

ÉVALUATION

de l'implantation du plan d'accès aux services
pour les personnes ayant une déficience
2008-2011

Afin de faire mieux ensemble

concertation continuité
mobilisation qualité **accessibilité**
concertation **mobilisation**
mobilisation continuité
qualité concertation

Rédaction

Ginette Côté

Personnes ayant participé à l'évaluation

Christine Lanctôt

Éditique : Nancy Labbé et Guylaine Fitzback

Révision linguistique : Anne Dauphinais

Comité de lecture :

Direction des personnes ayant une déficience :

Stéphane Aubut, Josette Chouinard, Christine Lanctôt et Rachel Ruest

Direction générale adjointe de la performance :

Éric Fournier et Monique Savoie

Gestionnaires d'accès :

Louise Aubert (Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine) et Renée-Lise Lepage (Saguenay-Lac-St-Jean)

Édition :

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

Le présent document a été publié en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse : **www.msss.gouv.qc.ca** section **Documentation**, rubrique **Publications**.

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012

Bibliothèque et Archives Canada, 2012

ISBN : 978-2-550-66522-9 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-66509-0 (version PDF)

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

Remerciements

Nos remerciements vont d'abord à chacune des 121 personnes rencontrées en entrevue individuelle ou en groupe de discussion lors de notre collecte de données dans les cinq régions évaluées. Toutes ces personnes nous ont partagé avec enthousiasme leur point de vue sur l'implantation du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience. Nos remerciements vont aussi aux gestionnaires d'accès d'établissement qui ont participé à la consultation que nous avons menée.

Nous tenons également à remercier tous les gestionnaires d'accès régionaux que nous avons côtoyés au cours des trois dernières années et spécialement ceux qui nous ont accueillis lors de notre visite sur le terrain.

Un merci particulier s'adresse à madame Christine Lanctôt qui a contribué à toutes les phases de l'évaluation, de l'élaboration du devis à la lecture minutieuse des nombreuses versions en passant par la participation à l'analyse des données. Nos remerciements vont aussi aux différentes personnes qui se sont succédé à la Direction des personnes ayant une déficience du ministère de la Santé et des Services sociaux et plus spécifiquement, mesdames Jocelyne Bélanger et monsieur Stéphane Aubut. Toutes ces personnes ont lu et commenté, en tout ou en partie, ce rapport permettant d'éclairer et d'enrichir l'analyse à chacune des étapes. Enfin, un merci va aux autres lecteurs qui ont également permis de peaufiner le document.

Table des matières

Sommaire.....	1
Introduction	4
Section 1- Le contexte de l'amélioration de l'accès aux services.....	5
Section 2- Considérations méthodologiques.....	14
Section 3- Le rôle et le soutien du Ministère dans l'implantation du plan d'accès	23
3.1 Le début de l'implantation.....	23
3.2 Les mécanismes de coordination et de communication	24
3.3 Les mécanismes de suivi et de reddition de comptes	31
En résumé.....	38
Section 4- La dynamique de collaboration intrarégionale.....	40
4.1 ... L'arrimage entre le projet clinique et le plan d'accès.....	40
4.2 ... Le soutien de l'Agence et la concertation régionale	42
4.3 ... Les liens entre les établissements	48
En résumé.....	61
Section 5- Le déploiement du plan d'accès à l'échelle locale	63
5.1 Le soutien des établissements.....	63
La mise en place et le rôle du gestionnaire d'accès d'établissement	63
La dynamique de soutien et de collaboration interne en CR	64
La dynamique de soutien et de collaboration interne en CSSS.....	66
5.2 La mise en place des mécanismes et la reddition de comptes.....	67
5.2.1 La résorption de la liste d'attente	67
5.2.2 Le processus d'accès et le cheminement de la demande	68
5.2.3 Les niveaux de priorité.....	72
5.2.4 La réponse écrite.....	75
5.2.5 Le début des services.....	75
5.2.6 La pression des délais et le début des services	78
5.2.7 La gestion des listes d'attente.....	82
En résumé.....	85
Section 6- Discussion.....	87
La gouvernance et le soutien.....	87
Les arrimages et la communication	89
La reddition de comptes.....	90
La collaboration entre les établissements	91
Les innovations dans l'organisation du travail.....	91
Jeux et pistes de réflexion	92
Conclusion	95
Références.....	96
Annexe 1- Engagement de confidentialité	98
Annexe 2- Cahier d'accompagnement - Table des matières	99
Annexe 3- Taux de respect des standards d'accès	100
Annexe 4- Analyse des PRAAC 2010-2011.....	101
Annexe 5- Cheminement de la demande de services : quelques exemples	102

Liste des tableaux et des figures

Tableau 1 Le type et le nombre d'informateurs rencontrés selon les établissements

Figure 1 Le processus d'accès aux services : étapes décisives

Figure 2 Modèle logique opérationnel de l'implantation du plan d'accès

Liste des sigles et des acronymes

AÉO	Accueil, Évaluation, Orientation
Agence	Agence de la santé et des services sociaux
AERDPQ	Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec
ACJQ	Association des centres jeunesse du Québec
AQESSS	Association québécoise des établissements de la santé et services sociaux
ARH	Agent de relations humaines
CPE	Centre de la petite enfance
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DÉ	Direction de l'évaluation du ministère de la santé et des Services Sociaux
DI-TED	Déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement
DOS	Directeur de l'organisation des services
DP	Déficience physique
DPAD	Direction des personnes ayant une déficience du ministère de la Santé et des Services Sociaux
FQCRDITED	Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
FQCRPAT	Fédération québécoise des centres de réadaptation pour les personnes alcooliques et autres toxicomanes
GMF	Groupe de médecine de famille
I-CLSC	Système d'Information sur la clientèle et les services des CLSC
IRD PQ	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
Ministère	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
PI	Plan d'intervention
P II	Plan d'intervention interdisciplinaire
PLAAC	Plans locaux d'amélioration de l'accès et de la continuité
PPALV	Personne en perte d'autonomie liée au vieillissement
PRAAC	Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité
Projet de loi n° 25	Loi sur les agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
Projet de loi n° 33	Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives
Projet de loi n° 83	Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives
Projet de loi n° 100	Loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours du budget du 30 mars 2010 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette
Projet de loi n° 125	Loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse et d'autres dispositions législatives
Projet de loi n° 127	Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux
PSI	Plan de services individualisés

RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RI	Ressource intermédiaire
RISPH	Réseau intégré de services pour les personnes handicapées
RLS	Réseau local de services (de santé et de services sociaux)
SIC-DI	Système d'information clientèle en déficience intellectuelle
SIPAD	Système d'information pour les personnes ayant une déficience
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive

Sommaire

Le *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience : Afin de faire mieux ensemble*, paru en 2008, concerne l'accès aux services offerts aux personnes présentant une déficience physique (DP), une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble envahissant du développement (TED). Des services spécifiques sont offerts en première ligne par les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et des services spécialisés sont dispensés en deuxième ligne par les centres de réadaptation (CR). Le déploiement du plan d'accès est prévu sur une période de trois ans (2008-2011) et une somme de 110 millions de dollars vient soutenir financièrement la démarche.

La mise en œuvre du plan d'accès implique le respect de standards d'accès (en heure et en jours) liés à des niveaux de priorité (urgent, élevé, modéré) en fonction du type d'établissement qui offre les services. Des standards de continuité, des mécanismes d'accès aux services ainsi que des modalités d'implantation et de reddition de comptes font également partie intégrante de son déploiement.

L'objectif principal de l'évaluation est d'analyser le processus d'implantation du plan d'accès et les objectifs spécifiques visent à : 1) documenter le processus de mise en œuvre du plan d'accès dans les CSSS et les CR; 2) examiner la dynamique de collaboration à l'intérieur des établissements (CSSS-CR), entre les établissements de la première et de la deuxième ligne et entre les établissements et leur agence; 3) mettre au jour les enjeux et les éléments qui facilitent ou qui contraignent la mise en œuvre du plan d'accès.

L'approche retenue est une étude de cas multiples basée sur 16 établissements distribués dans 5 régions du Québec. Les données ont été recueillies à partir de quatre sources dont la plus importante repose sur des entrevues et des groupes de discussion auprès de divers acteurs. Au total, 121 personnes ont été rencontrées entre les mois d'avril et juin 2010. Une mise à jour des données a été effectuée en s'appuyant sur les *Plans régionaux d'amélioration de l'accès et de la continuité* (PRAAC) déposés au cours de la dernière année d'implantation (2011). Parallèlement à ce travail, d'autres données ont aussi été considérées (documentation écrite, rencontres statutaires, consultation auprès des gestionnaires d'accès d'établissements). L'analyse des données est effectuée de manière transversale de façon à obtenir un portrait global de l'expérience du plan d'accès. Cependant, certaines particularités propres à chacun des cas sont mises en lumière afin d'en dégager des facteurs facilitant ou contraignant l'implantation.

À l'échelle nationale, le soutien du Ministère compte certainement parmi les éléments qui favorisent la mise en œuvre du plan d'accès. Ce soutien se traduit, entre autres, par une implication des autorités ministérielles dès le départ et en continu. Une équipe est d'ailleurs formée rapidement afin d'accompagner l'implantation et le suivi du plan d'accès. Cette équipe déploie des stratégies concrètes, mais souples en appui au travail des gestionnaires d'accès régionaux. Des mécanismes de coordination, de communication, de concertation et de reddition de comptes sont également développés dès 2008 et maintenus dans le temps (suivis statutaires, groupes de travail, forum Web, suivis des données).

Le soutien financier dédié au plan d'accès est également considéré comme « un bon coup du Ministère ». Dans l'ensemble, les CR bénéficient de sommes plus importantes que les CSSS, ce qui, du point de vue de plusieurs, questionne l'intention de « mettre l'accent sur la première ligne » et donc sur le développement des services en CSSS. Notons que l'argent reçu sert principalement à l'embauche de personnels professionnels et techniques qui offrent des services

aux usagers. Toutefois, le recrutement et la rétention de la main-d'œuvre demeurent des défis importants à relever pour les établissements et certaines régions sont plus touchées que d'autres.

Si le travail de collaboration entre le Ministère et les agences pour soutenir l'implantation est largement apprécié, « patiner en même temps qu'on fait la glace » comprend aussi quelques inconvénients. Par exemple, le manque de clarté entourant plusieurs notions clés du plan d'accès, l'insuffisance des travaux ministériels sur des éléments structurants préalables à son déploiement, les systèmes d'information clientèle pas tout à fait au rendez-vous, la présence de lignes parallèles de transmission des informations, le rythme et les objets de reddition de comptes de même qu'une ligne d'imputabilité pas toujours claire entraînent plusieurs effets non voulus tant à l'échelle régionale que locale (p.ex. variabilité dans l'offre de services d'une région à l'autre, duplication du travail, exacerbation des tensions entre CR et CSSS, effet d'entraînement sur d'autres dossiers). Seuls ou combinés, ces « irritants » donnent parfois lieu à des pratiques n'étant pas tout à fait dans l'esprit du plan d'accès et pour lesquelles il s'avère plus difficile d'apporter les correctifs nécessaires une fois qu'elles sont bien ancrées. Ainsi, afin de répondre à la reddition de comptes et « entrer dans les délais du plan d'accès », la majorité des personnes rencontrées mentionnent être régulièrement placées devant le dilemme suivant : répondre aux exigences administratives « avoir un beau bulletin » ou répondre aux besoins de l'utilisateur; le « premier service » étant au cœur de ce dilemme.

À l'échelle régionale, le soutien des agences et la collaboration entre les établissements offrent une certaine variabilité selon les régions à l'étude. Ainsi, dans les régions où l'on observe une grande concertation et beaucoup de travaux en lien avec les mécanismes et les standards à implanter, les gestionnaires d'accès régionaux disent bénéficier d'un très bon soutien de la part des autorités de l'agence. Ils affirment aussi que le plan d'accès est un dossier important pour celle-ci. Dans ces régions, les gestionnaires d'accès régionaux démontrent un grand leadership de type participatif et de nombreux outils sont développés pour faciliter le travail de leurs homologues dans les établissements. On note également le travail étroit entre le gestionnaire d'accès et le pilote de système d'information I-CLSC. Des liens de collaboration sont également tissés entre cette dyade et les personnes responsables de certains programmes et celles qui relèvent des ententes de gestion.

Dans les régions qui accusent un certain retard quant à la concertation régionale, on souligne la timidité de l'agence à exercer son rôle d'arbitrage et son manque de leadership. Dans ces régions, on constate que, malgré leurs efforts, les gestionnaires d'accès régionaux ont plus de difficulté à rallier les acteurs autour d'un projet commun. Pour différentes raisons, la mobilisation des acteurs y est plus difficile, même si tous adhèrent au plan d'accès et moins de travaux régionaux sont entrepris. Le travail conjoint de la dyade « gestionnaire d'accès et pilote régional de système d'information » est également moins soutenu.

De plus, dans chaque région, les établissements ont à redéfinir leurs frontières entre la première et la deuxième ligne. Les CR ayant amorcé le mouvement incitent en quelque sorte les CSSS à se définir. Des stratégies diverses sont alors déployées et certaines sont plus gagnantes que d'autres. La stratégie la plus prometteuse est sans doute celle qui mise sur le travail conjoint entre CR et CSSS d'une même région. Les établissements sont alors amenés à dépasser leur vision de protection de leur mission respective vers la coconstruction d'une vision basée sur un continuum de services, ce qui place l'utilisateur au cœur des discussions. À l'inverse, la redéfinition en « vase clos » ou en « silo » (p. ex. des CR), crée des tensions. Que ce soit de la part des CR ou des CSSS, le réflexe de dire : « c'est leur client » prend alors le dessus sur une approche qui mettrait l'accent sur les besoins des usagers à des moments précis pouvant être comblés parfois en première ligne et parfois en deuxième.

À l'échelle locale, le soutien des établissements, et plus précisément de la part des directions générales et des cadres supérieurs, est plus concret en CR qu'en CSSS. En CSSS, il est plus contrasté entre ceux qui bénéficient d'un bon soutien et les autres pour lesquels il semble plus modeste. Et bien que tous les acteurs rencontrés disent adhérer au plan d'accès, il s'agit souvent d'un projet d'établissement en CR alors que la vision commune est plus difficile à obtenir en CSSS. En ce sens, le gestionnaire d'accès d'établissement constitue un levier important dans la mobilisation des intervenants et des décideurs afin d'améliorer l'accès aux services. Toutefois, son rôle est mieux défini en CR qu'en CSSS. Son implication dans l'ensemble du cheminement des demandes de service de même que le temps consacré à l'actualisation de ses tâches vont également dans le même sens. Néanmoins, peu importe le type d'établissement, son imputabilité en égard au plan d'accès le place parfois dans une position d'autorité par rapport à d'autres collègues de même niveau hiérarchique. Cette situation peut être inconfortable lorsqu'il a peu d'appui de la part de la direction de l'établissement.

Dans la majorité des CR, le service d'accueil, d'évaluation et d'orientation (AÉO) a fait l'objet d'une révision en profondeur et la valeur ajoutée de cette réorganisation est signalée par les acteurs. On estime également que cette révision permet une plus grande fluidité à la fois dans le cheminement des demandes à l'interne et aussi avec les partenaires, en l'occurrence les CSSS. De plus, dans les CR, l'arrivée du plan d'accès agit comme un catalyseur pour effectuer des changements. À un rythme différent selon les établissements, la « prise en charge mur à mur » cède le pas au travail en épisodes de service et l'approche de groupe gagne du terrain. Toutefois, ces pratiques « bousculent » les façons de faire traditionnelles, modifient le rapport aux usagers et requièrent des ajustements plus importants de la part de certains intervenants.

Les changements instaurés dans les CSSS sont plus variables en nombre et en intensité selon les établissements. L'arrivée du plan d'accès permet la bonification, voire même la création d'une offre de services pour les personnes ayant une déficience, surtout en DI-TED. Des équipes dédiées sont formées dans certains cas et la compréhension de la fonction de l'intervenant pivot de l'établissement est en progression. Cependant, dans plusieurs CSSS, les demandes de services continuent d'arriver par de multiples portes et sont souvent traitées par plusieurs personnes ayant des formations diverses qui les orientent différemment. La triade composée du gestionnaire d'accès, du pilote de système d'information et des intervenants mériterait d'être renforcée. De plus, le plan d'accès met parfois en évidence des problèmes structurels déjà présents qu'il ne peut régler à lui seul (p. ex. frontière entre les programmes DI-TED et Jeunesse ou entre DP et Santé physique).

Enfin, soulignons que le plan d'accès doit être considéré dans une perspective d'amélioration continue. En ce sens, même si la grande majorité des mécanismes et standards sont déjà en place et que de nombreux changements sont survenus au cours des trois dernières années, des travaux restent encore à effectuer et des défis à relever.

Introduction

Le *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience : Afin de faire mieux ensemble*¹ (plan d'accès), paru en 2008, concerne l'accès aux services offerts aux personnes présentant une déficience physique (DP) (motrice, visuelle, auditive ou du langage), une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble envahissant du développement (TED). Les services spécifiques sont offerts en première ligne par les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et les services spécialisés sont dispensés en deuxième ligne par les centres de réadaptation (CR). Bien que d'autres partenaires (p. ex. écoles) puissent également proposer des activités, le plan d'accès s'adresse de manière plus spécifique aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

Pour mesurer l'atteinte des objectifs, le plan d'accès prévoit une stratégie d'évaluation en deux volets. Le premier volet, assuré par la Direction des personnes ayant une déficience (DPAD), repose sur une reddition de comptes qui consiste en un suivi des indicateurs liés à la conformité, aux standards d'accessibilité et de continuité ainsi qu'à l'efficacité et l'efficience du processus d'accès aux services. Le deuxième volet vise une démarche évaluative plus approfondie de l'implantation et du fonctionnement du plan d'accès. C'est à l'intérieur de ce deuxième volet que se situe la contribution de cette évaluation.

