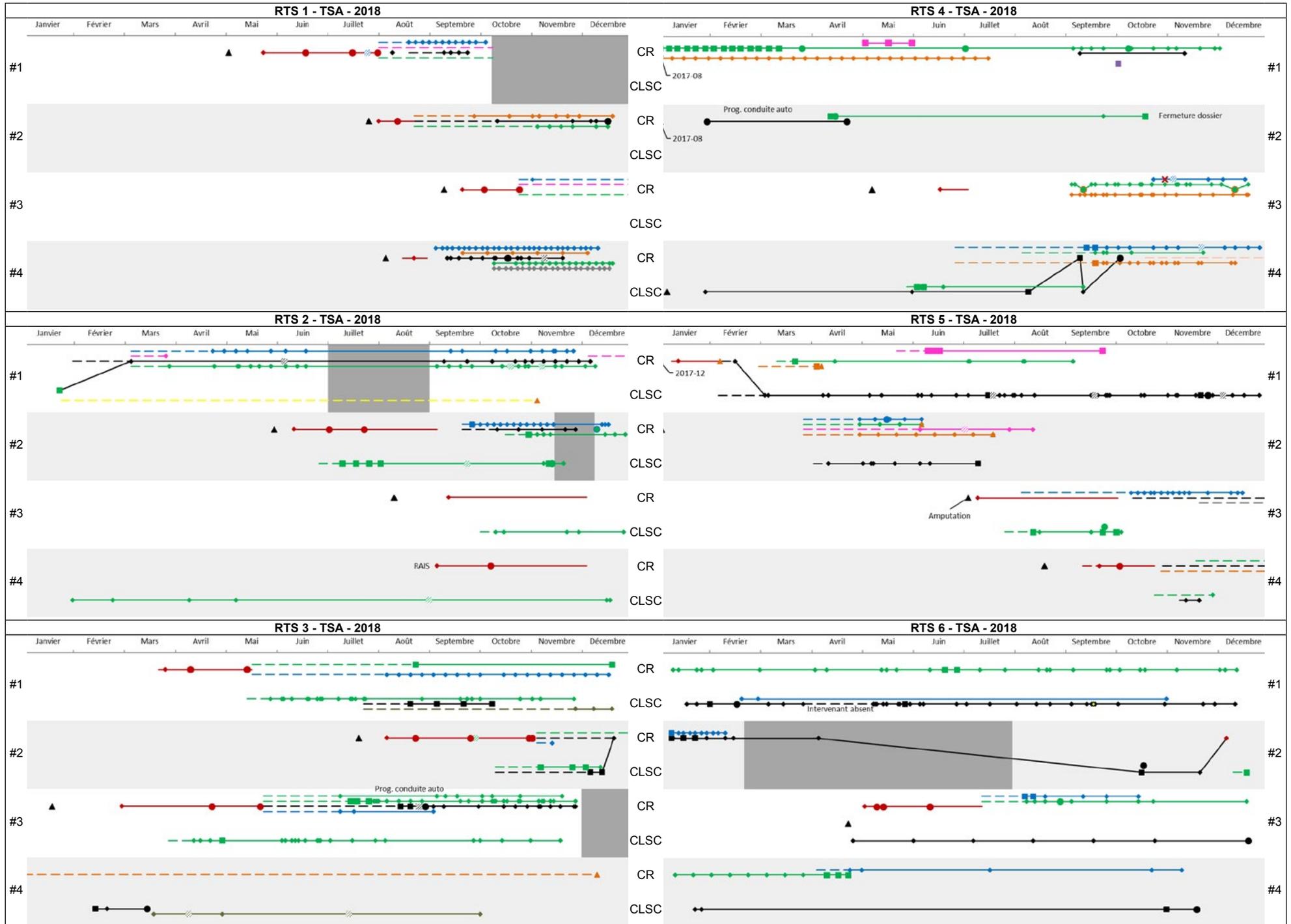
- Des 24 usagers de ce profil, 15 ont reçu des services de l'URFI²⁰. La durée moyenne de séjour à l'URFI est de 55,9 jours, allant de 8 à 90 jours.
- Seize usagers ont eu une évaluation au cours de l'année et 16 ont reçu un plan d'intervention. Il importe de noter que seules les évaluations et les PI menés en dehors de l'URFI sont considérés dans l'analyse des itinéraires.
- Le délai d'accès moyen à un premier service est de moins d'un mois pour les services rendus en CLSC, alors qu'il est de plus d'un mois et demi en CR (tous types de services confondus).
- Pour les services psychosociaux, l'intensité des services dispensés est similaire en CLSC et en CR : le nombre moyen de services reçus est d'environ 7,6 et le délai moyen entre les services est approximativement de 16 jours.
- Sept usagers ont eu accès à des services d'orthophonie. Ceux-ci ont reçu, en moyenne, 12,4 services à intervalle de 8 jours. Tous ces services ont été rendus en CR.
- Le nombre d'usagers qui ont eu accès à des services d'ergothérapie s'élève à 21. Ces usagers ont reçu, en moyenne, 14,0 services à intervalle de 9 jours.
- Seize usagers ont eu accès à des services de physiothérapie. Ceux-ci ont reçu, en moyenne, 10,0 services à intervalle de 8 jours. Un seul de ces usagers a reçu ses services au CLSC.
- Des services de nutrition ont été relevés pour deux usagers en CLSC.
- Des services de psychologie, d'éducation physique et d'audiologie ont été relevés pour cinq usagers en CR.
- Globalement, les 24 usagers ont reçu une moyenne de 31,6 services au cours de l'année 2018, tous types de services confondus.

20. Les évaluations, les plans d'intervention et les services rendus au cours du séjour à l'URFI ne sont pas inclus dans les services dénombrés au Tableau 7.

Tableau 7. Statistiques itinéraires – Usagers âgés de 45 à 65 ans présentant une DM

		CLSC	CR	Global	
Évaluation	Nombre d'usagers	13	11	16	
	Nombre total	32	54	86	
PI	Nombre d'usagers	8	10	16	
	Nombre total	8	15	23	
Services psychosociaux	Attente	Nombre d'usagers	6	9	12
		Délai d'accès moyen	28	>45	-
		Min et max (en jours)	4 à 57	8 à 82	-
	Service	Nombre d'usagers	12	12 (+2 en attente)	19
		Nombre moyen de services	8,9	6,3	9,6
Min et max		1 à 36	1 à 15	2 à 37	
Délai moyen entre services (en jours)	17	14	16		
Orthophonie	Attente	Nombre d'usagers	0	5	5
		Délai d'accès moyen	-	>50	-
		Min et max (en jours)	-	34 à 84	-
	Service	Nombre d'usagers	0	7 (+1 en attente)	7
		Nombre moyen de services	-	12,4	12,4
Min et max		-	1 à 28	1 à 28	
Délai moyen entre services (en jours)	-	8	8		
Ergothérapie	Attente	Nombre d'usagers	9	13	16
		Délai d'accès moyen	16	>46	-
		Min et max (en jours)	6 à 35	11 à 98	-
	Service	Nombre d'usagers	11	15 (+4 en attente)	21
		Nombre moyen de services	7,6	14,0	14,0
Min et max		1 à 24	2 à 36	1 à 58	
Délai moyen entre services (en jours)	15	11	11		
Physiothérapie	Attente	Nombre d'usagers	0	12	12
		Délai d'accès moyen	-	>42	-
		Min et max (en jours)	-	6 à 81	-
	Service	Nombre d'usagers	1	15	16
		Nombre moyen de services	3	10,5	10,0
Min et max		-	1 à 29	1 à 29	
Délai moyen entre services (en jours)	128	8	9		
Total – Service	Nombre d'usagers	17	20	24	
	Nombre moyen de services	11,8	28,0	31,6	
	Min et max	2 à 36	1 à 86	1 à 86	

Figure 26. Itinéraires – Usagers âgés de 45 à 65 ans présentant une DM



5. Pistes d'amélioration et recommandations

La section qui suit synthétise les constats présentés précédemment et formule des recommandations issues de l'analyse croisée à partir de la perspective organisationnelle et de la perspective de l'utilisateur. Cette dernière porte sur les données issues de la lecture des dossiers cliniques des usagers et des entrevues auprès de ceux-ci. 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, pour faciliter la lecture et, principalement, 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 l'angle de la dimension organisationnelle que les recommandations sont élaborées.

Les constats et les recommandations qui suivent ont pour principal but de soutenir l'amélioration des soins et services pour les usagers ayant une DP, une DI ou un TSA. Elles cherchent également à fournir des pistes d'action pour faire contrepoids aux lacunes organisationnelles en matière d'intégration des services.

Tableau 8. Constats et recommandations pour le MSSS et les établissements

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

Constats

- 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 et notes manquantes dans les dossiers ;
- Rigidité de SIPAD pour bien identifier l'intervenant-pivot ;
- Difficulté d'accès aux bases de données, à l'information clinique, à la prise en charge et aux dossiers des usagers ;
- Répétition fréquente de leur histoire par les usagers ;
- Les dossiers des usagers, les notes et les formulaires ne sont pas uniformisés et intégrés au sein d'un même territoire ;
- Le classement des dossiers dans les archives et leur lien avec le logiciel OASIS sont difficiles ;
- Difficultés éprouvées par les partenaires lors des références et du transfert d'information clinique.

Recommandations issues de l'analyse des deux perspectives pour le MSSS :

- Que le MSSS mette en place des mécanismes qui facilitent le jumelage des bases de données, notamment I-CLSC et SIPAD, ou qu'il mette en place une solution informatique unique.
- Que le MSSS améliore les systèmes d'information de façon à harmoniser, simplifier et faciliter la codification et à permettre de préciser les informations consignées dans les dossiers des usagers.

Recommandation issue de l'analyse des deux perspectives pour les établissements :

- Que les établissements, en considérant les enjeux de confidentialité et d'autorisation d'accès aux données des usagers, poursuivent la mise 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 avec l'aide du service des archives.