Le contenu du rapport

Le présent rapport vise à documenter le processus d'implantation du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience. La première section revient sur le contexte général de l'amélioration de l'accès aux services et présente de manière plus particulière les standards et les mécanismes à mettre en place dans le cadre du plan d'accès. La deuxième section retrace l'ensemble de la démarche méthodologique qui sous-tend l'analyse des données.

Le plan d'accès est ensuite abordé sous l'angle de sa mise en œuvre à l'échelle nationale, régionale et locale. Ainsi, la troisième section met au jour le rôle et le soutien du Ministère dans l'implantation du plan d'accès. Ce soutien se traduit, entre autres, par l'établissement de mécanismes de coordination, de concertation, de suivi et de reddition de comptes avec les agences.

La quatrième section est axée sur la dynamique de collaboration à l'échelle régionale. L'analyse de la collaboration met en lumière ses différentes dimensions telles que le leadership régional et du soutien de l'agence qu'il suppose. Une présentation de l'état de la concertation régionale dans les sites évalués est aussi présentée. Les liens plus étroits entre les types d'établissements que sont les CR et les CSSS sont également exposés.

La cinquième section fait état de l'avancement des travaux liés au plan d'accès et de la mise en place des dispositifs prévus pour son déploiement tant dans les CR que dans les CSSS. L'ensemble est présenté en mettant l'accent sur les changements organisationnels, les atouts et les contraintes partagés par tous ou par types d'établissements lorsque cela s'avère pertinent.

Enfin, la dernière section ouvre sur une discussion où les différents constats sont repris sous forme d'enjeux.

¹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2008. *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience. Afin de faire mieux ensemble*. Québec.

Section 1- Le contexte de l'amélioration de l'accès aux services

Le plan d'accès s'inscrit dans un contexte plus large d'accès aux services de santé et de services sociaux non seulement au Québec, mais aussi au Canada et dans d'autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). En effet, l'accès aux services et les délais d'attente qui lui sont liés constituent des préoccupations pour la plupart des systèmes de santé. Depuis au moins deux décennies, des pays comme le Royaume-Uni et la Suède, où se côtoient un système public et un système de soins privés, se sont dotés de mécanismes garantissant l'accès à certains services de santé. Au Canada, ces expériences ont été considérées à la fois par le comité sénatorial Kirby² et la Commission Romanow³ dont les travaux sur le système de santé se sont déroulés de manière concomitante au tournant des années 2000. Bien qu'ils adoptent des perspectives différentes sur certains aspects, les deux rapports ont formulé des recommandations quant aux délais d'attente. Alors que le premier rapport recommande « l'adoption d'une garantie nationale des soins de santé », la commission Romanow penche plutôt en faveur de l'utilisation de « nouveaux fonds fédéraux pour les services diagnostiques » et l'instauration « de mesures centralisées de gestion des listes d'attente, après l'adoption de critères normalisés pour établir l'urgence des cas »⁴. À la suite de ces travaux, à l'automne 2004, les premiers ministres provinciaux ont fait de la réduction des temps d'attente l'objectif principal de leur programme commun pour les services de radio-oncologie, de cardiologie, d'imagerie diagnostique, de remplacement des articulations et de restauration de la vue⁵.

En 2005, la Cour suprême du Canada, dans un jugement controversé et largement médiatisé (l'arrêt Chaouili), est venue invalider l'interdiction qui prévalait jusque-là de souscrire à une assurance privée pour l'obtention des soins de santé assurés par le secteur public. Les délais d'accès aux services étaient au cœur de la décision.

La réponse du gouvernement du Québec

En réponse au jugement de la Cour suprême du Canada, le gouvernement du Québec publie, en 2006, le livre blanc *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité* qu'il soumet à la consultation publique⁶. Le document propose un plan d'amélioration de l'accès aux services visant à réduire les délais d'attente, notamment en cardiologie tertiaire, en radio-oncologie et pour certaines chirurgies électives (remplacement de la hanche, du genou et la chirurgie de la cataracte). Ce plan est assorti de délais préétablis (30 jours, entre six et neuf mois et neuf mois et plus) et d'une ouverture restreinte à l'assurance maladie privée pour les chirurgies électives ciblées. Par ailleurs, un système d'information permettant de suivre et de gérer les listes d'attente, la désignation d'une personne à l'intérieur de l'établissement assurant la « prise en

² COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE, *La santé des canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral*, t. 6 : Recommandations en vue d'une réforme, [En ligne], 2002. [www.parl.gc.ca/37/2/parlbus/commbus/senate/...e/.../repoc02vol6-e.htm] (19 janvier 2010).

³ COMMISSION SUR L'AVENIR DES SOINS DE SANTÉ AU CANADA, *Guidé par nos valeurs. L'avenir des soins de santé au Canada*, [En ligne], 2002 (Commission Romanow). [www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/com/fed/romanow/index-fra.php] (19 janvier 2010).

⁴ PRÉMONT, M.-H., 2006. « La garantie d'accès aux services de santé : analyse de la proposition québécoise ». *Les Cahiers de droit* 539, vol. 47, n° 3 : 559-560.

⁵ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, 2006. *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité*, Document de consultation, Québec. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS), 2009. « L'accès aux soins : un sujet complexe » dans *Les soins de santé au Canada – revue de la dernière décennie*, chapitre 4. pp. 67-81. WILLCOX, S., SEDDON, M., DUNN, S., EDWARD, R.T, PEARSE J et J. V. TU, 2007. "Health Tracking Marketwatch Measuring and Reducing Waiting Times: A Cross-National Comparison of Strategies" dans *Health Affairs*, 26, n° 4 : 1078-1087.

⁶ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, 2006. *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité*, Document de consultation, Québec.

charge personnalisée » du patient de même que l'établissement de corridors de services intrarégionaux ou interrégionaux ou encore l'achat de services au Québec ou hors Québec sont également prévus⁷. Le projet de loi n° 33, adopté en 2006, fixe le cadre légal de cette garantie d'accès. Soulignons qu'aucun critère clinique permettant d'établir des niveaux de priorité selon la gravité des cas n'est inscrit ni dans le livre blanc ni dans le projet de loi. Enfin, des crédits ont été débloqués afin de soutenir cette garantie d'accès.

Dans le cas des chirurgies ciblées, le Québec met donc l'accent sur l'une des mesures généralement reconnues afin de réduire les listes d'attente, soit une meilleure gestion de l'attente⁸ (p. ex. gestion centralisée de l'attente, temps d'attente maximal garanti). Une autre mesure préconisée, soit l'augmentation de ressources financières, est aussi prise en compte. Enfin, la modernisation de la gestion et de l'organisation des soins (troisième mesure) fait aussi partie des considérations inscrites dans le livre blanc.

Le livre blanc aborde également les services aux personnes ayant des incapacités permanentes qui regroupent les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes ayant une déficience, soit une DP, une DI ou un TED⁹. Le document réitère les besoins en matière de soutien à domicile pour les personnes elles-mêmes, leurs proches aidants et le soutien à l'intégration sociale. Il met également en lumière plusieurs difficultés d'accès aux services, notamment pour les services résidentiels. Toutefois, comme le souligne le mémoire conjoint présenté par quatre associations d'établissements spécialisés à vocation régionale¹⁰, aucune mesure concrète en matière d'accès n'est proposée pour ces personnes. Pour pallier cette lacune, le mémoire fait une série de recommandations allant dans le sens, entre autres, d'une priorisation de la réponse aux besoins « de toutes les clientèles vulnérables », d'une reconnaissance légale « des services socialement requis » au même titre que ceux médicalement requis et d'un engagement « du gouvernement à étendre le principe de la garantie d'accès et son application, dans des délais cliniquement et socialement acceptables, aux services spécialisés autres qu'hospitaliers ». Un financement adéquat ainsi que le soutien du développement de la recherche sociale sont aussi recommandés. Soulignons que le mémoire de l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) va également dans le même sens¹¹.

⁷ PRÉMONT, Marie-Hélène, 2006. « La garantie d'accès aux services de santé : analyse de la proposition québécoise ». *Les Cahiers de droit* 539, vol. 47, n° 3 : 539-580.

⁸ TROTTIER, L.-H.; CONTANDRIOPOULOS, A.-P. et M.-A, FOURNIER, 2008. « La gestion des listes d'attente au Québec », dans *Le privé dans la santé – le Discours et les faits*, sous la direction de François Béland, André-Pierre Contandriopoulos, Amélie Quesnel-Vallée et Lionel Robert. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, p. 344 (342-366).

⁹ Le rapport de la Commission Clair avait déjà souligné les difficultés liées à l'accès aux services en réadaptation physique et en déficience intellectuelle. Toutefois, les délais d'accès ou d'attente n'ont pas fait l'objet de recommandations spécifiques. COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (COMMISSION CLAIR), 2000, Rapport et recommandations.

¹⁰ ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC (ACJQ), ASSOCIATION DES ÉTABLISSEMENTS DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE PHYSIQUE DU QUÉBEC (AERDPQ), FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLE ENVAHISSANT DU DÉVELOPPEMENT (FQCRDITED), et FÉDÉRATION DES CENTRES DE RÉADAPTATION POUR LES PERSONNES ALCOOLIQUES ET AUTRES TOXICOMANES (FQCRPAT), 2006. *Mémoire sur le document de consultation – Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité*, présenté à la Commission des affaires sociales.

¹¹ OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC, 2006. *Mémoire sur le document de consultation - Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité*, présenté à la Commission des affaires sociales.

La transformation du réseau : la fusion des établissements et la création des RLS

Parallèlement aux orientations contenues dans le livre blanc, plusieurs transformations ont été entreprises dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec au cours des années 2000. Ces changements s'inscrivent dans une perspective d'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services offerts à la population et pour lesquels un accent particulier est mis sur les services de première ligne tout en s'assurant de l'accès aux autres services plus spécialisés. La mise en place des groupes de médecine de famille (GMF) et des cliniques-réseau, dans le domaine de la santé, ou des plus récentes dispositions entourant la protection de la jeunesse¹², dans le cadre des services sociaux, en sont de bons exemples. Cependant, la réforme la plus importante est sans doute la création des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS).

D'abord, rappelons que le projet de loi n° 25, adopté en 2003, a renouvelé le mode d'organisation des services qui est maintenant basé sur les RLS. Comme point d'ancrage des RLS, on retrouve les CSSS, issus le plus souvent de la fusion d'établissements aux missions différentes (CH-CLSC-CHSLD)¹³ autour desquels gravitent des partenaires institutionnels, privés et communautaires¹⁴. Ensemble, ils doivent participer à l'offre de services en mettant un accent particulier sur ceux dispensés en première ligne et développer des mécanismes qui assurent la prise en charge des personnes et facilitent leur cheminement dans l'ensemble du réseau¹⁵.

Ce sont les agences de santé et de services sociaux (agences) qui ont la responsabilité de mettre en place ces réseaux et d'en assurer leur développement. Le projet de loi n° 83 adopté en 2005, clarifie la gouvernance du système et recentre les agences dans leurs fonctions de coordination en matière de financement, d'allocation de ressources humaines et de services spécialisés¹⁶. De nouveaux rôles sont aussi conférés aux CSSS.

Ainsi, les CSSS jouent désormais un rôle d'animation et de coordination de la collaboration entre les acteurs du RLS. Ils sont également « de manière exclusive, responsables de la définition du projet clinique et organisationnel » du territoire qu'ils desservent¹⁷. Le projet clinique, qui doit être élaboré en collaboration avec les partenaires, est basé sur neuf

¹² Projet de loi n° 125 modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse et d'autres dispositions législatives.

¹³ De manière plus particulière, les CSSS peuvent être issus de la fusion d'un ou de plusieurs centres locaux de services communautaires (CLSC), d'un ou de plusieurs centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, pour environ les deux tiers d'entre eux, d'un centre hospitalier de soins généraux communément appelé CH. Certains CSSS incluent également un centre de réadaptation (CR). Les CSSS peuvent ainsi chapeauter plusieurs missions (CH, CLSC, CHSLD et parfois CR) et de multiples installations, c'est-à-dire des lieux physiques où sont dispensés les services.

¹⁴ Plus précisément, ces partenaires peuvent être institutionnels (les centres de réadaptation en déficience intellectuelle, en déficience physique et en toxicomanie, les centres jeunesse, les centres hospitaliers à mission régionale ou universitaire), privés (pharmacies, maisons privées d'hébergement, médecins omnipraticiens) ou communautaires (groupes communautaires, entreprises d'économie sociale). Chacun des CSSS compose également avec d'autres partenaires issus d'autres réseaux ou secteurs d'activité (p. ex. commissions scolaires, municipalités, centres de la petite enfance).

¹⁵ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2004a, *L'intégration des services de santé et de services sociaux. Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale des services sociaux. p.12.

¹⁶ Notons que le projet de loi n° 127, adopté en 2010, visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux vient préciser certains rôles entre les paliers de gouvernance.

¹⁷ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2004b, *Projet clinique – Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux – Résumé*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux,

programmes-services¹⁸ dont ceux concernant la déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement et la déficience physique. La hiérarchisation des services et l'optimisation de leur qualité sont également envisagées dans une perspective de coresponsabilité de l'ensemble des partenaires du RLS (la responsabilité populationnelle).

Les documents ministériels en soutien aux programmes-services

Dans la foulée de cette transformation du réseau, le Ministère a produit des politiques, des orientations ou des plans d'action pour chacun des programmes-services. Ces démarches prônent toutes un meilleur accès aux services. À titre d'exemple, mentionnons que le *Plan d'action en santé mentale*¹⁹ fait référence à la mise en place d'un guichet d'accès aux services en santé mentale où s'effectue l'évaluation des patients par l'équipe de première ligne, dont le mandat est de diriger les personnes qui s'y présentent vers des services de première ou de deuxième ligne. Un mécanisme d'accès s'adressant spécifiquement aux jeunes est également prévu dans le *Plan d'action interministériel en toxicomanie*²⁰.

Dans le cas des services aux personnes ayant une déficience, le Ministère a produit, en 2003, des orientations générales pour le programme-service en DP dans lequel la détermination d'un temps d'attente maximal en matière de diagnostic, de réadaptation précoce et de services spécialisés de réadaptation fait partie des objectifs ayant trait à l'accès aux services. Dans cette perspective, une recension des écrits concernant les délais d'attente et leur impact en matière de réadaptation spécialisée a été effectuée²¹. Cette étude exhaustive démontre bien la complexité du phénomène des délais d'attente dans ce domaine et fait état de la difficulté d'établir des standards acceptables. Pour le volet DI, une politique de soutien de même qu'un plan d'action ministériel ont été rédigés en 2001. Dans ce cas, un mécanisme souple d'accès aux services ayant le CLSC (aujourd'hui CSSS) comme point d'entrée est recommandé. Pour le volet TED, un plan d'action est mis en œuvre en 2003 pour lequel l'accès aux services est retenu parmi les priorités nationales. Le bilan de ce plan d'action témoigne d'une certaine progression dans l'implantation des mesures concernant l'accès aux services. Cependant, beaucoup de chemin reste encore à parcourir²².

Par la suite, les travaux ministériels dans ces domaines se concentrent sur l'élaboration d'une offre de services pour chacun de ces programmes. En décembre 2006, une consultation sur les *Orientations 2007-2012* relatives aux standards d'accès, de continuité et de qualité en DP, DI-TED débute dans l'ensemble du réseau.

Rappelons que c'est à cette même période que se déroule la commission parlementaire qui mènera à l'adoption du projet de loi n^o 33 visant l'amélioration de l'accès aux services médicaux spécialisés et surspécialisés. À la suite de représentations faites par « le secteur des personnes handicapées » (FQCRDITD, AERDPQ) au cours de cette commission et plus particulièrement

¹⁸ Les autres programmes-services sont : santé publique, services généraux (activités cliniques et d'aide), personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PPALV), jeunes en difficulté, dépendances, santé mentale et santé physique.

¹⁹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2005. *Plan d'action en santé mentale. La force des liens*, Québec, p. 23.

²⁰ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2005. *Unis dans l'action. Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011*, Québec, p. 23.

²¹ BOUCHER, N., FOUGEYROLLAS, P., LEVESQUE, P. et K. ROY, 2005. *Les délais d'attente et leur impact en matière de réadaptation spécialisée. Les résultats de la recension des écrits*. Québec, IRDPQ-CIRRIIS.

²² POTVIN, N., 2009. *Les services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement, à leurs familles et à leurs proches. Bilan de la mise en œuvre 2005-2007 du plan d'action Un geste porteur d'avenir*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de l'évaluation.

auprès du Ministre de l'époque, une équipe du Ministère est alors mandatée pour préparer un document s'inscrivant « dans la ligne de la garantie d'accès ».

Le secteur des personnes handicapées a fait des représentations en commission parlementaire auprès du Ministre, pour dire qu'une garantie d'accès dans les services sociaux ne serait pas une mauvaise idée. La réponse politique a été qu'il n'y aurait pas de garantie d'accès au même titre que dans le secteur de la santé physique parce que c'était plus complexe dans le sens que ce sont des problèmes à long terme, etc. La question était : « Comment garantir un accès à des services qui n'étaient pas épisodiques ou qui n'étaient pas comme des services de santé? ». Une équipe du Ministère a été mandatée pour préparer quelque chose qui s'inscrirait dans la ligne de la garantie d'accès. (G)²³

L'élaboration du plan d'accès

D'abord proposé comme un plan d'accès en réadaptation pour la DP et la DI-TED, c'est-à-dire en deuxième ligne, l'idée d'inclure les services dispensés en CSSS dans le document fait son chemin. Ceci a l'avantage de prendre en compte les services qui y sont déjà offerts, mais surtout de mettre l'accent sur la nécessité de développer une offre de services en première ligne. De plus, même si la DP et la DI-TED sont deux programmes-services distincts, l'option en faveur de la rédaction d'un seul plan d'accès est retenue sur la base du principe de « l'équité entre les clientèles »²⁴. Ainsi, les mêmes standards d'accessibilité et de continuité des services s'appliquent à tous les usagers, peu importe le type de déficience. Comme nous le verrons plus loin, ce choix a des conséquences surtout en CSSS puisque les deux programmes-services relèvent généralement de directions différentes et des difficultés d'arrimage sont constatées.