Actions prioritaires pour les établissements :

- Faciliter le processus de référence pour les partenaires ainsi que le transfert d'information clinique avec eux.
- Arrimer les équipes des ressources informationnelles pour appuyer les équipes DP, DI-TSA.
- Intégrer et uniformiser les dossiers des usagers, les notes et les formulaires au sein d'un même territoire.
- Encourager la prise de notes électroniques ou numérisées et diminuer les notes manuscrites.
- Augmenter ou faciliter l'accès aux outils informatiques (tablette, ordinateur, jeton d'accès à Internet, WiFi) pour les intervenants.

Dimension 2 : Culture organisationnelle et leadership

Constats

- Les mentalités, priorités, visions et façons de faire varient dans un même territoire ;
- Perte de repères depuis la réorganisation et thème de l'intégration pas assez clair ;
- Insuffisance des liens interprogrammes et avec les partenaires ;
- La transmission de l'information sur l'intégration des services n'est pas optimale ;
- Les intervenants et les partenaires ne sont pas suffisamment impliqués dans les décisions prises.

Actions prioritaires pour les établissements :

- Clarifier le thème de l'intégration des services et améliorer la transmission de l'information sur la réorganisation pour que les intervenants puissent se l'approprier facilement et s'identifier davantage à leur CISSS ou CIUSSS.
- Faciliter les liens interprogrammes afin d'offrir des services selon les besoins des usagers plutôt que selon leur diagnostic.
- Poursuivre la création de liens avec les partenaires notamment en offrant de la formation sur le partenariat aux gestionnaires et aux chefs de programme et en organisant des rencontres entre ces acteurs.
- Impliquer davantage les intervenants dans les décisions prises et leur offrir un meilleur soutien.
- Informer, impliquer et mobiliser davantage les partenaires en vue de développer une vision et un langage communs.
- Arrimer les mentalités, les priorités, les visions et les façons de faire dans un même territoire.
- Aider les intervenants à reprendre leurs repères afin qu'ils sachent à qui s'adresser au sein de l'organisation et qu'ils aient un soutien technique et administratif dans leurs fonctions.

Dimension 3 : Engagement à offrir des services intégrés

Constats

- Désuétude et connaissance limitée du Plan d'accès qui se résume aux délais d'accès ;
- Mise en place partielle des mécanismes du réseau de services intégrés, notamment :
 - intervenant-pivot ;
 - plan d'intervention ;
 - guichet d'accès unique ;
 - évaluation globale des besoins.
- L'accès aux services est jugé difficile par les usagers ;
- Nombreux problèmes en lien avec la quantité des services offerts relevés par les usagers ;
- Cogestion médicale à mettre en place ou à travailler ;
- Collaboration avec les partenaires à travailler.

Recommandations issues de l'analyse des deux perspectives pour le MSSS :

- Que le MSSS révise le Plan d'accès et renforce sa compréhension et son application.
- Que le MSSS formule des orientations au RSSS quant à un outil d'évaluation globale des besoins qui a du sens cliniquement et qui est adapté aux besoins des usagers.

Recommandations issues de l'analyse des deux perspectives pour les établissements :

- Que la notion d'intervenant-pivot soit clarifiée, qu'il soit clairement identifié au dossier de l'utilisateur et pallier son absence ainsi que l'absence d'intervenant-pivot réseau et, surtout, de coordonnateur clinique.
- Que le PI soit cliniquement pertinent, que tous les usagers en aient un et que les usagers et leurs proches y participent, de même que les partenaires impliqués au dossier.
- Que la fonctionnalité et la performance du guichet d'accès unique soient améliorées.

Actions prioritaires pour les établissements :

- S'assurer d'une compréhension commune des mécanismes du RSI.
- Mettre en place ou retravailler la cogestion médicale.
- Poursuivre l'amélioration de la relation et de la collaboration avec les partenaires, notamment en concluant des ententes avec eux.

Dimension 4 : Organisation clinique

Constats

- Persistance du travail en silo;
- Rôles et responsabilités flous entre les services spécifiques et les services spécialisés;
- Collaboration intermissions et interprogrammes à travailler;
- Plusieurs ruptures de services relevées dans les dossiers 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;
- Admissibilité des usagers selon leur diagnostic et non selon leurs besoins.

Recommandation issue de l'analyse des deux perspectives pour le MSSS :

- Que le MSSS formule une attente envers les établissements pour le développement de trajectoires formelles orientées sur les besoins des usagers plutôt que sur leur diagnostic.

Actions prioritaires pour les établissements :

- Poursuivre la clarification des rôles et responsabilités des intervenants des différents programmes et missions.
- Poursuivre le développement des modalités de collaboration intermissions et interprogrammes.
- Poursuivre le rapprochement avec certaines directions, notamment SM, les services de soutien et CJ, afin d'améliorer la collaboration avec elles.
- Poursuivre l'harmonisation des processus et des approches cliniques utilisées en DP, DI-TSA et le développement de lignes directrices.
- Permettre aux équipes DP, DI-TSA de rapatrier les ressources du SAD dont ils sont responsables et qui sont, dans certains établissements, sous la direction SAPA.

Dimension 5 : Développement des compétences

Constats

- Accès parfois difficile aux formations;
- Formations qui ne répondent pas toujours aux besoins des intervenants;
- Absence de politique de formation;
- Transfert de connaissances, mentorat et partage d'expertise qui demeurent des activités marginales;
- Cogestion médicale et accès à un médecin parfois difficiles;
- Supervision clinique insuffisante.

Recommandation issue de l'analyse des deux perspectives pour le MSSS :

- Que le MSSS coordonne l'offre de formation dans le cadre de la formation continue partagée.

Actions prioritaires pour les établissements :

- Faciliter l'accès aux formations et s'assurer d'offrir des formations qui répondent aux besoins des intervenants.
- Faciliter l'accès aux formations aux différents partenaires en privilégiant les formations communes avec ceux-ci.
- Unifier la façon d'accorder les formations entre les communautés de pratique dans les CR et les attributions individuelles par pourcentage selon les budgets dans les CISSS ou les CIUSSS.
- Mettre en place une politique de formation.
- Instaurer la cogestion médicale et l'accès des intervenants à un médecin, particulièrement en DI-TSA.
- Instaurer le mentorat, le transfert de connaissances, le partage d'expertise et la supervision clinique au sein des équipes.

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;
- Tensions entre l'efficacité, l'efficience et la qualité des services;
- Incitatifs financiers insuffisants pour les programmes DP, DI-TSA;
- Difficulté de recrutement des intervenants et surcharge de travail des intervenants;
- Inquiétudes en lien avec le redéploiement des ressources humaines en vue d'une utilisation optimale des ressources (manque de formation et perte d'expertise);
- Collaboration difficile avec les directions de soutien pour le partage des ressources;
- Évaluation des enjeux et de la qualité des services qui est une pratique peu commune.

Recommandations issues de l'analyse des deux perspectives pour le MSSS :

- Que le MSSS élabore un tableau de bord provincial de la performance en DP, DI-TSA.
- Que le MSSS développe un indicateur monitorant la qualité des services rendus et le diffuse ensuite dans les établissements pour qu'ils en fassent le suivi.

Actions prioritaires pour les établissements :

- Poursuivre la vigie rigoureuse exercée par des mécanismes de régulation et de suivi de la performance.
- Travailler sur l'attraction et la rétention du personnel.
- Formaliser les outils qui conjuguent à la fois les objectifs d'amélioration de la qualité des services et la volonté de répondre aux critères de performance tout en s'assurant qu'ils aient du sens pour les intervenants et que les résultats leur soient transmis.
- Réaliser l'évaluation des services.
- Mettre à profit le superviseur clinique dans les processus d'évaluation de la qualité des services, notamment afin d'évaluer les PI en termes de qualité de service rendu et non seulement en termes de performance.

Dimension 8 : Accent mis sur le rôle des usagers

Constats

- Méconnaissance de la notion d'utilisateur-partenaire;
- Implication des usagers-partenaires dans l'organisation des services à améliorer;
- Écart entre le discours centré sur l'utilisateur et ses besoins, et celui centré sur le diagnostic;
- 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 jusqu'à l'autodétermination;
- Disparité de l'offre de services en fonction des installations d'un même territoire;
- Les dossiers cliniques démontrent que plusieurs usagers ne semblent pas impliqués dans le choix de leurs services.

Actions prioritaires pour les établissements :

- Améliorer la compréhension commune des notions d'autodétermination et d'utilisateur-partenaire pour mettre ces concepts en application.
- Poursuivre les efforts pour développer le rôle de l'utilisateur-partenaire ainsi que l'autodétermination, notamment en transformant la culture organisationnelle de prise en charge.
- Impliquer davantage les usagers-partenaires et résoudre les enjeux de logistique (pairage, horaire, repas).
- Répartir équitablement l'offre de services en DP, DI-TSA sur les territoires en prenant en compte les différents sous-territoires et profils de la population.
- Poursuivre la mise en place d'actions afin que les services soient basés sur les besoins des usagers et non sur la présence d'un diagnostic en DP, DI ou TSA.

6. Limites méthodologiques

Les limites méthodologiques suivantes s'appliquent aux résultats présentés.