Le plan d'accès se construit en fonction d'un échéancier serré à partir des offres de services et des orientations qui circulaient déjà dans le réseau et du livre blanc sur l'amélioration de l'accès aux services médicaux spécialisés. Il s'appuie également sur une collecte de données relatives à l'accès effectuée dans les CSSS et les CR. À l'aide du système d'information I-CLSC et de la banque de la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ), les délais moyens, les profils d'intervention et la consommation de services sont documentés en première ligne. Pour les CR, ce type de collecte de données se heurte, entre autres, à l'incompatibilité des systèmes d'information. Dans un cas comme dans l'autre, on estime que les données sont « partielles », mais qu'elles donnent un aperçu de la situation. Des données plus qualitatives concernant le processus d'accueil, d'évaluation et d'orientation (AÉO) des demandes de services sont également colligées dans les deux types d'établissements. L'ensemble sert d'argumentaire au mémoire déposé au conseil des ministres pour l'octroi des sommes (110 millions de dollars) qui permettront le déploiement du plan d'accès.

En cours de rédaction, des consultations ciblées sur certaines sections du document sont réalisées auprès de représentants des associations d'établissements, d'agences et d'établissements. De manière plus particulière, les associations d'établissements sont mises à contribution dans la réflexion sur les délais d'accès aux services et les standards liés aux différents niveaux de priorité. De plus, des présentations du plan d'accès sont faites auprès des

²³ Afin de préserver la confidentialité des sites et l'anonymat des informateurs, un code remplace leur nom et leur provenance. Toutefois, les abréviations suivantes sont utilisées afin de préciser le type d'informateur : GAR= gestionnaire d'accès régional, GA= gestionnaire d'accès d'établissement, Pil= pilote de système d'information et Grp= groupe de discussion. Afin d'éviter que certains personnes soient facilement identifiées, l'emploi d'une simple lettre de l'alphabet (p. ex. G-F) est aussi utilisé.

²⁴ Seule l'AERDPQ souhaitait la coexistence de deux plans d'accès, l'un pour la DP, l'autre pour la DI-TED.

Directeurs de l'organisation des services (DOS) des agences²⁵. Par la suite, des gestionnaires d'accès régionaux et d'établissements seront nommés par les agences pour les uns, et par les CSSS et les CR pour les autres afin d'en assurer l'implantation.

Le plan d'accès s'inscrit donc à la suite d'une série de politiques, d'orientations et de plans d'action en DP, en DI ou en TED rédigés à partir des années 2000. Toutefois, ce sont surtout les travaux entourant l'adoption d'un projet de loi visant à garantir l'accès aux services médicaux spécialisés et surspécialisés qui lui donneront son impulsion. En ce sens, le plan d'accès s'inspire fortement du mécanisme d'accès décrit plus haut pour certaines chirurgies électives tout en ayant comme préoccupation « la prise en compte globale de la personne », alors que le recours au secteur privé se résume à l'achat de services, tel que parfois pratiqué.

La présentation du plan d'accès

En plus de convenir du caractère hétérogène des personnes ayant une déficience, des aspects significatifs, persistants et souvent concomitants de leurs incapacités, le plan d'accès part de certains constats quant aux services qui leur sont offerts :

- les CSSS assurent des services à long terme alors que les épisodes de service peuvent être plus ou moins longs en CR;
- les deux types d'établissements doivent conjuguer avec les besoins à long terme et les nouvelles demandes;
- une longue liste d'attente pour recevoir les services (p. ex. 11 000 en CR);
- une grande hétérogénéité dans les pratiques et les critères utilisés pour déterminer l'ordre d'accès aux services;
- les listes d'attente sont déterminées et contrôlées en fonction d'une variété de méthodes et de structures, chacune ayant des implications quant à l'équité et à l'accès.
- les données probantes disponibles ne permettent pas aux établissements de s'appuyer sur des normes quant à la précocité, à l'intensité et à la durée des interventions pour l'ensemble de la clientèle.

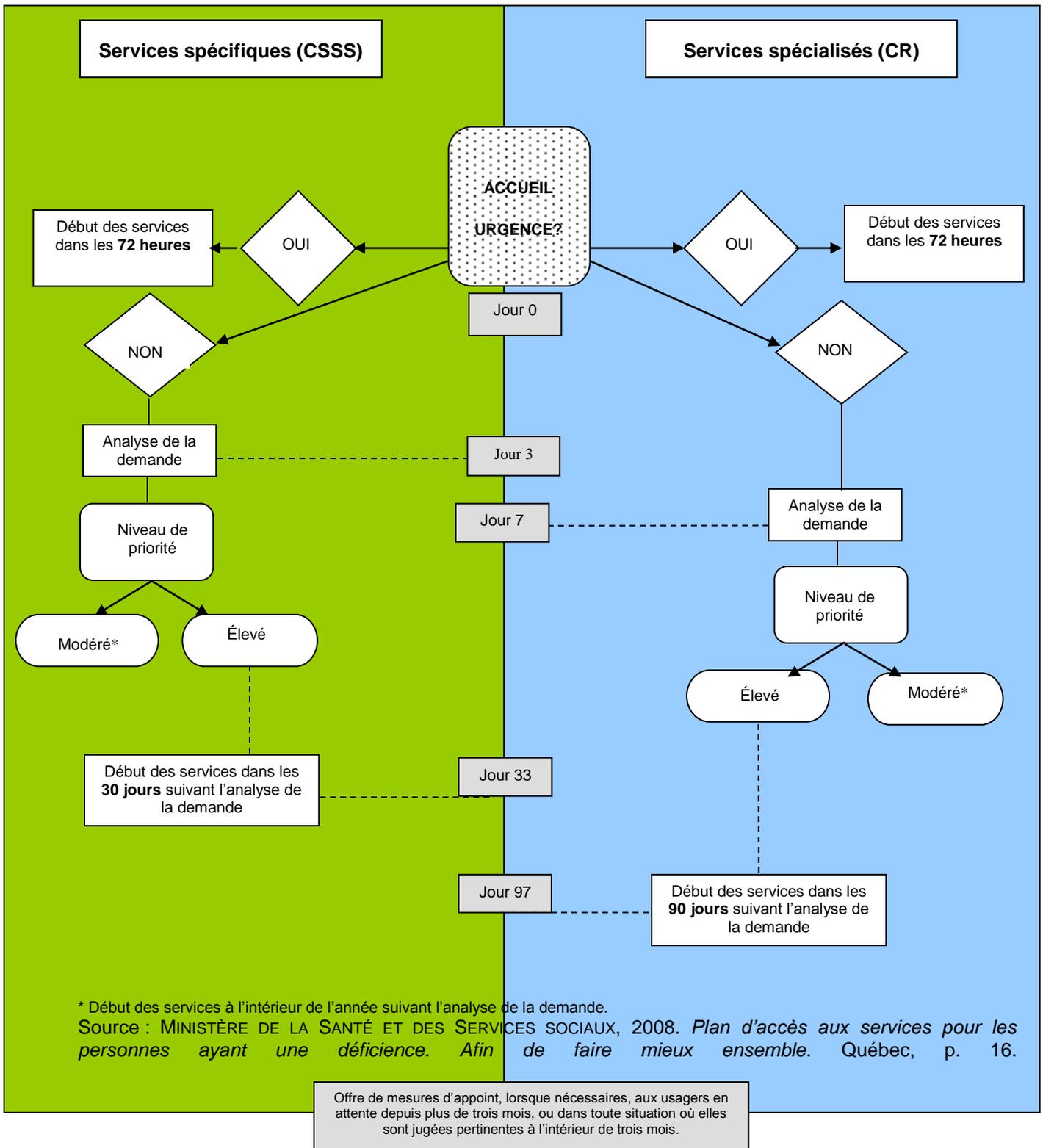
Guidé par sept **principes** touchant autant la satisfaction des besoins, l'équité interrégionale, l'intégration et la complémentarité des services, la mobilisation des acteurs que la rigueur de la gestion de l'accès et l'utilisation de données probantes, le plan d'accès vise deux **objectifs** : 1) assurer aux personnes ayant une déficience un accès aux services dont elles ont besoin dans des délais raisonnables; 2) optimiser et harmoniser les processus, la gestion de l'accès aux services et l'organisation des services.

Afin d'atteindre ces objectifs, des **standards d'accès** (en heures et en jours) liés à des **niveaux de priorité** (urgent, élevé, modéré) sont proposés en fonction du type d'établissement qui offre les services. Dans le cas des demandes jugées urgentes, les services doivent commencer dans les 72 heures suivant la demande tant en CSSS qu'en CR. Dans les autres cas, le temps consacré à l'analyse de la demande est de trois jours en CSSS et de sept jours en CR. Si un niveau de priorité élevé est accordé à la demande, le début des services doit s'effectuer 30 jours après cette analyse dans les CSSS. Dans le cas des CR, les services doivent être offerts dans les 90 jours suivant l'analyse. Enfin, tant les CSSS que les CR doivent répondre à l'intérieur

²⁵ Le plan d'accès a aussi été diffusé auprès des directeurs généraux de l'AERDPQ et de la FQCRDITED et au comité exécutif de l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), aux différents organismes nationaux de promotion et de défense de droits des personnes ayant une déficience, au conseil d'administration de l'OPHQ ainsi qu'à la Table de main-d'œuvre en réadaptation. Des présentations ont également été faites au Ministre et à la Ministre déléguée de la Santé et des Services sociaux.

d'une année aux demandes dont le niveau de priorité est modéré. L'ensemble de ces standards sont illustrés dans le schéma suivant.

Le processus d'accès aux services : étapes décisives



Notons que des mesures d'appoint ou des activités ponctuelles sont prévues au plan d'accès pour les personnes en attente de services. Des mesures supplétives, tels le soutien interétablissement ou interrégional, le recours aux partenaires publics ou au secteur privé, sont aussi suggérées lorsqu'un établissement ne peut répondre aux demandes de services. De plus, le processus d'accès permet également d'assurer à la personne une réponse écrite et personnalisée à sa demande.

La désignation d'un intervenant pivot de l'établissement, lorsque les services sont dispensés par un seul établissement, et d'un intervenant pivot du réseau (ci-après : intervenant pivot-réseau), lorsque les services sont donnés par plusieurs établissements, de même que l'élaboration d'un plan de service individualisé (PSI) constituent les **standards de continuité** inscrits dans le plan d'accès.

Parmi les mécanismes prévus pour assurer une approche systématique de l'accès aux services, mentionnons la nomination d'un **gestionnaire d'accès** dans chacun des établissements et d'un gestionnaire d'accès dans chacune des agences. Un ensemble de responsabilités sont décrites pour chacune de ces fonctions. Le plan d'accès insiste également sur la mise en place du **mécanisme d'accès** incluant, entre autres, la **révision des trajectoires de services**, **l'évaluation et l'amélioration des processus d'accès**, la **gestion centralisée et standardisée** des listes d'attente et la **gestion intégrée** de l'accès à l'échelle régionale.

Cinq conditions essentielles à l'implantation du plan d'accès sont retenues :

- le financement;
- les systèmes d'information clientèle (I-CLSC, Système d'information pour les personnes ayant une déficience -SIPAD);
- le leadership des paliers local, régional et provincial;
- la concertation régionale;
- l'innovation dans l'organisation du travail (révision des pratiques, solutions novatrices à la pénurie de la main-d'œuvre, téléadaptation et autres technologies).

L'implantation du plan d'accès est prévue sur une période de trois ans (2008-2011) et comprend des étapes décisives, chacune d'elles incluant de manière progressive l'application des standards prévus. Les mécanismes de reddition de comptes, quoique peu développés dans le document, visent à apprécier la conformité aux standards (p. ex. délais d'accès), mais aussi l'optimisation des processus. L'élaboration d'un *Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité* (PRAAC) fait également partie des documents à produire en réponse aux demandes du Ministère.

Section 2- Considérations méthodologiques

Cette section revient sur l'ensemble de la démarche méthodologique qui guide l'analyse à partir de la formulation du mandat de l'évaluation, des objectifs poursuivis, du type d'évaluation retenu et du cadre conceptuel et opérationnel qui sert d'assise à l'ensemble de la stratégie d'évaluation déployée. Les avantages et limites de la démarche proposée sont également abordés.

Le mandat et les objectifs de l'évaluation

À la demande de la Direction générale des services sociaux du Ministère (DGSS) et plus particulièrement de la DPAD, la Direction de l'évaluation (DÉ) a élaboré un devis d'évaluation afin d'examiner les différentes dimensions de l'implantation du plan d'accès. Cette proposition d'évaluation a été entérinée en mars 2010.

L'objectif principal de l'évaluation est d'analyser la mise en œuvre du plan d'accès afin de soutenir la prise de décision.

Les objectifs spécifiques visent à :

1. documenter le processus de mise en œuvre du plan d'accès dans les CSSS et les CR;
2. examiner la dynamique de collaboration à l'intérieur des établissements (CSSS, CR), entre les établissements de la première et de la deuxième ligne et entre les établissements et leur agence;
3. mettre au jour les enjeux et les éléments qui facilitent ou contraignent la mise en œuvre du plan d'accès.

Le type d'évaluation

Dans le réseau de la santé et des services sociaux, des « interventions » sont mises en œuvre pour corriger des situations problématiques. Le plan d'accès pour les personnes ayant une déficience en constitue un exemple. Par l'implantation du plan d'accès, on souhaite intervenir sur l'accès et la continuité des services offerts aux personnes ayant une déficience.

L'évaluation du plan d'accès repose sur une analyse d'implantation qui « consiste à étudier les relations entre une intervention et son contexte durant sa mise en œuvre. Elle vise à apprécier comment, dans un contexte particulier, une intervention provoque des changements²⁶ ». L'évaluation de l'implantation comporte avant tout un volet descriptif important puisque son objectif est de comprendre son déroulement. Dans ce contexte, cette méthode d'évaluation convient tout à fait à l'objet d'étude ainsi qu'aux objectifs puisqu'elle permet, lors de l'introduction d'une nouvelle intervention, de mieux cerner la dynamique d'implantation et les facteurs explicatifs critiques.

Le cadre conceptuel et opérationnel

Le modèle logique opérationnel qui représente la façon dont le plan d'accès devrait permettre d'atteindre les objectifs d'intervention est inspiré des travaux de Giddens²⁷ qui accordent une grande importance à l'expérience des acteurs impliqués dans un changement organisationnel

²⁶ CHAMPAGNE, F., BROUSSELLE, A., HARTZ, Z., CONTANDRIOPOULOS, A.-P., DENIS, J.-L., 2009. « L'analyse de l'implantation » dans *L'évaluation : concepts et méthodes*, Québec, Les presses de l'Université de Montréal, p.225.

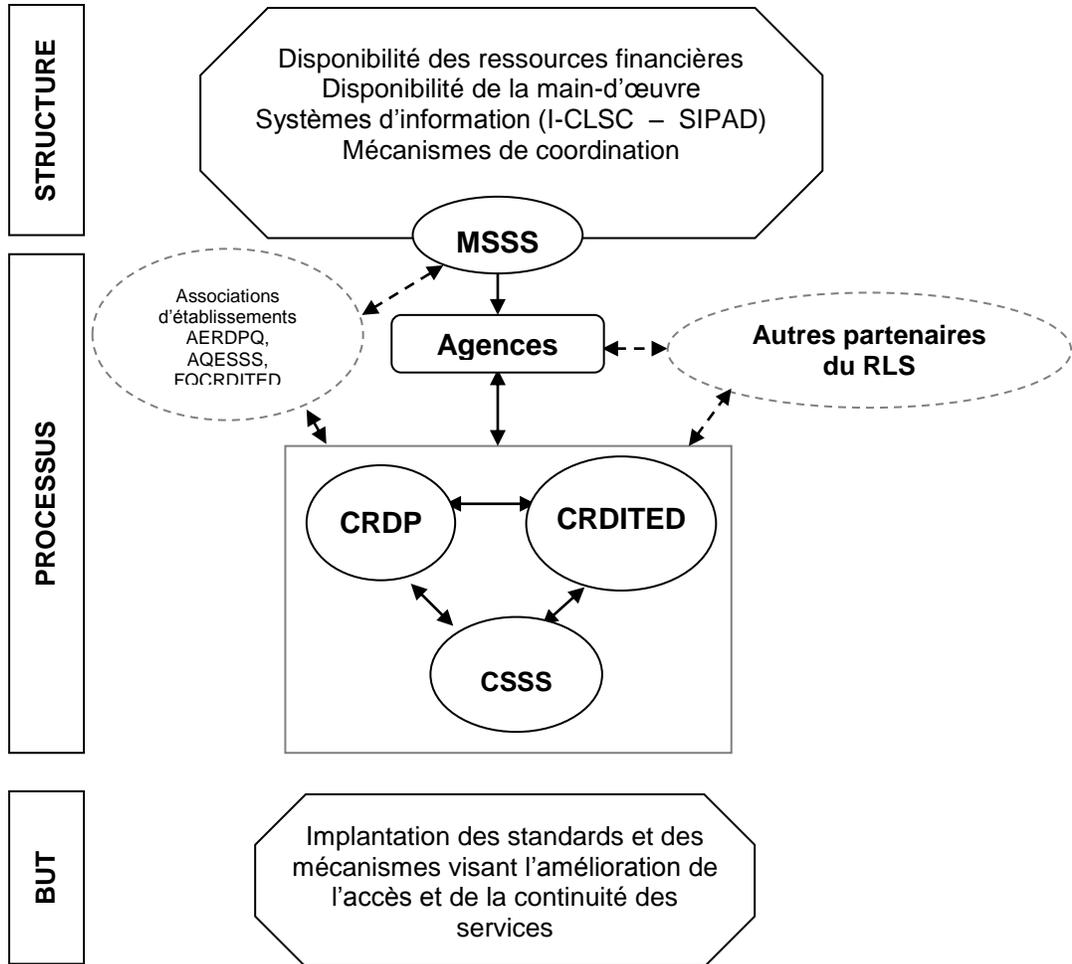
²⁷ GIDDENS, A., 1987. *La constitution de la société*, Paris, Presses universitaires de France.

ainsi qu'au contexte entourant leurs actions. L'implantation du plan d'accès est ici conçue comme un système organisé d'actions dans un environnement donné qui comprend des acteurs, une structure (l'ensemble des ressources et des règles qui échappent au contrôle des acteurs), des processus (les relations entre les ressources et les activités) et un but.

La structure correspond aux conditions dans lesquelles se déploie le plan d'accès et réfère à la disponibilité des ressources financières et de la main-d'œuvre, aux systèmes d'informations (I-CLSC et SIPAD) ainsi qu'au mécanisme de coordination central (Ministère-agences). Le processus d'implantation du plan d'accès est mis en œuvre par les divers groupes d'acteurs impliqués, soit le Ministère, les agences, les CSSS et les CR, les associations d'établissements avec, le cas échéant, l'implication d'autres partenaires du RLS (milieux communautaire, scolaire et privé). Plus précisément, on s'attarde aux interactions entre ces acteurs ainsi qu'à la dynamique interne dans les établissements concernés par le plan d'accès (CSSS et CR), le tout dans un contexte de changement. Enfin, le but consiste à améliorer l'accès et la continuité des services pour les personnes ayant une déficience, et ce, par la mise en place de mécanismes et de standards. Or, l'atteinte des objectifs du plan d'accès est largement tributaire des conditions structurelles et des actions concertées provenant des acteurs. Ce modèle permet de répondre aux objectifs de l'évaluation et d'effectuer les liens nécessaires entre la structure, le processus et le but. Par l'évaluation de l'implantation du plan d'accès, les éléments qui facilitent ou qui contraignent sa mise en œuvre seront mis en perspective. Pour leur part, les processus d'interaction seront opérationnalisés sous l'angle plus large de la collaboration.

FIGURE 1

Modèle logique opérationnel « Implantation du Plan d'accès »



Afin de mieux rendre compte des processus d'interaction, nous nous appuyons sur un modèle conceptuel développé par D. D'Amour et ses collaborateurs²⁸. Quatre dimensions posent les assises du processus de structuration de la collaboration : 1) la délégation de la régulation, 2) la finalisation, 3) l'intériorisation, 4) la formalisation. Chacune de ces dimensions est composée de plusieurs variables qui sont adaptées pour les besoins du projet.

La délégation de la régulation renvoie à la fois à des dimensions externe et interne. La dimension externe fait référence au contexte sociopolitique dans lequel se déploie le plan d'accès. Quatre variables sont retenues pour faire état de la dimension interne de la délégation des responsabilités dans la régulation de l'action collective, soit la centralité (p. ex. clarté des rôles entre les établissements de première et de deuxième ligne), le leadership (p. ex. capacité de mobilisation des gestionnaires d'accès, des directions générales, des agences et du Ministère), le partage des expertises (p. ex. changements dans les tâches) et des ressources (p. ex. transfert de ressources à l'intérieur des établissements ou entre les établissements), la connectivité et la concertation (p. ex. présence de mécanismes de coordination, (PSI), projets conjoints).

La finalisation comprend deux dimensions, la finalité (p. ex. but commun, vision partagée) et l'allégeance des acteurs au plan d'accès.

L'intériorisation se rapporte au processus d'interconnaissance qui est constitué d'un ensemble d'actions qui amènent les différents acteurs à se connaître (occasions de se rencontrer et de collaborer). Les perceptions quant à la relation de confiance dans les échanges sont également mises au jour.

La formalisation fait référence surtout aux mécanismes et outils mis en place pour favoriser la collaboration ou les trajectoires de services (p. ex. les protocoles et les ententes formelles tant à l'interne qu'avec les partenaires). Les modalités d'échange d'informations tant cliniques qu'administratives (I-CLSC, SIPAD), de même que la communication à l'égard de l'information concernant l'implantation du plan d'accès viennent renforcer cette dimension de la formalisation de la collaboration.

La stratégie d'évaluation

Dans le cadre de cette évaluation de type qualitatif, l'étude de cas multiples à niveaux d'analyse imbriqués a été retenue comme stratégie. D'une part, « la méthode des études de cas est celle qui convient le mieux à l'analyse de l'implantation » (Yin, 1994; Eisenhardt, 1989; Stake, 1994)²⁹. D'autre part, l'étude de cas est particulièrement appropriée lorsque l'analyse du contexte est centrée sur les dynamiques d'interaction entre les acteurs concernés par l'implantation, lorsqu'il s'agit d'une analyse processuelle et lorsqu'il est difficile de dissocier un objet d'étude de son contexte.

Bien que la puissance explicative de l'étude de cas dépende de la profondeur de l'analyse et non du nombre d'unités d'analyse³⁰, les études de cas multiples permettent, grâce à leur logique

²⁸ D'AMOUR, D., et COLL., 2003. *Étude comparée de la collaboration interorganisationnelle et de ses effets : le cas des services en périnatalité*, Montréal, GRIS, en collaboration avec le centre FERASI, R03-07.

²⁹ CHAMPAGNE, F., CONTANDRIOPOULOS, A.-P., BROUSSELLE, A., HARTZ, Z., DENIS, J.-L., 2009. « L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes » dans *L'évaluation : concepts et méthodes*, Québec, Les presses de l'Université de Montréal, p. 55.

³⁰ CHAMPAGNE, F., BROUSSELLE, A., HARTZ, Z., CONTANDRIOPOULOS, A.-P., DENIS, J.-L., 2009. « L'analyse de l'implantation » dans *L'évaluation : concepts et méthodes*, Québec, Les presses de l'Université de Montréal, p. 240.

de reproduction des analyses, d'en généraliser certains résultats avec plus d'assurance³¹. En effet, l'analyse de plusieurs cas vise à déterminer s'il y a reproduction des processus étudiés dans différents milieux. Cette démarche permet également de mieux répondre à une préoccupation ministérielle, soit de cerner les facteurs qui facilitent ou compromettent l'implantation d'une intervention et, par extension, de guider les travaux futurs dans le cadre de cette implantation qui est appelé à évoluer dans le temps ainsi que d'en améliorer le modèle dans l'éventualité d'une application à d'autres programmes.

L'étude de cas à niveaux d'analyse imbriqués permet d'observer des comportements et des processus organisationnels à plusieurs niveaux. Ainsi, divers critères de sélection ont été ciblés afin de saisir le déploiement du plan d'accès dans des milieux différents et de comprendre les processus organisationnels et leur articulation aux niveaux ministériel, régional et local.

La sélection des cas

Les études de cas ont été réalisées dans cinq régions du Québec. Le choix des sites a été guidé par certains critères. D'abord, dans chacune de ces régions, une courte entrevue téléphonique avec le gestionnaire d'accès de l'agence a permis d'obtenir des informations sur chaque CSSS du territoire. Par la suite, nous avons ciblé un CSSS et les CR partenaires à évaluer tout en nous assurant de couvrir la plus grande diversité des situations possibles en prenant en compte :

- région centrale, périphérique ou éloignée;
- présence d'un ou de plusieurs CR dans la région;
- importance de la liste d'attente au départ;
- taux de résorption de la liste d'attente;
- taux de respect des délais;
- avancement des travaux (p. ex. transferts de ressources financières et de personnel);
- historique de concertation régionale.

Des données issues de la documentation écrite (p. ex. correspondance, PRAAC) ont également été prises en considération. Tous les CSSS et les CR ont été évalués en préservant **la confidentialité des sites et l'anonymat des informateurs**³².

La collecte de données

Afin de documenter les cas, les données ont été recueillies à partir de quatre sources : la documentation écrite, les rencontres statutaires entre le Ministère et les gestionnaires d'accès régionaux, la consultation auprès des gestionnaires d'accès d'établissements, les entrevues individuelles ou en groupes de discussion. La collecte terrain s'est déroulée au printemps 2010 (avril à juin), mais un pré-terrain a été effectué à l'hiver de la même année, ce qui a permis de mieux cibler les acteurs à rencontrer par la suite.

³¹ YIN, R.K, 1994. *Case study research. Design and methods*, second edition. London : Sage publications.

³² Un engagement de confidentialité signé par les deux membres de l'équipe d'évaluation a été acheminé à chacune des directions des établissements ciblés (voir annexe 2).

La documentation écrite

Pour les cinq sites sélectionnés, la documentation écrite fournie par les gestionnaires d'accès régionaux et l'équipe d'implantation a été compilée. Par exemple, les tableaux de bord (section commentaires) et les analyses régionales thématiques devant être complétés à périodes fixes et en continu ainsi que les PRAAC ont été considérés. De la même manière, les orientations régionales ou les programmes-services élaborés localement dans le cadre du projet clinique, les plans locaux d'amélioration de l'accès et de la continuité (PLAAC), le cas échéant, ou encore tous les documents jugés pertinents ont été pris en compte. Les rencontres statutaires

Les rencontres statutaires

Depuis 2008, nous avons participé à près d'une vingtaine de rencontres impliquant l'équipe d'implantation du Ministère et tous les gestionnaires d'accès régionaux. Le contenu de ces rencontres a permis de documenter « le point de vue des régions » sur l'implantation du plan d'accès. Le forum Web d'échanges a également été considéré. La consultation

La consultation

À l'exception du pré-terrain, une consultation auprès de l'ensemble des gestionnaires d'accès d'établissement dans chacune des régions à l'étude a été effectuée. Cette consultation regroupe une douzaine de questions. Elle s'est déroulée lors de notre séjour sur le terrain à l'occasion d'une rencontre organisée par le gestionnaire d'accès de l'agence avec les gestionnaires d'accès des établissements.

Les entrevues et les groupes de discussion

Des entrevues individuelles et des groupes de discussion, dont la durée varie entre 1 h30 et 2 h, ont été menés dans 5 agences et 16 établissements : 6 CSSS, 5 CRDP, 4 CRDITED et 1 CR ayant un statut particulier³³.

TABLEAU 1

Le type et le nombre d'informateurs rencontrés selon les établissements

	Agence (nb)	CRDP (nb)	CRDITED (nb)	CR (statut particulier) (nb)	CSSS (nb)	Total (nb)
Gestionnaire d'accès	8*	5	4	1	9*	27
Pilote de système d'information ou archiviste	5	4	3**	1	4**	17
Autre membres du personnel (intervenants, coordonnateurs)		20	13	10	25	68
Total	13	29	20	12	38	112

* Parfois, il arrive que deux personnes ou plus occupent la fonction de gestionnaires d'accès ou qu'il soit accompagné par son supérieur lors de l'entrevue.

³³ Précisons que 2 CSSS ont été ciblés dans une même région lors du pré-terrain et que dans une autre région, le CSSS choisi comptait 2 CRDP partenaires, d'où la non-concordance entre le nombre de régions et le nombre d'établissements.

** Dans certains cas, nous n'avons pas eu l'occasion de rencontrer le pilote de système d'information ou l'archiviste.

Les acteurs rencontrés exerçaient les fonctions suivantes : gestionnaire d'accès, pilote de système d'information ou archiviste, coordonnateur de programme, intervenant. Les intervenants participant aux groupes de discussion provenaient soit du service d'accueil, d'évaluation et d'orientation, ou étaient rattachés à l'un ou l'autre programme-service DP ou DI-TED. Ils avaient surtout des formations académiques en éducation spécialisée, ergothérapie, physiothérapie, psychoéducation et travail social.

Aux 112 informateurs clés, il faut ajouter 9 autres personnes directement impliquées dans le déploiement du plan d'accès et qui représentent le Ministère (4) et les associations d'établissements (5). Au total, **121** personnes ont donc été rencontrées dans le cadre de cette évaluation.

Les thèmes abordés

Afin de documenter le processus de mise en œuvre du plan d'accès, d'analyser les changements qu'il génère tant à l'intérieur des établissements qu'entre ceux-ci et de mettre au jour les enjeux, différents thèmes ont été abordés au cours des entrevues. Soulignons également que certains sous-thèmes ont été abordés dans une perspective « avant – après l'arrivée du plan d'accès » afin de bien rendre compte de l'évolution de son implantation et du potentiel de changements qu'il suscite.

Implantation du plan d'accès

- Appropriation du plan d'accès
- Mobilisation des acteurs
- Liens avec le projet clinique
- Gestion de la liste d'attente (avant - après)
- Modalité d'instauration des niveaux de priorité (urgent, élevé, modéré)
- Systèmes d'information (I-CLSC, SIPAD)
- Soutien dans l'implantation (établissement, agence)
- Réponse écrite concernant l'admissibilité de la demande de l'utilisateur (lettre)
- Effets potentiels sur les personnes

Dynamique interne des établissements

- Organisation des services en DI-DP-TED (avant - après, p. ex. accueil, interface entre les programmes)
- Modifications dans les tâches
- Actualisation du rôle de l'intervenant pivot de l'établissement

Dynamique de collaboration avec les partenaires

- Relations avec les partenaires (avant - après)
- Échanges entre première et deuxième ligne (p. ex. formation)
- Signature d'ententes formelles
- Clarté des rôles de chacun
- Présence de PSI
- Mécanismes de concertation
- Actualisation du rôle d'intervenant pivot-réseau

Éléments qui facilitent ou entravent la mise en œuvre du plan d'accès

- Enjeux
- Prospective

Dans l'ensemble, les mêmes grands thèmes ont été abordés lors de la consultation régionale auprès des gestionnaires d'accès d'établissements. Comme le taux de réponse est inégal d'un territoire à l'autre, les données issues de cette consultation ont été analysées avec l'ensemble du matériel recueilli dans chacune des régions.

L'analyse des données

Les entrevues individuelles et les groupes de discussion ont été enregistrés sur support numérique afin d'en assurer la transcription intégrale sous forme de *verbatim*. Par la suite, les données ont été codées et analysées à l'aide du logiciel d'analyse qualitative *NVivo* selon une analyse de contenu de type catégoriel thématique³⁴. Les catégories d'analyse s'appuient principalement sur les dimensions du cadre conceptuel et opérationnel développé dans la méthodologie d'évaluation.

Les propos recueillis ont permis de documenter la perspective ministérielle, régionale et locale selon le type d'acteurs rencontrés et pour chacun des cas. Toutefois, l'analyse est effectuée de manière transversale de façon à obtenir un portrait global de l'expérience du plan d'accès. Cependant, certaines particularités propres à chacun des cas sont mises en lumière afin d'en dégager des facteurs facilitant ou contraignant l'implantation.

Le soutien et le retour des données

La DPAD est assurée d'un soutien de la DÉ depuis le début de l'implantation du plan d'accès. Par exemple, après chacune des rencontres statutaires entre le Ministère et les gestionnaires d'accès régionaux, une période d'échange sur le déroulement de la rencontre était prévue. Un retour sur le pré-terrain a également été réalisé, ce processus de rétroaction avait pour but d'ajuster les stratégies, le cas échéant, afin de mieux soutenir les acteurs impliqués (établissements, agences et Ministère). Les « premières impressions » de l'ensemble de la collecte de données ont fait l'objet d'une présentation à la DPAD dès juillet 2010. D'autres présentations ont également eu lieu auprès des gestionnaires d'accès régionaux, des DOS et du comité national d'implantation du plan d'accès. La DÉ a également collaboré aux bilans de l'analyse des PRAAC déposés en 2010 et en 2011.

Les avantages et les limites de la démarche

Dans l'ensemble, la démarche utilisée permet de dégager un bon portrait du processus d'implantation du plan d'accès en raison notamment de l'implication de l'équipe d'évaluation dès le départ et de la diversité des acteurs rencontrés. L'analyse qualitative de la multitude de points de vue met en évidence certaines particularités locales, mais également des enjeux globaux avec lesquels doivent composer tous les acteurs impliqués, et ce, même après trois ans de déploiement. En effet, bien que des changements importants soient introduits dans les organisations en début de processus, ces dernières n'évoluent pas aussi rapidement que l'on voudrait bien le croire. La pérennité des transformations organisationnelles ne pouvant s'évaluer que sur une période de plusieurs années. De plus, même si la collecte de données terrain s'est effectuée en 2010, l'analyse des PRAAC-2010-2011 et la présence à la « Table » réunissant

³⁴ BARDIN, L., 1993. *L'analyse de contenu*. Paris, Presses universitaires de France.

l'ensemble des gestionnaires d'accès régionaux et l'équipe d'implantation du plan d'accès du Ministère a permis une mise à jour de l'analyse des données.

Par contre, comme le plan d'accès était toujours en phase d'implantation au moment de l'évaluation, cette mise à jour ne permettra pas de statuer sur les effets réels sur les personnes ayant une déficience. Une lecture plus juste des effets pourra sans doute être réalisée lorsque les systèmes d'information I-CLSC et SIPAD seront en mesure de mieux communiquer entre eux et que des trajectoires de services pourront être suivies grâce à ces systèmes. Des effets potentiels sur les usagers sont cependant ciblés tout au long du rapport.

Section 3- Le rôle et le soutien du Ministère dans l'implantation du plan d'accès

Cette section a pour objectif de mettre au jour le rôle et le soutien du Ministère dans l'implantation du plan d'accès et la manière dont est exercée la gouverne. Un retour sur le début de l'implantation du plan d'accès est d'abord effectué. Par la suite, l'accent est mis sur le soutien offert par le Ministère. Ce soutien se traduit, entre autres, par la mise en place de mécanismes de coordination, de concertation, de suivi et de reddition de comptes avec les agences. En parallèle, le Ministère met aussi sur pied un comité national d'implantation composé de plusieurs partenaires dont les associations d'établissements. Comme il s'agit d'acteurs très importants, le rôle de ces dernières dans le déploiement du plan d'accès est abordé. Les systèmes d'information clientèle ainsi que les ressources financières et la main-d'œuvre sont également mis en contexte. Enfin, un résumé de la section est proposé.