- Il est important de ne pas généraliser les résultats observés à partir de la perspective de l'utilisateur. Ils ont été obtenus d'après un petit échantillon d'utilisateurs qui ne sont pas représentatifs de l'ensemble de la population desservie par les programmes DP, DI-TSA des sites évalués. Ces utilisateurs ont été sélectionnés sur la base de leur profil clinique et du fort volume de soins et de services qu'ils ont reçus.
- En raison du roulement de personnel, un seul des membres de l'équipe d'évaluation de la collecte de 2019 était présent également au premier temps de mesure. De plus, au T1, un seul des évaluateurs a participé à la collecte de données sur le terrain ainsi qu'à la rédaction du rapport final.
- Comme la démarche sur le terrain était exigeante pour les sites visités, certains ont éprouvé des difficultés pour extraire des dossiers cliniques qui répondaient aux critères dans les temps requis.
- Les utilisateurs sélectionnés n'étaient pas les mêmes aux deux temps de mesure. D'ailleurs, il n'aurait pas été possible de recruter les mêmes utilisateurs puisque leur condition a évolué pour la plupart d'entre eux (par rapport à leur âge ou à la diversité des services qu'ils ont reçus, par exemple), de sorte qu'ils ne correspondaient plus aux critères de sélection. Aussi, comme il a été mentionné dans la section « Perspective de l'utilisateur par profil clinique », les critères de sélection des utilisateurs ont dû, parfois, être élargis.
- Pour le second temps de mesure, toutes les entrevues téléphoniques avec les utilisateurs devaient, initialement, être menées au cours de l'été 2019 mais, pour des raisons de manque de ressources humaines, cela n'a pas été possible. Elles se sont finalement étalées de l'été à l'hiver 2019, ce qui a eu pour répercussions non seulement de grossir le biais de la mémoire de la part des répondants, mais aussi d'occasionner une plus grande difficulté à joindre les utilisateurs à la suite de changements de numéro de téléphone ou, simplement, à cause de la perte de leur intérêt à répondre au questionnaire. Les utilisateurs du profil DL ont été particulièrement touchés par ce retard. C'est pourquoi, dans les tableaux de résultats des Annexes 7 et 8, on trouve des nombres (N) différents pour la section des entrevues avec les utilisateurs et pour la section de la collecte des dossiers cliniques.
- Au T1, les évaluateurs n'ont pas eu accès aux dossiers URFI des utilisateurs dans un des sites. C'est la raison pour laquelle on ne trouve pas d'URFI dans les itinéraires des utilisateurs de ce site.
- En ce qui concerne les itinéraires de services, il n'est pas possible de poser un regard sur la pertinence clinique ni sur la qualité des services rendus. Les renseignements qui ne se trouvaient pas dans les dossiers n'ont pas pu être pris en considération puisque les itinéraires ne sont construits qu'à partir de l'information qui se trouvait dans les dossiers cliniques des utilisateurs. De plus, la reconstruction des itinéraires est une méthode très énergivore en matière de ressources et de temps puisqu'elle se base sur la collecte de dossiers cliniques qui ne « se parlent » pas, parce qu'elle ne peut pas être automatisée et parce qu'elle nécessite une collecte manuelle des dossiers cliniques. Une nouvelle méthode automatisée de reconstruction des itinéraires pourrait, éventuellement, être mise au point lorsque le problème des systèmes informatiques aura été réglé.

7. Conclusion

Cette évaluation fait suite à une demande de la DPDTSARP qui consistait à faire analyser l'intégration des services offerts aux personnes ayant une déficience en vue, d'une part, de soutenir la prise de décisions et de donner aux établissements des leviers d'action pour améliorer la qualité des soins et des services offerts aux usagers et, d'autre part, dans le but de vérifier leur qualité de vie et leur satisfaction quant aux services qu'ils reçoivent. Est-ce que les démarches entreprises par les établissements favorisent 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 repérés dans les PI? Comment les différents volets de l'expérience usager ont-ils évolué à la suite des démarches liées à l'intégration des services?

Dans l'ensemble, les résultats relatifs à la perspective organisationnelle démontrent une certaine amélioration depuis le premier temps de mesure. Toutefois, trois dimensions demeurent stables depuis le T0 et, dans leur ensemble, les huit dimensions présentent une cote correspondant à « Satisfaisant », à l'exception de la dimension « Système d'information, transfert, communication et accès à l'information » qui est toujours jugée « Insatisfaisante ». Les résultats de cette perspective montrent également que la présence de plusieurs systèmes d'information qui ne communiquent pas entre eux est un enjeu important à résoudre dans le but de poursuivre la réorganisation des services. On constate également qu'il faut aider les intervenants à retrouver leurs repères pour qu'ils sachent à qui s'adresser au sein de l'organisation et pour que, sur le plan technique et administratif, ils puissent obtenir du soutien dans leurs fonctions. Il faut aussi mettre en place des mécanismes pour clarifier le thème de l'intégration des services de sorte que les intervenants et les gestionnaires se l'approprient et l'actualisent, ce qui permettrait aux intervenants de s'identifier davantage à leur CISSS ou CIUSSS. Il faut également retravailler la collaboration avec les partenaires, tout comme il faut les informer, les faire participer et les mobiliser davantage en vue de développer ensemble une vision et un langage communs.

Par ailleurs, il faut améliorer les mécanismes du réseau de services intégrés, dont l'intervenant-pivot, le PI, le guichet d'accès unique et l'évaluation globale des besoins. L'orientation et la prise en charge des usagers par le bon programme-service sur la base de leurs besoins, plutôt que sur la base de leur diagnostic ou de leur âge, demeurent un enjeu de taille. Il faut également poursuivre la clarification des rôles et responsabilités des différents programmes et diverses missions ainsi que le développement des modalités de collaboration intermissions et interprogrammes, ce qui facilitera l'harmonisation des pratiques, l'élaboration des trajectoires de services officielles et le travail conjoint, en plus de dissiper la confusion au sein des équipes. Les intervenants ainsi que les partenaires devraient avoir plus facilement accès aux formations; par ailleurs, le mentorat, le transfert de connaissances et le partage d'expertise devraient être encouragés au sein des équipes dans le but d'atténuer les inquiétudes en lien avec le redéploiement des ressources humaines. De plus, il faut officialiser les outils qui conjuguent à la fois les objectifs d'amélioration de la qualité des services et la volonté de répondre aux critères de performance, tout en s'assurant que ces exercices auront un sens pour les intervenants et que les résultats pertinents leur seront transmis sans nuire à la qualité des services rendus aux usagers. Enfin, les résultats de la perspective organisationnelle illustrent qu'il faut améliorer la compréhension commune des notions d'autodétermination et d'utilisateur-partenaire pour mettre ces concepts en application et pour améliorer l'expérience de l'utilisateur, notamment en transformant la culture organisationnelle de prise en charge.

Quant aux résultats obtenus à partir de la perspective de l'utilisateur, ils montrent que le manque de communication entre les intervenants et entre les installations se fait toujours sentir puisque 33 % des usagers indiquent avoir été obligés de répéter leur histoire. Cependant, on relève maintenant peu d'irritants en lien avec un manque de coordination des services, avec la prestation de services par la mauvaise mission ou avec le chevauchement entre les services de semblable nature. Bien que ce soit une amélioration par rapport au premier temps de mesure, 26 % des usagers mettent en relief la quantité insuffisante de services reçus et les ruptures de services demeurent nombreuses, les évaluateurs en ayant relevé chez 33 % des usagers. Quant aux mécanismes du

RSI, 25 % des dossiers des usagers n'avaient pas d'évaluation globale des besoins. Les usagers sont de plus en plus nombreux à avoir un intervenant-pivot, mais leur identification dans le dossier clinique est problématique : 79 % des usagers affirment avoir un intervenant-pivot alors qu'on en trouve un dans le dossier de 48 % des usagers. De même, 25 % des dossiers des usagers n'avaient pas de PI et les usagers n'y participent pas toujours. Du point de vue de l'utilisateur, il semble que les guichets d'accès uniques ont eu pour effet d'améliorer le suivi des demandes de services en attente puisqu'aucun irritant n'a été soulevé à ce sujet. Toutefois, des efforts restent à faire pour diminuer les délais d'accès aux services : 41 % des usagers ont mentionné la longueur des délais d'accès, ce qui en fait l'enjeu principal du point de vue des usagers. Enfin, 94 % des usagers sont satisfaits des services reçus au cours de l'année.

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 ?

Bien que les sites évalués soient tous en action et que leurs démarches tendent vers une meilleure intégration des services, certains éléments demeurent un frein à une pleine intégration des services. Parmi ceux-ci, les systèmes informationnels sont identifiés par les cadres des programmes DP, DI-TSA autant que par les intervenants. Les effets de l'absence de communication entre ces systèmes se font sentir jusqu'à l'utilisateur qui est alors amené à devoir répéter son histoire et à servir de courroie de transmission entre les intervenants et les installations. Certains des sites évalués ont mis de l'avant des initiatives pour contourner ce problème, mais une solution harmonisée et permanente est nécessaire. Bien que plusieurs démarches aient été entreprises pour améliorer l'intégration des services, on observera le plein effet de certaines d'entre elles seulement lorsqu'une solution en ce qui concerne l'enjeu des systèmes informatiques sera proposée. De plus, les usagers sont toujours orientés vers les services qui correspondent à leur diagnostic ou à leur âge plutôt qu'à leurs besoins, ce qui occasionne des répercussions sur la collaboration interprogrammes, la qualité des services rendus aux usagers et le maintien du travail en silo. Enfin, les mécanismes du RSI ainsi que l'organisation clinique doivent être améliorés et l'accent qui est mis sur le rôle de l'utilisateur doit être renforcé.

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

La nouvelle structure et les nouvelles orientations ministérielles en DP, DI-TSA, dont le *Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme* [19], semblent avoir exercé une influence sur les établissements pour ce qui est de leur discours, des actions qu'ils ont mises en œuvre autour de la notion d'intégration des services, de l'intégration de leurs équipes intermissions, etc. Toutefois, la réponse aux besoins prioritaires repérés dans le PI des usagers est partiellement comblée. D'un côté, 75 % des usagers ont un PI dans leur dossier et les évaluateurs estiment que les besoins qui y sont repérés ont été satisfaits dans 76 % des cas au second temps de mesure, alors que cette proportion était de 78 % au T0. D'un autre côté, malgré les efforts déployés et les initiatives mises en place, il demeure que les intervenants sont débordés, qu'ils sentent de plus en plus la pression occasionnée par la performance et qu'ils n'ont que peu d'incitatifs à offrir des services de qualité qui répondent aux besoins des usagers. D'ailleurs, les intervenants déplorent l'absence d'un indicateur portant spécifiquement sur la qualité des services rendus.

Enfin, comme les usagers sont majoritairement orientés vers les services qui correspondent à leur diagnostic ou à leur âge, on constate que, même si leurs besoins prioritaires ciblés dans les PI sont généralement satisfaits, ceux-ci ne correspondent pas toujours à leurs besoins prioritaires réels.

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

Depuis le premier temps de mesure, la cote moyenne pour la dimension portant sur l'accent mis sur le rôle des usagers vu de la perspective organisationnelle s'est améliorée, passant d'un résultat « Insatisfaisant » à un résultat « Satisfaisant ». La notion de réponse aux besoins des usagers est beaucoup plus marquée et intégrée dans le discours de l'ensemble des acteurs des établissements, on remarque une augmentation de l'évaluation des besoins populationnels, on note le développement d'approches favorisant l'autodétermination des usagers et la notion d'usager-partenaire est davantage connue par les répondants, ce qui a eu comme répercussions d'augmenter leur présence dans les comités, les projets organisationnels, les Kaizens, les trajectoires, et ce, dans la majorité des sites. De plus, la plupart des sites confirment que les usagers participent au processus d'amélioration continue sous diverses formes, on note une amélioration dans certains sites quant au partage des services en DP, DI-TSA et il semble que l'accès au premier service soit offert de façon équitable partout. Cela étant dit, certains aspects doivent encore être travaillés pour améliorer l'expérience des usagers. Entre autres choses, l'évaluation globale des besoins n'est toujours pas systématique et uniforme d'un site à l'autre, la présence d'un diagnostic en DP, DI ou TSA oriente souvent les services offerts aux usagers, il est encore difficile, parfois, de mettre l'autodétermination des usagers en pratique pour certaines clientèles et il existe toujours une certaine confusion quant à la notion d'usager-partenaire.

Dans l'ensemble, les résultats obtenus à partir de la perspective de l'utilisateur atteignent la cote « Satisfaisant ». Par rapport au premier temps de mesure, les cotes de deux dimensions de cette perspective sont demeurées stables, alors que les autres ont augmenté. L'accompagnement de l'utilisateur est la cote la moins élevée et elle est demeurée stable de 2015 à 2018. Une amélioration est observée en ce qui concerne l'accessibilité aux services. Toutefois, les usagers demeurent nombreux à faire ressortir les longs délais pour accéder aux services. Il s'agit, en fait, de l'irritant le plus souvent mentionné, et ce, aux deux temps de mesure. Enfin, l'expérience de l'utilisateur à propos des services reçus s'est améliorée et elle demeure la dimension qui présente la cote la plus élevée puisqu'elle a reçu le jugement de « Très satisfaisant ». Les répondants du T1 étaient d'ailleurs nombreux à signaler que les délais relatifs à l'accès étaient très longs ; par contre, une fois cette étape franchie, les répondants étaient très satisfaits des services reçus.

En bref, la réorganisation de services est maintenant bel et bien entamée dans tous les sites. Toutefois, elle l'est à intensité variable entre les sites. Aussi, les différents mécanismes du RSI qui constituent le cœur de l'intégration des services sont également mis en place dans tous les sites, mais la majorité d'entre eux mérite d'être retravaillée et mise à jour. Le but de l'intégration des services n'est pas encore atteint et il reste du travail à faire autant du côté du MSSS que de celui des établissements. La notion d'intégration des services devrait être clarifiée pour que celle-ci s'opérationnalise dans les différents sites à travers la mise en place de mécanismes fonctionnels et de modalités de collaboration dans le but d'offrir aux usagers une expérience des services intégrés en DP, DI-TSA. Il semble crucial que les présidents- directeurs généraux et les gestionnaires accomplissent les actions nécessaires pour concrétiser l'intégration des services, notamment en considérant et en actualisant les recommandations du MSSS.

Références bibliographiques

- [1] RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE. *Réseau de services intégrés: Ses principes, concepts et composantes*, Québec, 2001.
- [2] LEATT, P., G. H. PINK et M. GUERRIERE. « Towards a Canadian Model of Integrated Healthcare », dans *HealthcarePapers*, vol. 1, n° 12, 2000, p. 13-25.
- [3] ONTARIO HOSPITAL ASSOCIATION. *Health Networks: Seven Case Studies: A description and preliminary Analysis*, Toronto, 1998.
- [4] EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT. *Excellence Model. Public and Voluntary Section Version*, Bruxelles, 2003.
- [5] MARTIN, E. *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, Québec, Université Laval, 2014.
- [6] AHGREN, B., et R. AXELSSON. « A decade of integration and collaboration: the development of integrated health care in Sweden 2000-2010 », dans *International Journal of Integrated Care*, vol. 11, 2011, p. 1-8 (Edition, Special 10th Anniversary).
- [7] D'AMOUR, D., L. GOULET, R. PINEAULT, J.-F. LABADIE et M. REMONDIN. *Étude comparée de la collaboration interorganisationnelle et de ses effets: le cas des services en périnatalité*, Montréal, 2013.
- [8] KODNER, D. L., et C. SPREEUWENBERG. « Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper », dans *International Journal of Integrated Care*, vol. 2, octobre-décembre 2002, p. 1-6.
- [9] CHAMPAGNE, F., A. BROUSSELLE, Z. HARTZ, P.-A. CONTANDRIOPOULS et J.-L. DENIS. « L'analyse de l'implantation », dans *L'évaluation: concept et méthodes*, Montréal, les Presses de l'Université de Montréal, 2009.
- [10] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre de pratique pour l'évaluation des programmes-applications en promotion de la santé et en toxicomanie*, Québec, 1998.
- [11] SECRÉTARIAT DU CONSEIL DU TRÉSOR. *Glossaire des termes usuels en mesure de performance et en évaluation – Pour une gestion saine et performante*, Québec, 2013.
- [12] CHAMPAGNE, F., A. BROUSSELLE, Z. HARTZ, P.-A. CONTANDRIOPOULOS et J.-L. DENIS. « L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes », dans *L'évaluation: concept et méthodes*, Montréal, les Presses de l'Université de Montréal, 2009.
- [13] ROY, S. N. « L'étude de cas », dans B. GAUTHIER, *Recherche sociale: De la problématique à la collecte de données*, 5^e éd., Québec, les Presses de l'Université du Québec, 2009.
- [14] YIN, R. K. *Case study research: Design and methods*, 5^e éd., London, Sage publications, 2014.
- [15] MINISTÈRE DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES ET EUROPÉENNES. *Projet mère-enfant, Séminaire de sciences humaines et éthique de la santé*, Université Gaston Berger – Saint-Louis du Sénégal, 2012.
- [16] AGENCE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. *Élaboration de trajectoires de services à l'intention d'une population vivant une déficience: recension des écrits et recommandations*, Longueuil, 2012.
- [17] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience. Afin de faire mieux ensemble*, Québec, 2008.
- [18] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2015-2020*, Québec, 2015.
- [19] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme*, Québec, 2017.

- [20] MINKMAN, M., K. AHAUS, I. FABBRICOTTI, U. NABITZ et R. HUIJSMAN. «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° 11, 2009, p. 66-75.
- [21] LYNGSØ, A. M., N. S. GODTFREDSSEN, D. HØST et A. FRØLICH. « Instruments to assess integrated care : a systematic review », dans *International Journal of Integrated care*, vol. 14, juillet-septembre 2014, p. 1-15.
- [22] GOODWIN, N., A. DIXON, G. ANDERSON et W.WODCHIS. *Providing integrated care for older people with complex needs: lessons from seven international case studies*, London, The King's Fund, 2014.
- [23] NAYLOR, C., H. ALDERWICK et M. HONEYMAN. *Acute hospitals and integrated care*, London, The King's Fund, 2015.
- [24] SICOTTE, C., D. D'AMOUR et M.-P.MOREAULT. « Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres », dans *Social Science & Medicine*, vol. 55, n° 16, 2002, p. 991-1003.
- [25] WONG, S. T., et J. HAGGERTY. *Measuring Patient Experiences in Primary Health Care*, Vancouver, 2013.
- [26] MARES, A. S., G. A. GREENBERG et R. A. ROSENHECK. « Client-level measures of services integration among chronically homeless adults », dans *Community Mental Health Journal*, vols. 1 sur 244, n° 5, 2008, p. 367-376.

Annexe 1. Notes méthodologiques pour le calcul des cotes à partir de la perspective de l'utilisateur

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

La perspective de l'utilisateur repose sur deux types de données (des données quantitatives et des données qualitatives) et sur deux sources de données (les entrevues téléphoniques avec les usagers et la collecte de dossiers cliniques des usagers). Pour chaque type de données, des échelles distinctes ont été mises au point pour transformer, en cote, les résultats.

Données quantitatives

Les réponses quantitatives (choix de réponse) données par les usagers au cours des entrevues téléphoniques sont compilées pour obtenir la proportion d'entre eux qui a répondu favorablement à chaque question en lien avec la dimension en cause. La moyenne des résultats obtenus à partir des questions qui y sont reliées est ensuite calculée et chaque question a un poids égal. Certaines données recueillies dans les dossiers sont, elles aussi, considérées comme des données quantitatives : présence d'un intervenant-pivot, d'un plan d'intervention et d'une rupture de services, détermination des besoins et adéquation entre les besoins et les services reçus.

Données qualitatives

Les commentaires formulés lors des entrevues téléphoniques et les données recueillies dans les dossiers des usagers ont été analysés pour relever tous les éléments qui ont pu incommoder les usagers. Ces irritants ont été catégorisés par thème (Annexe 5 et Annexe 6). Les proportions d'usagers qui ont relevé au moins un irritant pour chaque thème ont ensuite été compilées, puis la proportion d'usagers qui ont relevé au moins un irritant lié à la dimension en cause l'a été également.

Évaluation globale des besoins

La proportion des dossiers des usagers qui contenaient une évaluation globale des besoins a aussi été relevée. Une échelle particulière a été mise au point pour cet élément sur la base du *Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2015-2020* [18]. Celui-ci établit que 90 % des usagers adultes recevant des soins à domicile doivent avoir un OEMC à jour. Cette cible est également utilisée pour les usagers âgés de moins de 18 ans où nous recherchions une évaluation globale des besoins faite au cours de l'année, indépendamment de l'outil utilisé par les intervenants.