3.1 Le début de l'implantation

Une fois la rédaction du plan d'accès terminée et approuvée, le Ministère réunit les gestionnaires d'accès régionaux, préalablement nommés par les agences, pour une première présentation du document. Il procède par la suite au lancement officiel du plan d'accès en organisant deux rencontres : l'une à Montréal, l'autre à Québec au cours du mois de juin 2008. Ces deux événements tenus de concert avec les agences réunissent à la fois les gestionnaires d'accès des agences et ceux des établissements. Le but poursuivi par ces rencontres est double, elles sont l'occasion de démontrer, dès le départ, le soutien du MSSS dans l'implantation du plan d'accès et d'offrir de la formation aux principaux acteurs sur le contenu : présentation du plan d'accès, des outils et de la reddition de comptes. La présence du sous-ministre de l'époque, des gestionnaires et de « l'équipe d'implantation du plan d'accès » à ces rencontres démontre le sérieux de l'opération. L'idée étant « de prendre la responsabilité d'aller vendre le plan d'accès » auprès des établissements, puisqu'il s'agit d'orientations auxquelles « croit » le Ministère, et de recueillir les premières réactions qu'il suscite.

Autrement dit, dans ce dossier-là, l'appareil administratif du Ministère est allé rencontrer les intervenants en disant : « On vous livre une grosse commande, mais on est derrière vous et voici comment on va faire ça ensemble » (K)

De manière générale, les personnes rencontrées qui ont participé à ces journées sont satisfaites de leur déroulement et de ce premier contact avec le plan d'accès. À la première lecture, le document comme tel est considéré clair, fluide et surtout utile pour encadrer le travail effectué auprès des personnes ayant une déficience. Toutefois, trois éléments moins favorables ressortent également de leurs propos.

D'abord, on souligne le caractère hétérogène des gens qui composent l'assistance. Plusieurs s'interrogent alors sur la clarté du mandat du gestionnaire d'accès puisque le groupe de participants était composé de directeurs généraux, directeurs de programmes, chefs d'administration de programmes et conseillers cliniques. Le statut du gestionnaire d'accès sera d'ailleurs questionné par la suite.

Ensuite, la période de l'année à laquelle le plan d'accès arrive dans le réseau, c'est-à-dire « en plein été pendant que nos piliers sont *in and out* dans l'établissement » (GA-CRDP-A), n'est pas considérée comme le moment idéal pour prendre connaissance du document et amorcer les changements nécessaires. Le temps d'appropriation est ainsi jugé insuffisant étant donné qu'un premier « livrable » était prévu pour novembre 2008, soit un portrait et un plan de résorption de la liste des usagers en attente.

Enfin, avec le recul, on dira que l'ampleur de la tâche était insoupçonnée à cette époque puisque tous les éléments de reddition de comptes ne figuraient pas dans le document et que finalement plusieurs concepts étaient flous. Les mécanismes de concertation et de communication élaborés par le Ministère devaient donc aider à faire évoluer le plan d'accès vers une vision commune de son application.

3.2 Les mécanismes de coordination et de communication

Pour le Ministère, il est clair que le plan d'accès constitue un produit qui est appelé à évoluer avec le temps³⁵ et qu'il entend le faire progresser en travaillant étroitement avec les agences qui feront de même avec les établissements. La ligne de gouvernance et d'imputabilité est alors tracée : MSSS – agences – établissements. Des mécanismes de coordination, de communication et de concertation, de suivi et de reddition de comptes, suivant cette logique, sont alors développés pour soutenir l'implantation du plan d'accès.

Parallèlement, un mécanisme de coordination et de communication spécifique impliquant d'autres acteurs qui partagent la scène sur laquelle se déploie le plan d'accès est également mis en place par le Ministère, il s'agit du comité national d'implantation appelé aussi « comité national de suivi ». Ce mécanisme est décrit dans un deuxième temps, mais d'abord ce sont les dispositifs de liaison entre le Ministère et les agences qui sont présentés.

Les mécanismes de coordination et de communication avec les agences

La stratégie de mise en œuvre du plan d'accès prévoit deux mécanismes principaux qui mettent un accent sur le travail de collaboration entre le Ministère et les gestionnaires d'accès des agences afin de favoriser la gestion du changement.

« Le Ministère soutiendra les gestionnaires d'accès des établissements et des agences dans la gestion du changement, notamment en diffusant les informations nécessaires et en créant des occasions d'échange. »

Deux moyens sont retenus pour favoriser la gestion du changement : des suivis statutaires auprès des gestionnaires d'accès régionaux et des groupes de travail *ad hoc*.

(MSSS, 2008 : 35)

Les suivis statutaires sont le premier mécanisme de coordination à être mis en place. Surtout appelé « statutaires » ou « Table des gestionnaires d'accès », expression qui sera employée ici, ce point de rencontre réunit tous les gestionnaires d'accès des agences et les membres de l'équipe d'implantation du MSSS.

À l'automne 2011, près d'une vingtaine de ce type de suivis se sont déroulés à un rythme variable selon les années. Plus soutenu en début de processus, le rythme des rencontres diminue par la suite passant de dix rencontres entre juin 2008 et juin 2009 à quatre rencontres annuelles pour les deuxième et troisième années d'implantation. Pour environ la moitié d'entre elles, les rencontres se déroulent en personne. Alors que dans les autres cas, bien qu'elles soient considérées comme nettement moins conviviales, les conférences téléphoniques ou les

³⁵ L'expression : « *work in progress* » est d'ailleurs régulièrement employée pour désigner le caractère évolutif du plan d'accès.

visioconférences³⁶ soutiennent les échanges. Soulignons que depuis novembre 2010, des représentants des trois associations d'établissements et membres du comité national d'implantation (AERDPQ, AQESSS, FQCRDITED) assistent aux échanges.

De l'avis de tous, les rencontres en personne entre les gestionnaires d'accès régionaux et l'équipe d'implantation permettent de se connaître, de développer un langage commun et une vision convergente du plan d'accès. Ce lien se concrétise notamment par des discussions autour des concepts, des mécanismes et des standards à mettre en place et de la reddition de comptes qui y est associée. Pour les participants, les échanges offrent également la possibilité de partager les expériences vécues sur le terrain, les « bons coups » comme les moins bons, de suivre l'état d'avancement des travaux dans les autres régions, de se comparer et de « se valider ». Par exemple, les discussions permettent de constater que certaines difficultés d'implantation ne reposent pas uniquement « sur les épaules des gestionnaires d'accès », mais sont plutôt d'ordre « structurel » (p. ex. les systèmes d'information).

Tous mentionnent le caractère stimulant et aidant de ce mécanisme perçu également comme un catalyseur ou un moteur de l'action à l'échelle régionale puisqu'il leur permet de « rapporter des éléments concrets aux gestionnaires d'accès d'établissements » ou comme le résume une personne rencontrée : « S'il n'y avait pas ça, ça ne bougerait pas [dans ma région] ». (GAR-C)

L'autre moyen pour favoriser la gestion du changement, soit les **groupes de travail *ad hoc***, a été utilisé à quelques reprises au cours des trois années. Ces groupes, composés de gestionnaires d'accès régionaux, de représentants des associations (qui s'ajoutent en cours de route) et d'un membre de l'équipe d'implantation, travaillent à l'éclaircissement de certaines notions du plan d'accès, par exemple, les « niveaux de priorité » des demandes de service ou encore « la gestion intégrée de l'accès ».

Dans ce dernier cas, un groupe de travail est formé sur la gestion intégrée en février 2010. Ce comité mobilise près de la moitié des gestionnaires d'accès régionaux et une personne de l'équipe d'implantation du MSSS. La réflexion du comité a pour objectif l'élaboration d'un cadre de référence sur un Réseau intégré de services pour les personnes handicapées (RISPH). En mai 2010, une présentation des travaux effectuée à la Table des gestionnaires d'accès suscite l'adhésion de l'ensemble des membres et le comité est invité à poursuivre sa réflexion dans ce sens. Un document qui définit les lignes directrices du RISPH et un plan de travail sont alors déposés en octobre suivant. Toutefois, la perspective de développer un RISPH est abandonnée en décembre 2010 à la suite d'une décision du comité national d'implantation. En effet, les travaux migrent plutôt vers une fiche descriptive qui est adoptée en avril 2011³⁷ et disponible depuis octobre 2011.

D'ailleurs, un peu plus d'une vingtaine de ce type de fiches précisant, entre autres, divers mécanismes et standards font partie intégrante du *Cahier d'accompagnement* destiné aux gestionnaires d'accès des agences et des établissements (voir annexe 2). La grande majorité des fiches sont rédigées avant l'année 2010. Toutefois, cinq d'entre elles sont disponibles ou mises à jour seulement en 2011, dont celles clarifiant les notions de « premier service » (juin 2011) et de gestion intégrée (octobre 2011) et d'autres sont encore en élaboration (p. ex. la non-disponibilité de l'utilisateur, transfert intra et interrégional). Chacune de ces fiches est d'abord

³⁶ Soulignons que cette dernière pratique est particulièrement encouragée depuis l'adoption, en 2010, du projet de loi n° 100 exigeant une réduction des dépenses « de publicité, de formation, de déplacement et autres dépenses de fonctionnement de nature administrative ». (Assemblée nationale, 2010, 5^e notes explicatives.)

³⁷ Cette fiche a été réalisée en collaboration avec des représentants du MSSS, des agences et des associations d'établissements (AQESSS, AERDPQ, FQCRDITED).

soumise à la consultation auprès de l'ensemble des gestionnaires d'accès régionaux et des représentants des associations d'établissements. Depuis l'été 2011, les fiches sont également partagées avec l'ensemble des directions programmes du Ministère dans le but de s'assurer d'une plus grande cohésion à l'interne. Une fois les commentaires intégrés, les fiches sont déposées sur un forum Web.

En effet, un **forum Web** a aussi été mis sur pied dès le début. Cette plateforme devient rapidement un lieu de diffusion et de partage de l'information. L'équipe d'implantation y dépose différents documents incluant tous ceux qui composent le *Cahier d'accompagnement* et répond directement aux questions des utilisateurs. Les gestionnaires d'accès d'agences et d'établissements utilisent cet espace pour poser des questions, nettement plus nombreuses dans la première année d'implantation, pour partager des documents et des outils.

Le forum s'est donc avéré un « outil précieux » surtout en début de processus. La promptitude de l'équipe d'implantation à répondre aux questions est soulignée par tous. Notons que la formule choisie a en quelque sorte « forcé le Ministère à se commettre par écrit » et à démocratiser l'information. Ainsi, tous les gestionnaires d'accès des agences et ceux des établissements ont accès à l'ensemble des sections du forum. Toutefois, la fréquence de consultation par les gestionnaires d'accès des établissements est très variable et dans l'ensemble, ce moyen de communication est moins utilisé qu'à l'origine.

Ajoutons que l'équipe d'implantation a offert, dès le départ, la tenue de rencontres avec le gestionnaire d'accès de l'agence et ceux des établissements pour les régions qui le désiraient. À ce jour, et surtout en raison du roulement important des gestionnaires d'accès, cinq régions ont formulé une demande de soutien de type « formation ». Par ailleurs, le soutien téléphonique ou par courriel auprès des gestionnaires d'accès des agences est largement utilisé.

En somme, les gestionnaires d'accès des agences apprécient le soutien offert par le Ministère tout au long du processus d'implantation. On souligne la grande disponibilité de l'équipe d'implantation et les rapports personnalisés qui se sont développés et qui perdurent dans le temps malgré le roulement de personnel. Un climat de confiance et même de complicité s'est donc installé entre les gestionnaires d'accès régionaux et les membres de l'équipe d'implantation, les premiers disant des seconds : « On sent qu'eux autres aussi tassent peut-être des affaires pour se concentrer sur le plan d'accès ». De la même manière, des liens étroits se sont noués entre les gestionnaires d'accès régionaux et même si environ la moitié d'entre eux ont changé en cours de route, les nouveaux s'intègrent bien à cette dynamique de concertation qui favorise l'accompagnement et le soutien mutuel (p. ex. échange d'information ou d'outils par téléphone ou par courriel), et ce, en dehors du forum Web et des rencontres statutaires prévues au calendrier.

Ainsi, les mécanismes développés et pilotés par le MSSS en appui aux agences, en particulier la Table des gestionnaires d'accès, sont jugés comme étant une bonne initiative et une « façon de faire à reproduire », le cas échéant. Plusieurs en parlent en termes de conditions gagnantes qui assurent « deux pas d'avance sur le réseau » aux gestionnaires d'accès régionaux.

C'est ça qui m'a aidé à avoir mon deux pas d'avance sur le réseau. On est parti à la même place, mais mon défi c'était qu'il fallait que j'apprenne mon travail d'agence, mais il fallait en plus que je possède le plan d'accès plus vite que tout le monde pour pouvoir essayer de voir aux impacts, c'est ça l'attente que la région avait de ma part. (GAR-D)

Ajoutons que les autorités ministérielles (sous-ministre et directeurs) maintiennent également l'intérêt du plan d'accès puisque ce dernier fait régulièrement l'objet d'un point à l'ordre du jour de différentes réunions (p. ex. rencontres des DOS).

« Patiner en même temps qu'on fait la glace... »

Si les mécanismes mis en place pour soutenir l'implantation sont largement appréciés, l'idée du plan d'accès conçu comme un produit en constante évolution comprend également quelques revers. Cet aspect est d'ailleurs amplifié par le fait que les gestionnaires d'accès régionaux cumulent d'autres dossiers en plus du plan d'accès pour lequel on souligne plusieurs imprécisions, ce qui rend son implantation plus complexe. Ainsi, tous évoquent le manque de clarté entourant plusieurs notions clés du plan d'accès. Ceci suggère des interprétations différentes selon, par exemple, que l'on se situe en première ou en deuxième ligne. La rédaction des fiches descriptives devait en partie dissiper cette confusion. Toutefois, même si l'on reconnaît la valeur ajoutée du travail conjoint dans l'élaboration de ces fiches, l'arrivée parfois tardive de certaines d'entre elles est pointée du doigt. En effet, comme nous le verrons plus loin (sections 2 et 3), les interprétations multiples des différentes notions donnent lieu à des pratiques tout aussi diversifiées sur le terrain et pour lesquelles il s'avère plus difficile d'apporter les correctifs nécessaires une fois qu'elles sont bien ancrées. L'opérationnalisation de la notion de « premier service » est particulièrement éloquente à ce sujet.

Plusieurs disent également avoir attendu longtemps la fiche apportant des précisions à la notion d'intervenant pivot-réseau, et ce, en raison de la parenté entre les fonctions qu'on lui attribue avec d'autres tâches assumées par des professionnels portant un autre titre (p. ex. gestionnaire de cas).

Moi, j'attendais la fiche parce que [la notion d'intervenant pivot-réseau] n'était pas claire. C'est sûr que chaque établissement a un intervenant qu'on appelle « de référence », et puis bon, il y en a qui l'appelait « pivot ». Il y avait toutes sortes de nomenclatures pour ces intervenants-là. Ici on avait [de ces intervenants] dans les établissements. (GA-CRDITED-E)

Dans la même veine, on estime que des travaux ministériels auraient dû être effectués sur certains éléments structurants du plan d'accès avant son lancement ou, à tout le moins, au tout début de l'implantation. L'exemple le plus fréquemment cité est sans doute celui relatif à la « hiérarchisation des services ». En effet, dès les premières rencontres de la Table des gestionnaires d'accès régionaux, des souhaits en faveur de l'obtention de balises ou d'orientations ministérielles concernant cette notion sont formulés à l'équipe d'implantation (9 octobre 2008). Ces demandes reviennent de manière récurrente tout au long de la période à l'étude et d'une fois à l'autre, les gestionnaires d'accès régionaux évoquent les problèmes « sur le terrain » entretenus par « l'absence de position claire » de la part du Ministère sur le sujet (p. ex. variabilité dans l'offre de services d'une région à l'autre, exacerbation des tensions entre 1^{re} et 2^e ligne). Le point culminant des discussions à ce propos est atteint lors d'une rencontre statutaire au cours de laquelle un bilan de la première année d'implantation et une planification des travaux à entreprendre sont effectués (21 mai 2009). La hiérarchisation des services figure alors au premier rang des priorités énoncées par les gestionnaires d'accès régionaux.

À la suite de cette rencontre, une réunion avec l'ensemble des DOS fait en sorte que les demandes de précision sur la hiérarchisation des services par les gestionnaires d'accès régionaux ne se sont pas concrétisées. Plutôt, chacune des régions est appelée à se pencher sur la question. Lors des entrevues, et aux rencontres statutaires subséquentes, plusieurs gestionnaires d'accès régionaux évoquent leur déception et réitèrent leur position initiale.

Oui, la hiérarchisation [fait partie des travaux prioritaires pour l'agence]. On est vraiment là-dessus. Je pense qu'on ne doit pas être les seuls, parce que cela a été nommé à la rencontre du 21 mai [2009]. En même temps, ça va se mener dans chacune des régions, mais ça aurait été le fun qu'il y ait quelque chose. On sait que, ce que va sortir le Ministère, ça ne peut pas venir régler toutes les zones grises, mais des fois, quand il y a des enlignements, on part de ça, et puis on peaufine et ça prend une certaine couleur. Mais on se disait, pouvez-vous nous donner un peu de jus? Quelque chose à travailler pour la hiérarchisation? Dans le fond, c'était ça l'attente des gestionnaires. Mais ce qui est plate, c'est que là, ça se travaille région par région, ça ne sera peut-être pas nécessairement uniforme, c'est sûr. Mais en même temps, des fois, je pense que c'est bien qu'il y ait une certaine uniformité dans au moins les grandes lignes. Parce qu'on le vit. Quand y a des transferts interrégions, ah ben là, là-bas c'est-ci, pis c'est ça, c'est comme ça. Fait que ça c'est pas toujours le fun pour les clientèles.(GAR-S)

En fait, les gestionnaires d'accès régionaux mettent en lumière la duplication du travail qu'entraîne l'absence d'alignement de la part du Ministère. Ils estiment que beaucoup de personnes sont impliquées « chacune de leur côté » et que beaucoup de temps est investi dans le développement des travaux et considèrent qu'ils font, en quelque sorte, « le travail du Ministère ». Ils font aussi ressortir les difficultés de comparaison ainsi générées par des offres de services très différentes et « 16 façons de faire » qui incluent des régions très proactives alors que d'autres le sont moins. Ceci complique le transfert interrégions et peut susciter un sentiment d'iniquité chez les usagers. Enfin, pour plusieurs, l'absence de lignes directrices sur la hiérarchisation des services a un effet d'entraînement sur d'autres dossiers comme l'hébergement et le retard global de développement pour lesquels, là aussi, des travaux sont demandés depuis le départ. Bref, ils partagent l'impression d'être « pris avec la patate chaude ».

On aborde des travaux en hébergement, mais avant de parler d'hébergement, il fallait que je parle de la hiérarchisation des services en DP ce que je souhaitais qui vienne du Ministère et comme je n'ai pas eu réponse à ma demande, je me suis organisée... (GAR-D)

Parmi ceux qui se sont effectivement « organisés », certains émettent des craintes quant au potentiel de contradiction entre les balises régionales déjà en vigueur et les travaux ministériels éventuels. Ceci freine quelque peu leur volonté de voir, à ce stade-ci, des orientations nationales à ce sujet. Par contre, devant l'insistance de la plupart des gestionnaires d'accès, les travaux sur la hiérarchisation devraient être repris. Cette fois, c'est le comité national d'implantation qui considère la démarche non pertinente estimant que l'exercice relève d'une responsabilité régionale qui concerne l'organisation des services. Ce qui vient confirmer pour plusieurs le « poids » de ce comité dans les décisions, rappelant également au passage l'adoption d'une fiche descriptive concernant la gestion intégrée plutôt que la poursuite du travail entrepris sur l'élaboration d'un réseau intégré de services (RISPH).

Le mécanisme de coordination et de communication impliquant d'autres acteurs

Comme nous l'avons vu antérieurement, le Ministère met également en place un mécanisme de concertation impliquant d'autres acteurs dans le plan d'accès.

Le comité national d'implantation

Ainsi, l'idée d'un comité national d'implantation est considérée dès 2008 afin « d'assurer le suivi stratégique du plan d'accès »³⁸.

³⁸ MSSS, 2008, *Cahier d'accompagnement*, Fiche descriptive 1.5 p.2

Le mandat initial de ce comité est de veiller au respect des objectifs du plan d'accès qui devra :

- assurer la concertation des différentes instances impliquées;
- accueillir les bilans, dégager les tendances d'implantation et, le cas échéant, proposer des pistes de réflexion au MSSS;
- discuter des objets pour lesquels des clarifications semblent nécessaires;
- effectuer le suivi de la planification d'implantation du plan d'accès et, le cas échéant, proposer les correctifs nécessaires.

Sous la présidence du sous-ministre adjoint à la DGSS, ce comité est composé de représentants du Ministère, des agences, des associations d'établissements (AERDPQ, AQESSS, FQCRDITED) et des établissements (CR et CSSS) et compte une douzaine de personnes. Il est également prévu que d'autres représentants d'organismes de promotion et de défense de droits des personnes pourraient être invités à se joindre au comité pour des discussions sur des sujets spécifiques.

Formé concrètement à la fin de l'automne 2008, le comité national d'implantation tient sa première rencontre en février 2009. Le rythme prévu de deux rencontres par année est maintenu la première année. À l'automne 2011, les membres du comité se réunissent à quatre reprises. Toutefois, des conférences téléphoniques entre les rencontres ont également lieu. De manière plus particulière, des rencontres statutaires sont planifiées avec les associations d'établissements.

Lors des rencontres du comité, on discute, entre autres, des résultats, des enjeux communs et spécifiques soulevés pour la première et la deuxième ligne (p. ex. premier service, la hiérarchisation des services) et de particularités régionales. L'évaluation du plan d'accès est également abordée de même que les perspectives de travail pour l'année en cours ou les années suivantes.

Dès la deuxième rencontre, les membres énoncent leurs préoccupations au regard du comité qu'ils veulent dorénavant plus stratégique, abordant également des sujets en lien avec l'offre de services, la hiérarchisation, etc. En somme, les membres veulent un comité qui discute de façon beaucoup plus large et non seulement du plan d'accès. Les membres veulent également obtenir les documents avant la tenue des rencontres et souhaitent être partie prenante des rencontres préparatoires du comité.

En 2010, à la demande des associations d'établissements présentes au comité, le point sera fait à nouveau sur ces éléments et celles-ci obtiendront une réponse positive à leur souhait de participer à la Table des gestionnaires d'accès régionaux, soit au principal mécanisme de concertation entre le Ministère et les agences tel que décrit plus haut.

La perception du rôle des associations et la gouvernance

La présence de représentants des associations à cette Table sera d'ailleurs questionnée par ce groupe dont les membres travaillaient « ensemble depuis deux ans ». D'ailleurs, une personne résume le « malaise » alors ressenti par les gestionnaires d'accès des agences en ces termes :

On a laissé beaucoup de place [aux associations d'établissements], mais là je trouve, on les consulte, là, ils demandent d'être à la Table ! En tout cas plein d'affaires...// Moi, mon questionnement, c'est que les associations, je trouve qu'elles ont beaucoup d'influence tu sais, leur rôle par rapport au Ministère [dans le cadre du plan d'accès] (GAR-D).

Rappelons que l'AERDPQ et la FQCRDITED, qui comptent chacune une vingtaine de CR, jouent un rôle de soutien auprès de leurs membres. Pour les deux associations, le plan d'accès est un dossier prioritaire de leur organisation « depuis même avant le jour un ». Dans les deux cas, des comités spécifiques sont constitués, un document d'accompagnement ou d'interprétation du plan d'accès est rédigé, des rencontres sur ce thème sont organisées et un suivi rigoureux des données est exercé. De plus, les deux associations jouent un rôle crucial dans le soutien au déploiement du système d'information SIPAD dans les établissements.

Lorsqu'ils sont amenés à se prononcer sur le sujet, les acteurs des CR rencontrés estiment avoir un très bon soutien de leur association. Les documents d'accompagnement se sont d'ailleurs révélés très utiles en début d'implantation. De plus, plusieurs mentionnent s'adresser à leur association en premier lorsque des éclaircissements sur le plan d'accès sont nécessaires et certains d'entre eux disent se référer aux deux sources d'information (agence ou association) selon le type de question. Enfin, certains propos des gestionnaires d'accès des CR soulignent positivement l'apport ou « l'influence » des associations d'établissements sur le Ministère dans le déploiement du plan d'accès. Tandis que d'autres commentaires sont moins positifs eu égard à cette influence faisant ressortir le moins grand « pouvoir » des agences comparativement à celui des associations.

Je ne pense pas que l'agence a un grand pouvoir, par rapport aux travaux provinciaux. Moi, ce que je pense, c'est que les associations ont plus d'influence peut-être sur le Ministère que les agences. (GA-S8)

Du côté des CSSS, on affirme de manière unanime s'adresser à l'Agence pour toutes les précisions relatives au plan d'accès. Notons que leur association (AQESSS) comprend 95 CSSS dont les programmes-services DI-TED et DP ne « constituent pas la majeure », et on dit y retrouver peu de personnel pouvant offrir du soutien aux établissements pour ces programmes. Cependant, un questionnaire élaboré conjointement avec la FQCRDITED a été distribué aux membres afin de prendre le pouls des établissements quant à l'implantation du plan d'accès. Des échanges téléphoniques ont également eu lieu dans plusieurs régions entre l'AQESSS et ses membres à ce sujet.

La perception d'une influence plus marquée de la part des associations d'établissements sur le Ministère comparée à celle des agences revient également dans l'analyse des propos des gestionnaires d'accès régionaux sur ce sujet :

Entre autres, dans les rencontres sur le plan d'accès, on voyait que quand il y avait quelque chose qui venait des associations, ça passait. Mais quand nous nous amenions quelque chose, et bien là... (GAR-20)

En fait, pour les gestionnaires d'accès régionaux tout comme pour ceux des CSSS, la structure de gouvernance est très claire (MSSS- agences- établissements). Toutefois, elle semble plus floue en ce qui concerne les gestionnaires d'accès des CR. En effet, ceux-ci puisent également auprès de leur association respective des interprétations ou des messages qui peuvent parfois diverger de ceux du Ministère et par extension des agences, et ce, surtout en début de processus (p. ex. niveau de priorité élevé pour les 0-6 ans). Ceci soulève l'enjeu de la clarté des rôles entre le Ministère, les agences et les associations d'établissements et vient parfois infléchir la ligne de gouvernance prévue au départ. Comme nous le verrons à la section 4, les différents courants d'influence qui traversent les établissements nécessitent parfois un travail de « recadrage » important des rôles de chacun de la part des gestionnaires d'accès régionaux.

Cela étant dit, les mécanismes assurant le suivi et la reddition de comptes du plan d'accès sont déployés selon la logique prévue initialement partant des établissements vers l'agence et le Ministère.

3.3 Les mécanismes de suivi et de reddition de comptes

Trois outils de suivi d'implantation du plan d'accès sont mis en place par le MSSS : le tableau de bord, l'analyse thématique et le plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité (PRAAC). Chacun de ces outils doit être complété à date fixe par le gestionnaire d'accès régional en collaboration avec les gestionnaires d'accès d'établissement du territoire.

Le tableau de bord reprend l'ensemble des mécanismes et des standards du plan d'accès pour lesquels l'avancement des travaux régionaux se situe sur une échelle à trois niveaux. Cette échelle est illustrée par des visages plus ou moins souriants (« bonshommes sourires » selon que les travaux sont complétés, amorcés mais non complétés ou non amorcés). Ces tableaux de bord sont déposés au Ministère à trois reprises entre novembre 2008 et juin 2009. Jugée « infantilissante » et peu objective, cette forme de suivi est abandonnée après la première année d'implantation.

L'analyse thématique porte également sur chacune des modalités du plan d'accès regroupées en cinq fiches. Ces fiches permettent aux gestionnaires d'accès régionaux de rédiger un état de situation et de décrire les forces et les faiblesses régionales pour chacun des mécanismes et des standards à implanter. La dernière fiche est déposée en mars 2009.

En principe, ces deux mécanismes de suivi soutiennent l'élaboration du PRAAC. Le premier exercice de ce plan régional se divise en deux parties. La première partie, déposée le 8 décembre 2008, vise trois objectifs, soit épurer la liste d'attente, dresser un portrait de l'attente en date du 8 novembre 2008 et élaborer un plan de résorption des listes d'attente. Rappelons simplement qu'en novembre 2008, 14 110 personnes étaient en attente de services, soit 3 039 dans les CSSS, 6 996 dans les CRDP et 4 075 dans les CRDITED et que trois ans plus tard, le taux de résorption des listes d'attente atteignait 99,1 %.

La deuxième partie du PRAAC reprend chacune des modalités du plan d'accès pour lesquelles il est demandé d'établir les constats régionaux, les objectifs d'amélioration priorisés régionalement, les enjeux ou les défis posés, les actions à réaliser et les échéanciers prévus pour y arriver. Cette partie est déposée le 31 mars 2009. Cette activité de reddition de comptes est reprise par la suite à la fin de chacune des années financières. Toutefois, le canevas initial de collecte de données a subi quelques modifications. La version 2010-2011 devrait être plus stable dans le temps. Ceci simplifiera à la fois le travail pour les gestionnaires d'accès régionaux et atténuera les difficultés de comparaison d'une année à l'autre.

Soulignons qu'une synthèse provinciale est effectuée par l'équipe d'implantation pour chacun de ces mécanismes de suivi. De manière plus particulière, les PRAAC font également l'objet d'une analyse plus approfondie par région. Cette appréciation des travaux régionaux est transmise sous forme de lettre à chacune des agences.

Ces mécanismes de suivi sont considérés comme étant la partie plus qualitative de la reddition de comptes. Le suivi de certaines données quantitatives, dont le taux de respect des délais d'accès aux services, représente la partie la plus importante de la reddition de comptes. Ce suivi des données se décline en trois phases associées aux années d'implantation et aux niveaux de priorité des demandes comme il est illustré dans l'encadré suivant.

Les usagers commencent à recevoir les services dans les délais prévus au plan d'accès pour les années :

2008-2009

Au 1^{er} septembre 2008, les usagers dont la demande est de niveau de **priorité urgent** (en CR et en CSSS : délai maximal de 72 heures suivant la demande)

Au 1^{er} novembre 2008, les **enfants âgés de moins de six ans** dont la demande est de niveau de **priorité élevé** (en CR : à l'intérieur de 90 jours, en CSSS : à l'intérieur de 30 jours)

2009-2010

Au 1^{er} novembre 2009, **tous les usagers** dont la demande est de niveau de **priorité élevé** (en CR : à l'intérieur de 90 jours, en CSSS : à l'intérieur de 30 jours)

2010-2011

Au 1^{er} novembre 2010, **tous les usagers** incluant ceux dont la demande est de **niveau modéré** (en CR et en CSSS : à l'intérieur de l'année)

(MSSS, 2008 : 34, 41-42)

Ajoutons que des cibles à atteindre pour le respect des délais sont également prévues soit,

75 % la première année d'implantation et 90 % les années suivantes. L'analyse des données effectuée par l'équipe d'implantation pour l'année 2010-2011 indique que, sans avoir atteint la cible visée, une amélioration du taux de respect des délais est constatée au niveau provincial. La progression est particulièrement marquée en CRDP et en CSSS pour le programme-service DP (voir annexe 3).

Dans l'ensemble, les différents acteurs estiment que les mécanismes de suivi et de reddition de comptes sont légitimes et justifiés (p. ex. oblige à suivre les données, met l'accent sur cette clientèle). Toutefois, comme nous le verrons de manière plus détaillée dans les sections suivantes, certains aspects liés à ces mécanismes suscitent de nombreux commentaires (p. ex. la multitude des « livrables », le rythme, le suivi du premier service uniquement).

Devant certaines insatisfactions soulevées par la reddition de comptes, des ajustements mineurs ont été apportés au calendrier initial (p. ex. report des analyses thématiques, abolition d'un tableau de bord). Ajoutons qu'un raffinement dans le suivi des données est également en cours par le Ministère. Par exemple, l'analyse du taux de respect des délais est désormais enrichie de données faisant le lien avec le nombre de jours de dépassement des délais le cas échéant, ce qui permet de nuancer les données. De plus, des travaux concernant le premier service, mais également les services subséquents (2^e et 3^e services), sont aussi prévus. Enfin, rappelons que la reddition de comptes est soutenue par les systèmes d'information clientèle (I-CLSC et SIPAD) qui sont eux-mêmes régulièrement l'objet d'ajustements.

Les systèmes d'information clientèle

Dans le document du plan d'accès, les systèmes d'information clientèle font partie des « conditions essentielles » à son implantation.

« Pour les services offerts par les CSSS, le système I-CLSC sera l'outil privilégié. Pour les services spécialisés offerts en centre de réadaptation, un système d'information sur les services aux personnes ayant une déficience (SIPAD) est actuellement en développement. La banque de données commune prévue au système tient compte des variables nécessaires pour le suivi de l'accès aux services. Le système d'information du réseau de services intégrés dans le secteur des personnes en perte d'autonomie (RISPA) pourra éventuellement être adapté pour suivre les trajectoires de services.»
(MSSS, 2008 : 36)

En cours de rédaction du plan d'accès, des échanges ont lieu entre l'équipe d'implantation et celles des systèmes d'information (I-CLSC et SIPAD). Toutefois, on estime que le temps a manqué pour « attacher tous les morceaux ». En ce qui a trait à **I-CLSC**, le plan d'accès suggère des adaptations voire même des changements importants au cadre normatif (p. ex. codification des niveaux de priorité). Les quelques rencontres entre les deux équipes n'ont pas suffi pour bien intégrer les deux volets de la démarche au moment même de l'élaboration du document.

Le manque de temps pour mener les discussions en profondeur entre les deux équipes a comme conséquence la plus visible, la descente d'informations, pas toujours identiques, selon deux lignes parallèles de répondants. L'une visant les gestionnaires d'accès régionaux, l'autre les pilotes régionaux de systèmes d'information. Par la suite, les informations descendent le plus souvent selon le même modèle à l'échelle locale. Cette façon de faire a des conséquences directes dans l'implantation du plan d'accès en CSSS et notamment sur la façon de saisir et de compiler les données.

En cours de route, beaucoup de problèmes ressortent quant à l'utilisation du système I-CLSC. Ce dernier est la cible d'une multitude de questions sur le forum et un sujet de prédilection des rencontres statutaires surtout durant les deux premières années d'implantation.

Les difficultés d'arrimage entre le cadre normatif et le plan d'accès émergent donc rapidement et obligent plusieurs ajustements. Par exemple, on a dû clarifier des notions comme « objet de la demande », « usagers connus » et « usagers non connus », « autre demande » (lorsqu'elle vient du CSSS), « demande normalisée » (lorsqu'il s'agit d'une référence formelle du réseau). De plus, sont instaurés des changements dans la façon de calculer les niveaux de priorité pour les demandes qui sont reçues et auxquelles on répond très rapidement (« traitées-terminées »).