Étapes de calcul de la cote d'une dimension

- Calculer chaque indicateur de la dimension traitée, c'est-à-dire en faisant la moyenne des résultats qui le composent ou de la proportion des répondants ou des dossiers qui présentent la caractéristique en cause, selon le cas. Le résultat obtenu est un pourcentage.
- Transformer le résultat de chaque indicateur en cote, selon l'échelle applicable (se reporter au Tableau 9).

Tableau 9. Échelles d'évaluation des réponses

Réponses quantitatives		Réponses qualitatives (irritants)		Évaluation globale des besoins	
Cote	Résultat	Cote	Résultat	Cote	Résultat
[3 – 4]	≥ 90 % et ≤ 100 %	[3 – 4]	≥ 0 % et ≤ 25 %	[3 – 4]	≥ 95 % et ≤ 100 %
[2 – 2,99]	≥ 75 % et < 90 %	[2 – 2,99]	> 25 % et ≤ 50 %	[2 – 2,99]	≥ 90 % et < 95 %
[1 – 1,99]	≥ 50 % et < 75 %	[1 – 1,99]	> 50 % et ≤ 75 %	[1 – 1,99]	≥ 50 % et < 90 %
[0 – 0,99]	≥ 0 % et < 50 %	[0 – 0,99]	> 75 % et ≤ 100 %	[0 – 0,99]	≥ 0 % et < 50 %

- Calculer la moyenne des cotes correspondant à la dimension en cause en utilisant les pondérations trouvées dans le Tableau 10.

Tableau 10. Pondération des cotes par dimension

Dimensions	Entrevues téléphoniques		Collecte des dossiers cliniques							
	Réponses quantitatives	Réponses qualitatives (irritants)	Réponses qualitatives (irritants)	Réponses quantitatives				Évaluation globale des besoins		
				Intervenant-pivot	Plan d'intervention	Rupture de services	Détermination des besoins	Adéquation besoins-services	Moins de 18 ans	Adultes
D1	33 %	33 %	33 %							
D2	25 %	25 %	12,5 %				12,5 %	12,5 %	6,25 %	6,25 %
D3	25 %	25 %	25 %			25 %				
D4	25 %	25 %	25 %	25 %						
D5	33 %	33 %			33 %					
D6	50 %	50 %								
D7	50 %	50 %								

- Arrondir, au 0,5 près, la cote globale obtenue pour la dimension en cause.

Interprétation des cotes

En vue d'évaluer les différentes réalités exprimées par les usagers, par les acteurs du réseau et par les partenaires interviewés, ainsi que pour évaluer la collecte dans les dossiers cliniques des usagers, une grille d'interprétation a été mise au point. Cette grille comprend quatre degrés allant de « Très satisfaisant » à « Très insatisfaisant ».

Pour faciliter la compréhension, les tableaux détaillés des résultats ont été ajoutés à l'Annexe 7 et à l'Annexe 8. De plus, un code de couleurs rend clairement compte du degré de satisfaction lié à chaque résultat.

Cote	Signification
[De 3 à 4]	Très satisfaisant
[De 2 à 2,99]	Satisfaisant
[De 1 à 1,99]	Insatisfaisant
[De 0 à 0,99]	Très insatisfaisant

Annexe 2. Précisions sur les tableaux de statistiques des itinéraires de soins et services

Dans le but de synthétiser les résultats présentés dans les tableaux, seuls les types de soins et services (par exemple, ergothérapie ou orthophonie) les plus fréquemment observés sont présentés. Toutefois, la section « Total – Service » tient compte de l'ensemble des soins et services rendus. Les rencontres d'évaluation ou de PI sont incluses dans les volumes de services rendus.

Voici quelques précisions portant sur le calcul des délais en ce qui concerne l'accès et des délais entre les services.

- La date de la demande de service n'étant pas toujours disponible dans le dossier, seuls les services ayant débuté en 2018, et pour lesquels la date de la demande était disponible, ont été inclus dans le calcul des délais en ce qui concerne l'accès.
- Seuls les délais d'attente pour un premier service sont considérés dans le calcul des délais en ce qui concerne l'accès. Si une rupture de services est observée au cours d'un épisode de soins, alors ce délai est plutôt pris en considération dans le délai entre les services.
- Si une personne est en attente d'un service, mais si elle refuse celui-ci une fois qu'il lui est offert, alors ce délai n'est pas considéré dans le calcul du délai d'attente moyen.
- Lorsqu'un usager est indisponible pour une certaine période, cette période est soustraite du délai pour accéder au service, si l'utilisateur était en attente à ce moment-là. De même, cette période d'indisponibilité est soustraite de calcul du délai entre les services si l'utilisateur était, à ce moment, en cours d'un épisode de soins.
- Lorsque l'utilisateur est toujours en attente de service à la fin de 2018, alors le délai est calculé à partir de la date de la demande jusqu'au 31 décembre 2018 et le signe « > » est ajouté pour indiquer que le délai réel est supérieur à celui présenté.
- Pour le calcul des délais entre les services, seuls les usagers qui ont reçu au moins deux services sont inclus.

Annexe 3. Perspective organisationnelle – Dimensions de l'intégration des services

Tableau 11. Dimensions, vues 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 usagers informatisés et accessibles de partout dans l'établissement.
	Stratégies et protocoles de communication clairs	Mesures assurant la circulation efficiente 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.
3. Engagement à offrir des services intégrés	Volonté d'offrir des services coordonnés	Adaptation et appropriation des changements par les différents acteurs.
	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.
4. Organisation clinique	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).
	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	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).	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 des références [20], [21], [22], [23] et [24]

Annexe 4. Perspective de l'utilisateur – Dimensions de l'intégration des services

Tableau 12. Dimensions, vues 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.
	Évaluation commune des besoins	L'utilisateur a une seule évaluation globale de ses besoins dans tout le réseau.
2. Besoins de l'utilisateur	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.
	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.
3. Fluidité du cheminement de l'utilisateur	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.).
	Continuité relationnelle	Des liens de proximité sont créés entre l'utilisateur et les intervenants desquels il reçoit ses services.
4. Accompagnement de l'utilisateur	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.
	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.
5. Options de services disponibles pour l'utilisateur	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.
	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 déterminé.
6. Accessibilité aux services	Accessibilité économique aux services	Les coûts ne constituent pas une barrière à l'accès aux soins nécessaires ou recommandés pour l'utilisateur.
	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.
7. Expérience de l'utilisateur des services reçus	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 usager fait autant référence à l'utilisateur qu'à sa famille et à ses proches dans la prestation des services.

Inspiré des références [25] [26]

Annexe 5. Typologie des irritants – Entrevues téléphoniques

Tableau 13. Description des différents types d'irritants relevés par les usagers lors des entrevues téléphoniques, selon les dimensions vues 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.

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 tel 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 6. Typologie des irritants – Collecte dans les dossiers cliniques

Tableau 14. Description des différents types d'irritants relevés, par les évaluateurs, dans les dossiers cliniques, selon les dimensions vues 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 spécifique donné 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 7. Résultats détaillés à partir de la perspective de l'utilisateur, par dimension

Tableau 15. 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						Total (T0) N=54* (90)
		RTS 1 N=9	RTS 2 N=10	RTS 3 N=9	RTS 4 N=5	RTS 5 N=10	RTS 6 N=11	
Entrevue téléphonique avec les usagers	1.1 Moyenne des réponses quantitatives des usagers; et plus spécifiquement la proportion ayant rarement eu à :	71%	83%	79%	75%	42%	94%	73% (67%)
	1.1.1 ...répéter leur histoire	63%	78%	63%	80%	33%	100%	67% (53%)
	1.1.2 ...transmettre des papiers ou des documents à des intervenants	83%	89%	100%	67%	50%	89%	79% (81%)
	1.2 Proportion des usagers ayant relevé un irritant**; et plus particulièrement en lien avec :	22%	30%	33%	40%	70%	9%	33% (36%)
	1.2.1 ...un manque de communication	22%	0%	33%	20%	40%	0%	19% (30%)
	1.2.2 ...l'utilisation de l'utilisateur comme courroie de transmission	11%	20%	0%	20%	50%	9%	19% (12%)
	1.2.3 ...le caractère inapproprié d'un outil de collecte de données	0%	10%	0%	0%	0%	0%	2% (1%)
		N=16	N=14	N=14	N=15	N=16	N=16	N=91* (92)
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 :	13%	36%	21%	47%	38%	31%	31% (42%)
	1.3.1 ...une communication insuffisante	6%	36%	21%	40%	25%	19%	24% (35%)
	1.3.2 ...un manque d'informations lors d'un transfert	6%	0%	0%	0%	6%	13%	4% (5%)
	1.3.3 ...l'utilisation de l'utilisateur comme courroie de transmission	0%	0%	0%	0%	6%	0%	1% (4%)
	1.3.4 ...la méconnaissance des mécanismes de transfert	0%	0%	0%	7%	0%	0%	1% (3%)
Cote (T0)		3,0 (3,0)	2,5 (2,0)	2,5 (3,0)	2,0 (1,5)	1,5 (2,0)	3,5 (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 1.2 et 1.3) est présenté aux Annexes 5 et 6.

Très insatisfaisant	Insatisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant
0	1	2	3
			4

Tableau 16. Résultats pour la dimension 2, Besoins de l'utilisateur, selon le site évalué

Indicateurs en lien avec la dimension 2		Sites						Total (T0) N=54* (90)
		RTS 1 N=9	RTS 2 N=10	RTS 3 N=9	RTS 4 N=5	RTS 5 N=10	RTS 6 N=11	
Entrevue téléphonique avec les usagers	2.1 Moyenne des réponses quantitatives des usagers; et plus spécifiquement la proportion jugeant :	92%	93%	85%	93%	87%	82%	88% (90%)
	2.1.1 ...avoir été évaluée	88%	100%	78%	80%	80%	82%	85% (89%)
	2.1.2 ...que l'évaluation a porté sur leur famille, leurs proches et leur environnement	88%	90%	78%	100%	80%	64%	81% (91%)
	2.1.3 ...que les services reçus ont répondu à leurs besoins	100%	89%	100%	100%	100%	100%	98% (89%)
	2.2 Proportion des usagers ayant relevé un irritant**; et plus particulièrement en lien avec :	44%	70%	33%	20%	40%	27%	41% (57%)
	2.2.1 ...une quantité insuffisante de services reçus	33%	60%	11%	0%	20%	18%	26% (40%)
	2.2.2 ...le caractère mal adapté d'une intervention	11%	40%	22%	20%	20%	0%	19% (33%)
2.2.3 ...la duplication d'un questionnaire ou d'une évaluation	0%	10%	11%	20%	10%	9%	9% (7%)	
		N=16	N=14	N=14	N=15	N=16	N=16	N=91* (92*)
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 :	13%	29%	50%	33%	25%	56%	34% (42%)
	2.3.1 ...la duplication d'un questionnaire ou d'une évaluation	13%	29%	36%	27%	19%	44%	27% (27%)
	2.3.2 ...le caractère non commun des évaluations	0%	7%	29%	20%	6%	19%	13% (16%)
	2.4 Proportion des usagers pour lesquels les besoins sont identifiés aux dossiers par les évaluateurs	88%	100%	100%	100%	88%	100%	96% (96%)
	2.5 Proportion des usagers ayant une évaluation globale des besoins aux dossiers (usagers adultes, OEMC)	0%	67%	100%	100%	63%	63%	75% (47%)
	2.6 Proportion des usagers ayant une évaluation globale des besoins aux dossiers (usagers moins de 18 ans)	50%	75%	100%	71%	63%	75%	71% (65%)
	2.7 Proportion des usagers pour lesquels les besoins identifiés aux dossiers ont été répondus selon les évaluateurs	88%	71%	64%	80%	63%	88%	76% (78%)
Cote (T0)		2,5 (2,5)	2,5 (2,5)	3,0 (2,5)	3,0 (2,0)	2,5 (2,5)	2,5 (2,0)	2,5 (2,5)

* 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 (sections 2.2 et 2.3) est présenté aux Annexes 5 et 6.

Très insatisfaisant	Insatisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant
0	1	2	3
			4

Tableau 17. Résultats pour la dimension 3, Fluidité du cheminement de l'utilisateur, selon le site évalué

Indicateurs en lien avec la dimension 3		Sites						Total (T0) N=54* (90)			
		RTS 1 N=9	RTS 2 N=10	RTS 3 N=9	RTS 4 N=5	RTS 5 N=10	RTS 6 N=11				
Entrevue téléphonique avec les usagers	3.1 Moyenne des réponses quantitatives des usagers; et plus spécifiquement la proportion jugeant :	89%	100%	88%	89%	85%	89%	90% (91%)			
	3.1.1 ...tous les services reçus nécessaires	89%	100%	88%	100%	90%	90%	92% (92%)			
	3.1.2 ...n'ayant eu aucun service en double ou à compléter deux fois le même type de questionnaire	89%	100%	89%	80%	80%	89%	88% (90%)			
	3.2 Proportion des usagers ayant relevé un irritant**, et plus particulièrement en lien avec :	0%	10%	44%	0%	30%	9%	17% (38%)			
	3.2.1 ...un manque de suivi d'une demande de service	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0% (18%)			
	3.2.2 ...un manque de coordination	0%	0%	0%	0%	10%	0%	2% (14%)			
	3.2.3 ...une rupture de service	0%	10%	33%	0%	20%	9%	13% (14%)			
	3.2.4 ...la prestation d'un service redondant	0%	0%	11%	0%	20%	0%	6% (9%)			
	3.2.5 ...la prestation d'un service non désiré pour pallier le manque d'accès au service désiré	0%	10%	0%	0%	0%	0%	2% (2%)			
	N=16	N=14	N=14	N=15	N=16	N=16	N=91* (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 :	19%	36%	21%	27%	44%	44%	32% (60%)			
	3.3.1 ...un service spécifique donné par la mission CR	13%	0%	14%	13%	13%	25%	13% (23%)			
	3.3.2 ...un chevauchement entre des services de nature semblable	0%	7%	14%	0%	13%	13%	8% (22%)			
	3.3.3 ...un manque de coordination entre les installations ou les partenaires	0%	0%	0%	7%	13%	13%	5% (17%)			
	3.3.4 ...une fermeture de dossier à la suite d'une demande de service vers une autre installation	6%	29%	0%	0%	6%	13%	9% (7%)			
	3.3.5 ...une rupture de service autre qu'à la suite d'une demande de service vers une autre installation	0%	7%	0%	13%	6%	6%	5% (2%)			
3.4 Proportion des usagers pour lesquels aucune rupture de service n'a été relevée par les évaluateurs	75%	50%	79%	60%	63%	75%	67% (59%)				
Cote (T0)	3,0 (2,5)	3,0 (2,5)	2,5 (2,0)	3,0 (2,0)	2,5 (2,0)	2,5 (2,5)	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 5 et 6.		0		1		2		3		4	

Tableau 18. Résultats pour la dimension 4, Accompagnement de l'utilisateur, selon le site évalué

Indicateurs en lien avec la dimension 4		Sites						Total (T0) N=54* (90)			
		RTS 1 N=9	RTS 2 N=10	RTS 3 N=9	RTS 4 N=5	RTS 5 N=10	RTS 6 N=11				
Entrevue téléphonique avec les usagers	4.1 Moyenne des réponses quantitatives des usagers; et plus spécifiquement la proportion :	83%	70%	86%	90%	85%	86%	83% (72%)			
	4.1.1 ...sachant quoi faire pour avoir accès aux services	89%	60%	89%	100%	90%	91%	85% (79%)			
	4.1.2 ...jugeant l'accès aux services facile	78%	50%	78%	80%	90%	91%	78% (67%)			
	4.1.3 ...sachant à qui s'adresser en cas de problème	78%	80%	100%	100%	90%	91%	89% (79%)			
	4.1.4 ...affirmant avoir un intervenant pivot	88%	90%	78%	80%	70%	73%	79% (63%)			
	4.2 Proportion des usagers ayant relevé un irritant**, et plus particulièrement en lien avec :	22%	50%	33%	20%	20%	27%	30% (48%)			
	4.2.1 ...l'absence d'une personne ressource	0%	10%	11%	20%	10%	0%	7% (20%)			
	4.2.2 ...l'absence de soutien lors de l'accès aux services	11%	40%	22%	20%	10%	9%	19% (20%)			
	4.2.3 ...un bris dans la continuité relationnelle	11%	10%	11%	20%	10%	18%	13% (18%)			
	N=16	N=14	N=14	N=15	N=16	N=16	N=91* (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 :	25%	43%	43%	40%	38%	38%	37% (38%)			
	4.3.1 ...un bris dans la continuité relationnelle	25%	21%	29%	13%	25%	25%	23% (26%)			
	4.3.2 ...un soutien insuffisant durant les services	0%	21%	29%	20%	19%	13%	16% (12%)			
	4.3.3 ...l'absence de soutien lors de l'accès aux services	0%	21%	14%	13%	6%	6%	10% (4%)			
4.4 Proportion des usagers pour lesquels un intervenant pivot a été trouvé aux dossiers	31%	64%	43%	53%	56%	44%	48% (54%)				
Cote (T0)	2,5 (2,0)	2,0 (2,0)	2,0 (2,0)	2,5 (1,5)	2,5 (2,0)	2,5 (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 5 et 6.		0		1		2		3		4	

Tableau 19. Résultats pour la dimension 5, Options de services disponibles pour l'utilisateur, selon le site évalué

Indicateurs en lien avec la dimension 5	Sites						Total (T0) N=54* (90)
	RTS 1 N=9	RTS 2 N=10	RTS 3 N=9	RTS 4 N=5	RTS 5 N=10	RTS 6 N=11	
5.1 Moyenne des réponses quantitatives des usagers; et plus spécifiquement la proportion :	93%	83%	92%	87%	83%	94%	89% (83%)
5.1.1 ...ayant accès à de l'information claire, adaptée et facile à comprendre sur son état ou sa situation	89%	90%	88%	100%	70%	91%	87% (81%)
5.1.2 ...ayant accès à de l'information claire, adaptée et facile à comprendre sur les services offerts	100%	90%	100%	80%	78%	91%	91% (82%)
5.1.3 ...jugé avoir été impliquée au moment de choisir les services rendus	89%	70%	89%	80%	100%	100%	89% (89%)
5.2 Proportion des usagers ayant relevé un irritant**; et plus particulièrement en lien avec :	11%	20%	11%	40%	30%	9%	19% (48%)
5.2.1 ...un manque d'informations sur les services reçus	0%	10%	0%	20%	10%	0%	6% (27%)
5.2.2 ...un manque d'informations sur les autres services disponibles	0%	0%	0%	0%	10%	9%	4% (21%)
5.2.3 ...un manque d'informations sur son état ou sa situation	11%	0%	0%	0%	20%	0%	6% (18%)
5.2.4 ...l'absence d'options de services	0%	10%	11%	20%	0%	0%	6% (11%)
5.2.5 ...un manque de temps pour faire un choix sur les services	0%	0%	0%	0%	10%	0%	2% (1%)
	N=16	N=14	N=14	N=15	N=16	N=16	N=91* (92*)
5.3 Proportion des usagers pour lesquels un plan d'intervention a été trouvé au dossier CLSC par les évaluateurs	100%	30%	50%	33%	38%	63%	49% (39%)
5.4 Proportion des usagers pour lesquels un plan d'intervention a été trouvé au dossier CR par les évaluateurs	60%	55%	62%	73%	63%	69%	64% (78%)
Cote	3,0	2,0	2,5	2,0	2,0	3,0	2,5
(T0)	(2,0)	(2,0)	(2,0)	(2,0)	(2,0)	(2,5)	(2,0)
	Très insatisfaisant		Insatisfaisant		Satisfaisant		Très satisfaisant
	0		1		2		3
	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 5.2) est présenté à l'Annexe 5.