Pour leur part, les pilotes régionaux de système I-CLSC ont parfois l'impression que la mise en place du plan d'accès veut redéfinir le cadre normatif en fonction de ses propres attentes. Certains insistent pour dire que ce cadre répond à l'ensemble des services dans tous les programmes, et que l'on « finit par tordre des définitions » pour le plan d'accès qui couvre en fait un « petit programme », mais qui a beaucoup de particularités.

En quelque part, le plan d'accès fait ses choses, mais le cadre normatif, lui, il continue à avoir ses règles de base qui sont là pour l'ensemble des services en CSSS. Il faut donc continuer à le mettre en place. C'est ça qui est difficile aussi, de tenir les règles de base du cadre normatif versus tous les indicateurs et les autres particularités du plan d'accès. (Pil-X)

Mentionnons que tous les pilotes régionaux rencontrés estiment avoir un très bon soutien de la part du pilote national. Encore une fois, la grande disponibilité et la rapidité des réponses sont soulignées. Devant les difficultés d'arrimage, certains d'entre eux développent différents outils maison, voire même un guide de saisie, dans un cas, afin de faciliter la tâche aux intervenants sur le terrain.

Nous verrons dans la section 5 que toutes les modifications apportées, combinées à des problèmes de saisie, entraînent des erreurs de codification et influencent la validité des données. Si, à l'automne 2011, plusieurs améliorations sont constatées à ce sujet, certains y voient toujours des écarts entre les données provenant de différentes sources :

C'est difficile d'avoir une information fiable. Moi, je trouve que c'est la difficulté principale. Tu as trois sources d'informations différentes, GESTRED te donne des informations pourtant tirées de I-CLSC. Il y a les rapports qu'on reçoit, les derniers rapports de la P-12, P-13, la RAMQ qui ressort toutes les nouvelles demandes par niveau de décision, la priorisation des décisions. Et puis, il y en a d'autres qui sont tirées d'I-CLSC que mon pilote régional m'a apporté et que j'avais déjà vu aussi. Qui sépare des processus dans I-CLSC, les processus pis c'est des délais; le délai entre la décision et la première intervention de type évaluation et de type intervention et les trois donnent des informations différentes. (GAR-C)

Le commentaire qui revient le plus souvent est que « I-CLSC n'est pas conçu pour faire tout ce qu'on lui demande ».

On essaie de faire avec ce système-là, un système de calcul de données, les délais de données, on essaie d'aller y sortir des informations pour lesquelles il n'est pas conçu. C'est dommage. (GAR-E)

Par ailleurs, comme les différents systèmes d'information « ne se parlent pas », il devient difficile de suivre la continuité des services reçus à l'intérieur d'un même CSSS ou avec des établissements de deuxième ligne.

Il ne faut pas oublier qu'on vise la portion CLSC, qu'on ne vise pas la portion CH pour la DI-TED, on ne vise pas la portion CHSLD qui a des usagers en déficience physique et surtout, qui a des épisodes de soins en URFI [unité fonctionnelle en réadaptation intensive] en CHSLD, donc c'est un usager qui est en DP là, mais on ne peut pas suivre le cheminement du client à l'intérieur de tous les services qui sont offerts. En plus, la deuxième ligne a un autre système [SIPAD] qui ne parle pas avec le premier système qui est I-CLSC. (GAR-63)

Tous les ajustements apportés traduisent également un manque de liens avec les autres programmes-services du Ministère lors de l'élaboration du plan d'accès. Par exemple, le plan d'accès introduit des niveaux de priorité des demandes et des délais d'accès qui ne sont pas partagés avec les autres programmes-services. De la même manière, chacune des directions de programmes peut décider d'introduire des changements sans prendre en compte le plan d'accès. Enfin, le manque d'arrimage avec l'équipe des ententes de gestion dans l'élaboration d'indicateurs, par exemple, alimente également le travail en silo du Ministère.

Devant la volonté d'une plus grande harmonisation, un comité interprogramme, composé du pilote national I-CLSC et d'un représentant de chacun des programmes, est mis sur pied en 2009, mais les travaux, bien qu'amorcés, ne donnent pas de résultats tangibles. Toutefois, un meilleur arrimage à l'interne est une préoccupation de plus en plus partagée et certaines initiatives émergent et bénéficient du soutien de l'équipe de gestion (p. ex. consultations interprogrammes plus nombreuses).

Dans le cas de **SIPAD**, les problèmes qui sont soulevés en début d'implantation sont à la fois plus nombreux et plus complexes étant donné la nouveauté du système. En effet, ce dernier a été conçu en réponse à la clientèle spécifique du plan d'accès. D'ailleurs, cette pratique, soit la multiplication des systèmes d'information en fonction des programmes, est signalée et perçue négativement par plusieurs.

Notons qu'avant l'arrivée du plan d'accès, les CRDITED possédaient un système d'information clientèle (SIC-DI) alors que trois systèmes étaient en vigueur dans les CRDP, dont Info-réadapt. Toutefois, chacun des systèmes présents dans les CR avait, semble-t-il, « atteint sa limite » et aucune banque commune n'existait dans un cas comme dans l'autre.

D'abord introduit dans les CRDITED à partir de 2009 et ensuite dans les CRDP, le déploiement de SIPAD n'est toujours pas complété à la fin de 2011³⁹. Les difficultés liées à son implantation apparaissent elles aussi rapidement et les intervenants se butent dès le départ à des problèmes qui vont de la saisie de données jusqu'à leur confidentialité. L'accumulation d'irritants fait en sorte que SIPAD est comparé à un « cauchemar » ou à « l'enfer ». De leur côté, les pilotes estiment gérer au quotidien les anomalies d'un système développé en très peu de temps. Eux aussi constatent des décalages entre le cadre normatif et son application. Ils composent également avec les embûches de la conversion des données en provenance des systèmes d'information en vigueur jusque-là. Des problèmes d'extraction des données font également partie de la liste des problèmes et, dans ce cas aussi, la fiabilité des données est questionnée.

L'ensemble des contraintes font en sorte que pendant une bonne période, un travail en parallèle avec des outils maison a dû être effectué afin de donner un portrait plus juste de la réalité. En somme, des systèmes qui étaient bien maîtrisés font place à une innovation qui demande beaucoup d'ajustements et de formation, voire de reformation, de la part des utilisateurs.

À ce sujet, plusieurs rapportent le manque de soutien de la firme privée chargée de l'accompagnement et du déploiement de SIPAD⁴⁰. L'appui provient plutôt des deux associations d'établissements (FQCRDITED, AERDPQ) qui embauchent chacune un conseiller en ressource informationnelle. Mentionnons également qu'il n'existe pas de pilotes régionaux pour SIPAD, contrairement à I-CLSC.

Toutefois, malgré les nombreux irritants, les acteurs s'accordent pour dire qu'à terme, SIPAD aura une valeur ajoutée lorsque tous « les *bugs* seront réglés ». Ainsi, le suivi des données sera facilité.

En résumé, les systèmes d'information ne sont pas pleinement au rendez-vous, ce qui vient influencer dans une certaine mesure la reddition de comptes et questionner la validité des données.

Ressources financières et main-d'œuvre

Le plan d'accès est assorti d'une contribution financière de 110 millions de dollars répartis en trois tranches selon les années d'implantation : 2007-2008 : 40 millions \$, 2008-2009 : 35 millions \$ et 2009-2010 : 35 millions \$.

³⁹ À la fin de 2011, huit CRDP sont toujours en attente du déploiement de ce système d'information dans leur établissement. Il s'agit d'établissements qui nécessitent des interfaces avec des systèmes déjà en place et toujours actifs dans l'organisation.

⁴⁰ Précisons ici que le poste de pilote de système a été vacant pendant près d'une année.

Aucune consigne particulière de la part du MSSS n'est donnée aux agences à qui l'on confie le mandat de distribuer les sommes « de manière exclusive » pour les deux programmes-services que sont la DI-TED et la DP. Dans deux des régions à l'étude et pour la première année, l'argent n'est pas affecté uniquement au développement de ces programmes, les consignes ayant été « mal comprises ». Toutefois, la situation s'est redressée les années suivantes.

L'objectif de résorption de la liste d'attente influence fortement le choix de plusieurs agences d'attribuer, dans un premier temps, les montants aux CR de leur région. Parfois, les sommes sont octroyées à parts égales entre les établissements de deuxième ligne, parfois c'est la richesse relative de chacun d'eux qui oriente la décision. Pour la dernière année de financement (2009-2010), la grande majorité des agences distribuent des sommes plus importantes aux CSSS qu'aux CR de leur territoire. Toutefois, à l'échelle nationale, le montant consenti à la deuxième ligne demeure supérieur à celui donné à la première ligne. Ainsi, pour l'année 2009-2010, 16 913 027 \$ sont répartis entre 41 CR⁴¹, alors que les 95 CSSS se partagent 15 437 296 \$⁴². Ces chiffres questionnent en partie l'intention de mettre véritablement l'accent sur le développement des services en CSSS.

Dans certaines régions, une lecture fine de la réalité territoriale guide l'attribution de l'argent. Par exemple, dans un cas, l'allocation des sommes aux établissements résulte d'un travail conjoint entre le gestionnaire d'accès régional et certaines personnes qui relèvent « des ententes de gestion et des finances à l'agence ». Ainsi, un portrait régional est dressé. Ce dernier prend en compte la richesse relative des deux programmes-services en fonction des deux lignes de services, de la prévalence des cas de déficience et le profil de population de chacun des sous-territoires. Ce portrait est par la suite discuté avec tous les gestionnaires d'accès d'établissement de la région, ce qui permet d'établir rapidement un consensus sur la distribution de l'argent et surtout « d'éviter les malentendus ».

Cette stratégie s'inscrit dans la foulée de ce que certains acteurs estiment qu'il aurait été souhaitable de faire dans toutes les régions. En effet, ces derniers croient qu'il eût fallu analyser la situation de manière globale en mettant l'accent sur le développement d'une offre de services dans les deux programmes, mais surtout en DI-TED et en appliquant le principe de leur hiérarchisation. Une personne résume ici assez bien cette vision :

L'argent a servi à résorber les listes d'attente, mais les listes d'attente étaient surtout en CR parce qu'il y a peu d'offre de services surtout pour la DI-TED en 1^{re} ligne. Si cela avait été vu dans une approche globale, avec une offre de services, reconnaître qu'en première ligne, il faut la développer, et bien les agences auraient dû s'inscrire dans un momentum comme ça. Pas juste le plan d'accès, les premiers services, c'est plus que ça. (F)

Malgré ces commentaires, notons que tous les acteurs considèrent que l'argent dédié à l'implantation du plan d'accès est « un bon coup du Ministère ». En effet, tous soulignent l'importance des sommes consenties considérant qu'il n'y avait « pas d'argent de développement depuis de nombreuses années » dans ces programmes.

Une fois distribué aux établissements, l'argent sert principalement à embaucher du personnel, soit des professionnels, mais aussi des techniciens. Comme nous le verrons dans la section 3, dans les CSSS, on rapporte que l'argent permet le développement d'une offre de services surtout dans le programme DI-TED. Ainsi, dans les établissements de première ligne, des

⁴¹ Les deux associations comptent un nombre à peu près équivalent d'établissements dont deux d'entre eux ont à la fois une mission DP et DI-TED. Notons qu'au cours de 2011, trois CRDITED de la région de Montréal ont été fusionnés.

⁴² Le reste de l'argent est distribué à des organismes communautaires et autres.

équipes dédiées sont mises en place ou se consolident, le cas échéant, et des intervenants pivot sont nommés. Pour leur part, les CR recrutent à la fois du personnel chargé d'accueillir les demandes de services, mais surtout des intervenants qui sont en contact direct avec « la clientèle ». Une personne évoque certains choix organisationnels en matière d'embauche selon les types de CR.

Dans les CRDITED, ils engagent de plus en plus de spécialistes, de professionnels : des psychologues, psychoéducateurs, des travailleurs sociaux, des ergothérapeutes, des orthophonistes. Puis en CRDP, c'est l'inverse. Ils ont de façon majoritaire des spécialistes, des professionnels et ils commencent à embaucher des techniciens pour pouvoir généraliser, parce qu'on n'arrive pas avec la pénurie de main-d'œuvre. (G)

Ainsi, la pénurie de main-d'œuvre spécialisée, mais aussi le recrutement, la rétention et le roulement de personnel, le remplacement de congés de maternité et autres font partie des difficultés soulevées tant par les CR que par les CSSS. Et bien qu'elles soient vécues d'une façon plus ou moins aigüe selon les régions et les établissements, on les considère comme des obstacles importants au développement de l'expertise et au respect des délais dictés par le plan d'accès.

Nous verrons plus loin que pour contrer ces problèmes, certains achètent des services dans le secteur privé ou encore, dans le cas des CR, embauchent du personnel technique en soutien aux professionnels. Certaines pratiques sont ainsi modifiées par l'optimisation du personnel. Toutefois, plusieurs estiment que leurs équipes ont « atteint leurs limites » et tentent de « nager la tête hors de l'eau avant qu'elles ne s'écroulent » puisque « les clientèles, elles, augmentent tout le temps ».

Notons qu'à l'hiver 2012, 8 millions de dollars non récurrents sont à nouveau investis dans le réseau. La moitié de ce montant est destiné aux CSSS et visent notamment à offrir des services de répit, de gardiennage et de dépannage aux familles qui soutiennent une personne ayant une DP, une DI ou un TED ainsi qu'aux services d'adaptation à domicile et au soutien aux activités quotidiennes. L'autre 4 millions de dollars est attribué aux CR pour améliorer l'accès aux services spécialisés de réadaptation.

En résumé

Dès le départ, les autorités ministérielles mettent en place une équipe chargée de l'implantation et du suivi du plan d'accès. En fait, ce dernier est considéré comme un produit appelé à évoluer dans le temps, dont le travail étroit avec les agences, reproduit avec les établissements de leur territoire, serait garant de son évolution. La ligne de gouvernance et d'imputabilité est alors tracée : MSSS – agences – établissements.

Pour les gestionnaires d'accès régionaux tout comme pour les CSSS, cette ligne hiérarchique est très claire. Cependant, elle semble plus floue en ce qui concerne les CR. En effet, ceux-ci disent bénéficier d'un très bon soutien de la part de leur association respective. Ils puisent donc aussi auprès d'elles des interprétations qui peuvent diverger de celles du Ministère. Ce qui vient parfois infléchir la ligne de gouvernance prévue au départ.

Cela étant dit, dès 2008, des mécanismes de coordination, de communication et de concertation suivant la logique initiale (MSSS – agences – établissements) sont développés pour soutenir l'implantation du plan d'accès. À ce sujet, mentionnons particulièrement les suivis statutaires avec les gestionnaires d'accès régionaux, les groupes de travail et le forum Web. Tous ces dispositifs permettent de se connaître, de partager des informations ainsi que les « bons coups » comme les moins bons, de développer un langage commun et une vision convergente du plan d'accès. Ces mécanismes sont jugés comme étant une bonne initiative et une « façon de faire à reproduire », le cas échéant. Plusieurs en parlent en termes de conditions gagnantes qui assurent « deux pas d'avance sur le réseau » aux gestionnaires d'accès régionaux.

Si les mécanismes mis en place pour soutenir l'implantation sont largement appréciés, le caractère évolutif du plan d'accès comprend également quelques revers. Ainsi, tous soulignent le manque de clarté entourant plusieurs notions clés du plan d'accès. Ceci peut suggérer des interprétations différentes selon que l'on se situe en première ou en deuxième ligne. Ces interprétations multiples donnent lieu à des pratiques tout aussi diversifiées sur le terrain pour lesquelles il s'avère plus difficile d'apporter les correctifs nécessaires une fois qu'elles sont bien ancrées. L'opérationnalisation de la notion de « premier service » est particulièrement éloquentes à ce sujet.

Dans la même veine, on estime que des travaux ministériels auraient dû être effectués sur des éléments structurants du plan d'accès avant son lancement ou, à tout le moins, au tout début de l'implantation. L'exemple le plus fréquemment cité est relatif à la « hiérarchisation des services » pour laquelle des demandes d'éclaircissement reviennent de manière récurrente au cours de la période à l'étude. D'une fois à l'autre, les gestionnaires d'accès régionaux évoquent les problèmes « sur le terrain » entretenus par « l'absence de position claire » de la part du Ministère sur le sujet (p. ex. variabilité dans l'offre de services d'une région à l'autre, duplication du travail, exacerbation des tensions entre 1^{re} et 2^e ligne, effet d'entraînement sur d'autres dossiers).

Les nombreux ajustements dont les systèmes d'information clientèle font l'objet depuis 2008 constituent également un irritant pour les acteurs. Dans le cas d'I-CLSC, toutes les précisions apportées en raison d'un suivi particulier du plan d'accès traduisent également un manque de liens avec les autres programmes-services du Ministère où chacun peut décider d'introduire des changements sans tenir compte des autres. Le manque d'arrimage avec l'équipe des ententes de gestion dans l'élaboration d'indicateurs lors de la rédaction du plan d'accès témoigne également du travail en silo. Du côté de SIPAD, les problèmes soulevés en début d'implantation sont à la fois plus nombreux et plus complexes étant donné la nouveauté du système et les

mêmes difficultés d'arrimage sont également constatées. Dans les deux cas, l'ensemble des contraintes font en sorte que pendant une bonne période, un travail en parallèle avec des outils maison a dû être effectué dans les établissements afin de donner un portrait plus juste de la réalité.

Des mécanismes assurant le suivi et la reddition de comptes du plan d'accès sont également déployés. Les données plus qualitatives sont recueillies au moyen de tableaux de bord, d'analyse thématique et de *Plans régionaux d'amélioration de l'accès et de la continuité* (PRAAC). Les données de nature quantitative, comme le taux de respect des délais, sont également suivies de près.

Dans l'ensemble, les différents acteurs estiment que les mécanismes de suivi et de reddition de comptes sont légitimes et justifiés (p. ex. oblige à suivre les données, met l'accent sur cette clientèle). Toutefois, certains aspects qui leur sont liés suscitent de nombreux commentaires (p. ex. la multitude des « livrables », le rythme, le suivi du premier service uniquement).