Tableau 20. Résultats pour la dimension 6, Accessibilité aux services, selon le site évalué

Indicateurs en lien avec la dimension 6	Sites						Total (T0) N=54* (90)
	RTS 1 N=9	RTS 2 N=10	RTS 3 N=9	RTS 4 N=5	RTS 5 N=10	RTS 6 N=11	
6.1 Moyenne des réponses quantitatives des usagers; et plus spécifiquement la proportion :	100%	77%	81%	80%	63%	100%	84% (77%)
6.1.1 ...jugé avoir eu accès aux services à la date fixée, à l'endroit et avec l'intervenant tel que convenu	100%	100%	100%	100%	90%	100%	98% (96%)
6.1.2 ...n'ayant pas payé pour obtenir des services ou de l'équipement	100%	70%	56%	80%	60%	100%	78% (63%)
6.1.3 ...ne s'étant pas privé de services pour des raisons économiques	100%	60%	89%	60%	40%	100%	76% (71%)
6.2 Proportion des usagers ayant relevé un irritant**; et plus particulièrement en lien avec :	33%	80%	67%	20%	80%	18%	52% (80%)
6.2.1 ...la longueur des délais d'accès	33%	70%	56%	20%	40%	18%	41% (64%)
6.2.2 ...une planification problématique d'un service	0%	20%	11%	0%	0%	0%	6% (28%)
6.2.3 ...la privation d'un service	0%	40%	11%	20%	30%	0%	17% (18%)
6.2.4 ...le recours au privé pour pallier les problèmes d'accès	0%	20%	0%	0%	0%	0%	4% (12%)
6.2.5 ...la privation de matériel lié à la déficience de l'utilisateur	0%	0%	11%	0%	40%	0%	9% (10%)
6.2.6 ...l'indisponibilité d'un service à proximité	0%	0%	22%	0%	20%	9%	9% (3%)
Cote	3,5	1,5	2,0	3,0	1,0	3,5	2,5
(T0)	(1,5)	(2,0)	(1,5)	(1,0)	(1,5)	(1,5)	(1,5)
	Très insatisfaisant		Insatisfaisant		Satisfaisant		Très satisfaisant
	0		1		2		3
	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 6.2) est présenté à l'Annexes 5.

Tableau 21. Résultats pour la dimension 7, Expérience de l'utilisateur au regard des services reçus, selon le site évalué

Indicateurs en lien avec la dimension 7	Sites						Total (T0) N=54* (90)
	RTS 1 N=9	RTS 2 N=10	RTS 3 N=9	RTS 4 N=5	RTS 5 N=10	RTS 6 N=11	
7.1 Moyenne des réponses quantitatives des usagers; et plus spécifiquement la proportion :	100%	96%	94%	100%	93%	97%	96% (93%)
7.1.1 ...jugant que les intervenants s'intéressent à leur environnement et leurs habitudes de vie	100%	100%	89%	100%	90%	91%	94% (100%)
7.1.2 ...sentant avoir été impliquée à toutes les étapes des services reçus	100%	89%	89%	100%	80%	91%	91% (93%)
7.1.3 ...se sentant capable de faire ce que les intervenants demandent	100%	100%	100%	100%	70%	91%	92% (83%)
7.1.4 ...se sentant en sécurité durant les services	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100% (96%)
7.1.5 ...sentant de l'empathie de la part des intervenants	100%	100%	89%	100%	100%	100%	98% (94%)
7.1.6 ...estimant avoir été respectée durant les services	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100% (95%)
7.1.7 ...estimant que les intervenants sont compétents et cherchent à améliorer leur situation	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100% (96%)
7.1.8 ...satisfaite des services reçus au cours de l'année	100%	80%	89%	100%	100%	100%	94% (86%)
7.2 Proportion des usagers ayant relevé un irritant**; et plus particulièrement en lien avec :	11%	30%	11%	40%	30%	9%	20% (41%)
7.2.1 ...un manque de compréhension de la situation de l'utilisateur de la part des intervenants	11%	10%	11%	20%	20%	0%	11% (32%)
7.2.2 ...un manque d'expertise d'un intervenant	0%	10%	0%	40%	0%	9%	7% (12%)
7.2.3 ...une implication insuffisante de l'utilisateur dans ses services	0%	10%	0%	0%	20%	0%	6% (8%)
7.2.4 ...un sentiment d'insécurité durant les services	0%	0%	0%	20%	0%	0%	2% (6%)
Cote	4,0	3,0	3,5	3,0	3,0	3,5	3,5
(T0)	(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 5.

Très insatisfaisant	Insatisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant
0	1	2	3

4

Annexe 8. Résultats détaillés à partir de la perspective de l'utilisateur, par profil

Tableau 22. 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				Total (T0) N=54* (90)
		TSA N=14	DL N=13	DI N=10	DM N=17	
Entrevue téléphonique avec les usagers	1.1 Moyenne des réponses quantitatives des usagers; et plus spécifiquement la proportion ayant rarement eu à :	78%	44%	74%	88%	73% (67%)
	1.1.1 ...répéter leur histoire	71%	20%	60%	82%	67% (53%)
	1.1.2 ...transmettre des papiers ou des documents à des intervenants	85%	54%	89%	100%	79% (81%)
	1.2 Proportion des usagers ayant relevé un irritant**; et plus particulièrement en lien avec :	29%	54%	60%	6%	33% (36%)
	1.2.1 ...un manque de communication	29%	15%	30%	6%	19% (30%)
	1.2.2 ...l'utilisation de l'utilisateur comme courroie de transmission	7%	54%	20%	0%	19% (12%)
1.2.3 ...le caractère inapproprié d'un outil de collecte de données	0%	0%	10%	0%	2% (1%)	
		N=24	N=21	N=22	N=24	N=91* (92)
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 :	38%	19%	23%	42%	31% (42%)
	1.3.1 ...une communication insuffisante	25%	19%	23%	29%	24% (35%)
	1.3.2 ...un manque d'informations lors d'un transfert	8%	0%	0%	8%	4% (5%)
	1.3.3 ...l'utilisation de l'utilisateur comme courroie de transmission	0%	0%	0%	4%	1% (4%)
	1.3.4 ...la méconnaissance des mécanismes de transfert	4%	0%	0%	0%	1% (3%)
Cote (T0)	2,5 (2,0)	2,0 (2,5)	2,0 (2,5)	3,0 (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 1.2 et 1.3) est présenté aux Annexes 5 et 6.		0	1	2	3	4

Tableau 23. Résultats pour la dimension 2, Besoins de l'utilisateur, selon le profil clinique

Indicateurs en lien avec la dimension 2		Profils				Total (T0) N=54* (90)
		TSA N=14	DL N=13	DI N=10	DM N=17	
Entrevue téléphonique avec les usagers	2.1 Moyenne des réponses quantitatives des usagers; et plus spécifiquement la proportion jugeant :	93%	86%	76%	92%	88% (90%)
	2.1.1 ...avoir été évaluée	86%	77%	78%	94%	85% (89%)
	2.1.2 ...que l'évaluation a porté sur leur famille, leurs proches et leur environnement	100%	83%	50%	82%	81% (91%)
	2.1.3 ...que les services reçus ont répondu à leurs besoins	93%	100%	100%	100%	98% (89%)
	2.2 Proportion des usagers ayant relevé un irritant**; et plus particulièrement en lien avec :	43%	54%	30%	35%	41% (57%)
	2.2.1 ...une quantité insuffisante de services reçus	29%	15%	20%	35%	26% (40%)
	2.2.2 ...le caractère mal adapté d'une intervention	36%	31%	0%	6%	19% (33%)
2.2.3 ...la duplication d'un questionnaire ou d'une évaluation	7%	15%	20%	0%	9% (7%)	
		N=24	N=21	N=22	N=24	N=91* (92*)
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 :	33%	43%	14%	46%	34% (42%)
	2.3.1 ...la duplication d'un questionnaire ou d'une évaluation	25%	33%	5%	46%	27% (27%)
	2.3.2 ...le caractère non commun des évaluations	13%	10%	9%	21%	13% (16%)
	2.4 Proportion des usagers pour lesquels les besoins sont identifiés aux dossiers par les évaluateurs	96%	100%	86%	100%	96% (96%)
	2.5 Proportion des usagers ayant une évaluation globale des besoins aux dossiers (usagers adultes, OEMC)			74%	76%	75% (47%)
	2.6 Proportion des usagers ayant une évaluation globale des besoins aux dossiers (usagers moins de 18 ans)	83%	57%			71% (65%)
	2.7 Proportion des usagers pour lesquels les besoins identifiés aux dossiers ont été répondus selon les évaluateurs	63%	86%	68%	88%	76% (78%)
Cote (T0)	2,5 (2,0)	2,5 (2,0)	2,5 (2,5)	3,0 (2,5)	2,5 (2,5)	
* 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 (sections 2.2 et 2.3) est présenté aux Annexes 5 et 6.		0	1	2	3	4

Tableau 24. Résultats pour la dimension 3, Fluidité du cheminement de l'utilisateur, selon le profil clinique

Indicateurs en lien avec la dimension 3	Profils				Total (T0) N=54* (90)
	TSA N=14	DL N=13	DI N=10	DM N=17	
3.1 Moyenne des réponses quantitatives des usagers; et plus spécifiquement la proportion jugeant :	88%	84%	89%	97%	90% (91%)
3.1.1 ...tous les services reçus nécessaires	85%	92%	89%	100%	92% (92%)
3.1.2 ...n'avoir eu aucun service en double ou à compléter deux fois le même type de questionnaire	92%	77%	90%	94%	88% (90%)
3.2 Proportion des usagers ayant relevé un irritant**; et plus particulièrement en lien avec :	7%	15%	40%	12%	17% (38%)
3.2.1 ...un manque de suivi d'une demande de service	0%	0%	0%	0%	0% (18%)
3.2.2 ...un manque de coordination	0%	0%	0%	6%	2% (14%)
3.2.3 ...une rupture de service	7%	8%	30%	12%	13% (14%)
3.2.4 ...la prestation d'un service redondant	0%	8%	10%	6%	6% (9%)
3.2.5 ...la prestation d'un service non désiré pour pallier le manque d'accès au service désiré	7%	0%	0%	0%	2% (2%)
	N=24	N=21	N=22	N=24	N=91* (92*)
3.3 Proportion des usagers pour lesquels un irritant** a été relevé par les évaluateurs; et plus particulièrement en lien avec :	29%	24%	55%	21%	32% (60%)
3.3.1 ...un service spécifique donné par la mission CR	4%	5%	41%	4%	13% (23%)
3.3.2 ...un chevauchement entre des services de nature semblable	0%	5%	14%	13%	8% (22%)
3.3.3 ...un manque de coordination entre les installations ou les partenaires	4%	0%	14%	4%	5% (17%)
3.3.4 ...une fermeture de dossier à la suite d'une demande de service vers une autre installation	21%	10%	0%	4%	9% (7%)
3.3.5 ...une rupture de service autre qu'à la suite d'une demande de service vers une autre installation	0%	5%	14%	4%	5% (2%)
3.4 Proportion des usagers pour lesquels aucune rupture de service n'a été relevée par les évaluateurs	67%	67%	59%	75%	67% (59%)
Cote (T0)	3,0 (2,0)	2,5 (2,0)	2,0 (2,0)	3,0 (2,5)	2,5 (2,0)
	Très insatisfaisant	Insatisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant	
** Le descriptif des irritants (sections 3.2 et 3.3) est présenté aux Annexes 5 et 6.	0	1	2	3	4

Tableau 25. Résultats pour la dimension 4, Accompagnement de l'utilisateur, selon le profil clinique

Indicateurs en lien avec la dimension 4	Profils				Total (T0) N=54* (90)
	TSA N=14	DL N=13	DI N=10	DM N=17	
4.1 Moyenne des réponses quantitatives des usagers; et plus spécifiquement la proportion :	80%	83%	87%	82%	83% (72%)
4.1.1 ...sachant quoi faire pour avoir accès aux services	93%	77%	100%	76%	85% (79%)
4.1.2 ...jugeant l'accès aux services facile	79%	77%	70%	82%	78% (67%)
4.1.3 ...sachant à qui s'adresser en cas de problème	86%	92%	90%	88%	89% (79%)
4.1.4 ...affirmant avoir un intervenant pivot	64%	85%	89%	82%	79% (63%)
4.2 Proportion des usagers ayant relevé un irritant**; et plus particulièrement en lien avec :	29%	23%	50%	24%	30% (48%)
4.2.1 ...l'absence d'une personne ressource	14%	0%	20%	0%	7% (20%)
4.2.2 ...l'absence de soutien lors de l'accès aux services	14%	15%	40%	12%	19% (20%)
4.2.3 ...un bris dans la continuité relationnelle	7%	15%	20%	12%	13% (18%)
	N=24	N=21	N=22	N=24	N=91* (92*)
4.3 Proportion des usagers pour lesquels un irritant** a été relevé par les évaluateurs; et plus particulièrement en lien avec :	46%	14%	50%	38%	37% (38%)
4.3.1 ...un bris dans la continuité relationnelle	21%	14%	36%	21%	23% (26%)
4.3.2 ...un soutien insuffisant durant les services	8%	0%	32%	25%	16% (12%)
4.3.3 ...l'absence de soutien lors de l'accès aux services	25%	0%	5%	8%	10% (4%)
4.4 Proportion des usagers pour lesquels un intervenant pivot a été trouvé aux dossiers	63%	24%	68%	38%	48% (54%)
Cote (T0)	2,0 (2,0)	2,5 (1,5)	2,0 (2,0)	2,0 (2,0)	2,0 (2,0)
	Très insatisfaisant	Insatisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant	
** Le descriptif des irritants (sections 4.2 et 4.3) est présenté aux Annexes 5 et 6.	0	1	2	3	4

Tableau 26. Résultat pour la dimension 5, Options de services disponibles pour l'utilisateur, selon le profil clinique

Indicateurs en lien avec la dimension 5	Profils				Total (T0) N=54* (90)	
	TSA N=14	DL N=13	DI N=10	DM N=17		
5.1 Moyenne des réponses quantitatives des usagers; et plus spécifiquement la proportion :	88%	90%	90%	88%	89% (83%)	
5.1.1 ...ayant accès à de l'information claire, adaptée et facile à comprendre sur son état ou sa situation	85%	85%	90%	88%	87% (81%)	
5.1.2 ...ayant accès à de l'information claire, adaptée et facile à comprendre sur les services offerts	85%	92%	90%	94%	91% (82%)	
5.1.3 ...jugant avoir été impliquée au moment de choisir les services rendus	93%	92%	90%	82%	89% (89%)	
5.2 Proportion des usagers ayant relevé un irritant**; et plus particulièrement en lien avec :	14%	23%	10%	24%	19% (48%)	
5.2.1 ...un manque d'informations sur les services reçus	7%	8%	10%	0%	6% (27%)	
5.2.2 ...un manque d'informations sur les autres services disponibles	0%	8%	0%	6%	4% (21%)	
5.2.3 ...un manque d'informations sur son état ou sa situation	0%	15%	0%	6%	6% (18%)	
5.2.4 ...l'absence d'options de services	7%	0%	0%	12%	6% (11%)	
5.2.5 ...un manque de temps pour faire un choix sur les services	0%	8%	0%	0%	2% (1%)	
	N=24	N=21	N=22	N=24	N=91* (92*)	
Collecte dossiers cliniques	5.3 Proportion des usagers pour lesquels un plan d'intervention a été trouvé au dossier CLSC par les évaluateurs	52%	45%	47%	47%	49% (39%)
	5.4 Proportion des usagers pour lesquels un plan d'intervention a été trouvé au dossier CR par les évaluateurs	86%	67%	62%	43%	64% (78%)
Cote (T0)	2,5 (2,0)	2,5 (1,5)	2,5 (2,5)	2,5 (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 5.						
	Très insatisfaisant	Insatisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant		
	0	1	2	3	4	

Tableau 27. Résultats pour la dimension 6, Accessibilité aux services, selon le profil clinique

Indicateurs en lien avec la dimension 6	Profils				Total (T0) N=54* (90)
	TSA N=14	DL N=13	DI N=10	DM N=17	
6.1 Moyenne des réponses quantitatives des usagers; et plus spécifiquement la proportion :	76%	85%	93%	84%	84% (77%)
6.1.1 ...jugant avoir eu accès aux services à la date fixée, à l'endroit et avec l'intervenant tel que convenu	100%	100%	100%	94%	98% (96%)
6.1.2 ...n'ayant pas payé pour obtenir des services ou de l'équipement	71%	77%	100%	71%	78% (63%)
6.1.3 ...ne s'étant pas privé de services pour des raisons économiques	57%	77%	80%	88%	76% (71%)
6.2 Proportion des usagers ayant relevé un irritant**; et plus particulièrement en lien avec :	57%	69%	40%	41%	52% (80%)
6.2.1 ...la longueur des délais d'accès	50%	46%	30%	35%	41% (64%)
6.2.2 ...une planification problématique d'un service	0%	8%	10%	6%	6% (28%)
6.2.3 ...la privation d'un service	43%	15%	0%	6%	17% (18%)
6.2.4 ...le recours au privé pour pallier les problèmes d'accès	14%	0%	0%	0%	4% (12%)
6.2.5 ...la privation de matériel lié à la déficience de l'utilisateur	7%	15%	10%	6%	9% (10%)
6.2.6 ...l'indisponibilité d'un service à proximité	7%	8%	10%	12%	9% (3%)
Cote (T0)	2,0 (1,0)	2,0 (1,5)	3,0 (2,0)	2,5 (1,5)	2,5 (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 5.					
	Très insatisfaisant	Insatisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant	
	0	1	2	3	4

Tableau 28. Résultats pour la dimension 7, Expérience de l'utilisateur au regard des services reçus, selon le profil clinique

Indicateurs en lien avec la dimension 7	Profils				Total (T0) N=54* (90)
	TSA N=14	DL N=13	DI N=10	DM N=17	
7.1 Moyenne des réponses quantitatives des usagers; et plus spécifiquement la proportion :	97%	95%	99%	95%	96% (93%)
7.1.1 ... jugeant que les intervenants s'intéressent à leur environnement et leurs habitudes de vie	100%	92%	100%	88%	94% (100%)
7.1.2 ...sentant avoir été impliquée à toutes les étapes des services reçus	93%	83%	100%	88%	91% (93%)
7.1.3 ...se sentant capable de faire ce que les intervenants demandent	93%	85%	100%	94%	92% (83%)
7.1.4 ...se sentant en sécurité durant les services	100%	100%	100%	100%	100% (96%)
7.1.5 ...sentant de l'empathie de la part des intervenants	100%	100%	100%	94%	98% (94%)
7.1.6 ...estimant avoir été respectée durant les services	100%	100%	100%	100%	100% (95%)
7.1.7 ...estimant que les intervenants sont compétents et cherchent à améliorer leur situation	100%	100%	100%	100%	100% (96%)
7.1.8 ...satisfaite des services reçus au cours de l'année	93%	100%	90%	94%	94% (86%)
7.2 Proportion des usagers ayant relevé un irritant**; et plus particulièrement en lien avec :	29%	23%	20%	12%	20% (41%)
7.2.1 ...un manque de compréhension de la situation de l'utilisateur de la part des intervenants	7%	23%	20%	0%	11% (32%)
7.2.2 ...un manque d'expertise d'un intervenant	7%	0%	10%	12%	7% (12%)
7.2.3 ...une implication insuffisante de l'utilisateur dans ses services	14%	8%	0%	0%	6% (8%)
7.2.4 ...un sentiment d'insécurité durant les services	0%	0%	10%	0%	2% (6%)
Cote (T0)	3,5 (2,5)	3,5 (2,5)	3,5 (3,0)	3,5 (3,0)	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 5.