Devant certaines insatisfactions soulevées par la reddition de comptes, des ajustements mineurs ont été apportés au calendrier initial. Ajoutons qu'un raffinement dans le suivi des données est en cours et que la préoccupation d'un meilleur arrimage à l'interne donne lieu à des initiatives en ce sens.

Le plan d'accès est assorti d'une contribution financière de 110 millions de dollars répartis en trois tranches selon les années d'implantation : 2008-2009 : 40 millions, 2009-2010 : 35 millions et 2010-2011 : 35 millions. Ce sont les agences qui ont le mandat de distribuer les sommes « de manière exclusive » pour les deux programmes-services que sont la DI-TED et la DP. L'objectif de résorption de la liste d'attente influence fortement le choix de plusieurs agences d'attribuer, dans un premier temps, les montants aux CR de leur région. Même si la majorité des agences octroient des sommes plus importantes à la première ligne lors de la troisième année d'implantation, au total, la deuxième ligne bénéficie d'un montant supérieur. Enfin, dans l'ensemble, l'argent reçu sert principalement à l'embauche de personnel qui offre des services aux usagers. Toutefois, le recrutement et la rétention de la main-d'œuvre demeurent des défis pour les établissements.

Section 4- La dynamique de collaboration intrarégionale

Cette section dresse un bilan de la dynamique de la collaboration à l'échelle régionale au cours de l'implantation du plan d'accès en s'inspirant du modèle théorique de D'Amours et coll. (2003). Une mise en contexte qui rappelle les principaux éléments de la plus récente réforme de la santé et des services sociaux est d'abord effectuée. Par la suite, l'analyse de la collaboration met en lumière ses différentes dimensions telles que le leadership régional actualisé par la mise en place du gestionnaire d'accès régional et du soutien de l'agence qu'il suppose. Une brève présentation de l'état de la concertation régionale dans les sites évalués est également présentée. Enfin, les liens plus étroits entre les types d'établissements que sont les CR et les CSSS sont exposés. De manière plus particulière, la clarté des rôles et des mandats entre la première et la deuxième ligne, le partage d'expertise et de ressources, la présence de mécanismes de concertation de même que la formalisation de la collaboration sont discutés. Un résumé clôt la section.

4.1 L'arrimage entre le projet clinique et le plan d'accès

Précisons dès maintenant que des liens existent entre différents types d'établissements qui offrent des services aux personnes ayant une déficience, et ce, depuis fort longtemps. Toutefois, dans la foulée de la réforme ayant mené à la création des RLS et des CSSS, les responsabilités de chacun des acteurs ont été révisées et les liens de collaboration entre les établissements sont en redéfinition.

Rappelons que ce sont les agences qui ont la responsabilité de mettre en place ces réseaux et d'en assurer leur développement. De leur côté, les CSSS jouent désormais un rôle d'animation et de coordination de la collaboration entre les acteurs du RLS, notamment dans l'élaboration du projet clinique et organisationnel. Dans ce nouveau contexte, la hiérarchisation des services et l'optimisation de leur qualité sont envisagées dans une perspective de coresponsabilité de l'ensemble des partenaires du RLS (la responsabilité populationnelle).

L'élaboration du projet clinique et organisationnel s'effectue à des rythmes différents selon les CSSS⁴³. Dans l'ensemble, les nouvelles entités fusionnées se concentrent d'abord sur la réorganisation interne, sur la base des programmes-services (DI-TED et DP relevant généralement de directions différentes). Par la suite, les CSSS associent leurs partenaires aux différentes tables de travail. Deux stratégies sont alors déployées, soit aborder tous les programmes-services de front ou privilégier une approche par étape. Dans ce dernier cas, les programmes DI-TED et DP sont souvent ceux qui concluent la démarche. À l'issue des travaux, des plans d'action sont rédigés pour chacun des programmes-services ou regroupement de programmes-services (p. ex. jeunes et santé mentale), le cas échéant.

D'entrée de jeu, mentionnons que le projet clinique et le plan d'accès procèdent de deux logiques différentes. D'abord, c'est la gouvernance qui est ciblée. Ainsi, comme nous l'avons vu plus haut, le projet clinique est basé sur un leadership local où les CSSS sont les maîtres d'œuvre de la démarche. Ils en sont, en quelque sorte, responsables, bien qu'aucune reddition de comptes spécifique n'y soit associée. Tous les partenaires du RLS sont impliqués dans l'exercice. Alors que dans le cas du plan d'accès, le leadership est régional, l'imputabilité revient aux agences, une reddition de comptes particulière est d'ailleurs exigée et les mécanismes de concertation s'établissent surtout entre les CSSS et les CR. On dira qu'avec le plan d'accès,

⁴³ CÔTÉ, G., LANCTÔT, C. et S. RHEAULT, 2010. *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

« les agences ont pris le devant de la scène ». Certains y voient des problèmes de conciliation entre les deux dossiers et s'interrogent sur le véritable sens de la responsabilité populationnelle.

La confusion [entre le projet clinique et le plan d'accès] n'est pas au niveau du contenu, mais de la gouvernance. Ça questionne le leadership que l'agence gère les listes d'attente. C'est particulier. On entre dans l'opérationnel des établissements. En foi de la responsabilité populationnelle, pourquoi ce n'est pas le CSSS qui est imputable de la mise en place du plan d'accès? (Notes statutaires)

Dans la même veine, un gestionnaire d'accès régional exprime son « malaise vis-à-vis l'approche *top down* de l'agence que commande le plan d'accès alors que le projet clinique était basé sur la responsabilité populationnelle des CSSS ». (GAR-U)

Une autre différence de logique qui sous-tend les deux initiatives se résume de la façon suivante : dans le cadre du projet clinique, la DI-TED et la DP réfèrent à deux programmes-services distincts alors qu'il existe un seul plan d'accès. Non pas que les personnes rencontrées souhaitent nécessairement la coexistence de deux plans d'accès, mais ces dernières estiment que les deux démarches ministérielles auraient pu influencer l'organigramme des CSSS si elles avaient été conçues dans le même esprit et étaient arrivées en même temps. Ceci aurait eu l'avantage de limiter les problèmes d'intégration interne comme nous le verrons dans la section suivante.

Si le plan d'accès était arrivé en même temps que le projet clinique, ça aurait eu une tout autre importance. Ça aurait sûrement changé des structures hiérarchiques, du moins, d'après moi. Et puis ça aurait sûrement été DI, DP, TED ensemble. C'est un plan d'accès.(GAR-X)

Ceci étant dit, dans les régions à l'étude, l'état d'avancement des travaux concernant les projets cliniques est variable et peut également différer selon les programmes-services dans une même région. Les liens entre les deux initiatives se sont donc noués différemment selon le contexte.

Une seule région à l'étude avait complété la démarche de concertation entourant les projets cliniques avant l'automne 2008. Dans ce cas, le plan d'accès est vu en continuité avec le projet clinique. L'agence a fourni des orientations et a élaboré un plan d'action régional pour chacun des programmes-services incluant ceux en DI-TED et DP. Des travaux avaient également été amorcés afin de clarifier les responsabilités des établissements et la hiérarchisation des services. Un des CR de cette région note que dans le cadre du plan d'accès, les travaux se font maintenant à l'échelle régionale plutôt que par projet dans chacun des territoires de RLS. De son côté, un CSSS affirme que le plan d'accès est venu « compléter et consolider » le projet clinique, seuls les délais d'accès ont été ajoutés. (GA-CSSS-Ab)

Dans trois régions, la démarche était très avancée et même terminée dans un cas pour le programme DI-TED. Les acteurs directement concernés de ces régions considèrent que le plan d'accès est venu soit « court-circuiter » l'élaboration de balises régionales, soit « bousculer » le plan d'action déjà établi, voire même retarder, dans une région, la mise en place d'un réseau intégré de services.

Mais ça a été difficile d'expliquer aux gens qu'il y avait un plan d'accès DI-TED, DP. Vous autres, vous travaillez sur le réseau intégré, là il va falloir mettre des choses de côté. Ils nous disaient : “ Nous autres, regarde, on est parti avec ça et puis le plan d'accès au départ c'était quoi cette affaire-là? ” Ça pris un an je vous dirais à expliquer. (GAR-E)

Par contre, dans deux de ces régions, le plan d'accès agit comme un catalyseur pour le programme DP dans le cadre du projet clinique.

S'il n'y avait pas eu le plan d'accès, on se demande si les projets cliniques en déficience physique auraient éventuellement vu le jour. Il y en avait [des projets cliniques], mais on était très peu interpellés. Moi, j'entendais parler de ça, mais presque comme des rumeurs. Moi, le plan d'accès, ça a été un levier incroyable pour obliger à développer des arrimages. (GA-CRDP-55)

Dans le même sens, dans une autre région, les programmes DI-TED et DP n'avaient pas encore été abordés dans le cadre du projet clinique. Les acteurs locaux et régionaux attendaient les orientations de l'Agence qui, elle-même attendait le plan d'accès avant de démarrer la concertation. Comme il s'agit d'une région très étendue, la démarche était également très exigeante pour les CR. Le plan d'accès est venu en quelque sorte donner des grandes lignes et stimuler les travaux à entreprendre dans ce cadre. D'ailleurs, dans cette région, beaucoup d'espoir est mis sur le projet clinique pour éclaircir les rôles de chacun (1^{re}, 2^e ligne), pour définir l'offre de services et déterminer ce qu'il faut mettre en place.

Quand on va arriver au projet clinique, ça va être plus clair. Et puis, notre façon de faire va être plus semblable. Parce qu'on connaît les guides. Ça fait que c'est bien plus facile après ça de partir de ce qu'on a, de ce qu'on n'a pas et de ce qu'on devrait avoir. Nous, le mot d'ordre régional, c'était : " On attend le plan d'accès ". On savait que ça s'en venait. (GA-CSSS-C)

4.2 Le soutien de l'Agence et la concertation régionale

Comme nous venons de le voir, toutes les régions ne partaient pas du même point de départ quant à l'avancement des projets cliniques et la concertation qu'elle suppose eu égard aux programmes-services DI-TED et DP. Cependant, la concertation régionale est ciblée comme étant une « condition de succès » pour l'implantation du plan d'accès. Cette concertation est basée sur la création de lieux d'échange où l'agence joue « un rôle de première importance »⁴⁴ notamment en instaurant et en soutenant la fonction de gestionnaire d'accès régional.

La mise en place et le rôle du gestionnaire d'accès régional

« Le gestionnaire d'accès de l'agence voit à ce que les établissements concernés de sa région s'approprient et implantent le plan d'accès aux services. Pour ce faire, il anime et soutient l'activité des gestionnaires d'accès des établissements de son territoire. De plus, il coordonne l'ensemble des travaux à portée régionale et il est responsable de la mise en place d'une gestion intégrée de l'accès dans sa région. Aussi, il s'assure que les gestionnaires d'accès de sa région communiquent entre eux. Enfin, le gestionnaire d'accès de l'agence veille à ce que les résultats de l'implantation du plan d'accès soient transmis au président-directeur général, en fonction des éléments de reddition de comptes demandés par ce dernier et le Ministère. »
(MSSS, 2008 : 24)

Conformément à ce qui est indiqué dans le plan d'accès, toutes les agences ont nommé au moins un gestionnaire d'accès régional. Dans certains cas, deux personnes sont désignées comme répondants, l'un pour DP, l'autre pour DI. Dans deux cas seulement, un cadre supérieur assure cette fonction, mais ce sont les répondants qui assument une grande partie de la tâche. En 2011, environ la moitié des gestionnaires d'accès régionaux n'étaient plus les mêmes qu'en 2008.

⁴⁴ 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, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008 :37.

De manière générale, les gestionnaires d'accès régionaux évaluent que beaucoup de temps et d'énergie sont consacrés à l'appropriation du plan d'accès surtout en début de processus. On souligne que d'autres dossiers sont « tassés », du moins pour un temps, afin de comprendre tout ce que le déploiement du plan d'accès implique comme travaux et reddition de comptes. Ce qui était, semble-t-il, sous-estimé au départ.

Moi, je dirais que la première impression, quand on lit le plan d'accès en tant que tel, le petit document, [ça semblait] pas si pire. Puis, je pense aussi que ce n'était pas juste moi, pour avoir parlé à des gens. On voit qu'il y a des choses à faire, mais c'est en commençant à l'appliquer que là tu te dis : " Oh là, là!, il y a ça, ça, ça, ça, ça! Oufff! ". C'est une image que je donne, mais c'est comme ça, quand on le lit, le document, on ne perçoit pas tout ce que ça commande comme travaux. (GAR-20)

Dans l'ensemble, le déploiement du plan d'accès a pris un peu sa vitesse de croisière. Toutefois, étant donné son caractère évolutif dans le temps, son appropriation n'est pas entièrement terminée, et ce, trois ans après le début de l'implantation. Ainsi, l'éclaircissement des concepts (p. ex. intervenant pivot-réseau), de certains mécanismes à mettre en place (p. ex. gestion intégrée de l'accès) ou de reddition de comptes se font en continu. La participation à la Table des gestionnaires d'accès au niveau provincial aide en partie à clarifier les zones grises et à traduire au niveau régional les attentes du Ministère.

[Les gestionnaires d'accès régionaux] ont joué le rôle qu'on leur a demandé de jouer, qui est un peu un traducteur entre ce que le Ministère veut, où le Ministère est rendu, nous faire comprendre un peu ces étapes-là. Puis, nous faire comprendre aussi que, et bien là, il y a de la reddition de comptes qui se fait d'une façon, mais on a aussi des tableaux de bord à remplir d'une autre façon. Je vous dirais que les trois premiers mois, juste de comprendre tout ce qui arrivait avec. Ah, oh, on n'avait pas compris au début qu'on aurait des tableaux de bord à remplir en tant qu'établissement. (GA-CRDP-A)

Le rôle de traducteur du gestionnaire d'accès régional se joue également dans l'autre sens afin de « monter les préoccupations du terrain » vers le Ministère. La reproduction à l'échelle régionale d'un mécanisme de concertation entre les gestionnaires d'accès d'établissement et celui de l'agence devient le lieu privilégié de ces allers-retours.

Ainsi, un comité du plan d'accès ou une Table rassemblant les gestionnaires d'accès des CSSS et des CR de chaque région est mis sur pied⁴⁵. Dans certaines régions, les gestionnaires d'accès d'établissements s'intègrent ou allaient s'intégrer à une structure de concertation plus large incluant d'autres programmes (p. ex. soutien à domicile). Toutefois, on assure que le plan d'accès est ou sera mis en priorité dans les discussions. Selon les régions, le rythme des rencontres peut différer, mais dans l'ensemble, elles se déroulent aux six à huit semaines environ. Elles s'effectuent préférablement en personne, mais les visioconférences, surtout dans les territoires très étendus, les conférences téléphoniques et les courriels sont largement utilisés. Le nombre d'établissements et l'assiduité aux rencontres varient également d'une région à l'autre. Le fait d'avoir peu d'établissements dans la région peut faciliter les rencontres. Au contraire, le fait d'en avoir beaucoup complexifie le travail des gestionnaires d'accès régionaux dans la recherche de consensus. Par contre, peu d'établissements signifient aussi moins de points de vue.

La majorité des gestionnaires d'accès régionaux mentionnent que la gestion de la pandémie d'influenza A (H1N1) à l'automne 2009 a ralenti la cadence des réunions. C'est l'occasion pour

⁴⁵ Une seule région prévoyait instaurer ce mécanisme seulement à partir de l'automne 2011 (cf. PRAAC-2010-2011).

certaines d'entre eux d'avancer la réflexion sur des thèmes précis et « prendre un peu d'avance » alors que d'autres procèdent plutôt à une mise en suspens des travaux.

Trois ans après la mise en place du plan d'accès, l'analyse des PRAAC déposés au Ministère en juin 2011 (PRAAC-2010-2011) permet d'évaluer le chemin parcouru par chacune des régions⁴⁶. Ainsi, les 16 régions se distribuent en quatre grandes catégories pour lesquelles le processus d'avancement des travaux et de concertation est considéré : 1- très avancé (6 régions), 2- avancé (3 régions), 3- moyennement avancé (5 régions) et 4- faiblement avancé (2 régions)⁴⁷. Comparativement aux PRAAC déposés l'année précédente (PRAAC-2009-2010), 10 régions demeurent dans la même catégorie et maintiennent le rythme d'implantation, alors que cinq autres régions ont progressé de manière significative.

Parmi les régions à l'étude, deux d'entre elles sont considérées très avancées et se distinguent par la qualité de la concertation régionale, l'ampleur et l'intensité des travaux effectués par les gestionnaires d'accès régionaux dans le cadre du plan d'accès. Les pilotes régionaux I-CLSC sont également mis à contribution pour certains documents et participent eux aussi à la concertation régionale. Une région dont le processus est coté avancé bénéficie d'un statut particulier puisque les travaux ont débuté dans le cadre du projet clinique et le plan d'accès est abordé dans cette perspective. Sans être tout à fait identique, elle se rapproche des deux premières régions et sera donc analysée avec celles-ci. Deux autres régions connaissent plus de difficultés de concertation et moins de travaux sont entrepris. Toutefois, l'analyse du PRAAC-2010-2011 permet de constater une nette progression sur les deux plans pour l'une de ces régions, ce qui la fait passer de « faiblement avancée » en 2009-2010 à « avancée » en 2010-2011.

⁴⁶ Précisons qu'en janvier 2012, la DPAD a entamé une tournée des régions permettant de mettre à jour les informations pour les 16 régions.

⁴⁷ L'annexe 4 présente les résultats agrégés de l'évaluation de la mise en place des mécanismes et des standards qui a servi au classement des régions.

Grande concertation et beaucoup de travaux régionaux

Dans les régions où l'on observe une grande concertation et beaucoup de travaux régionaux, les gestionnaires d'accès régionaux disent bénéficier d'un très bon soutien de la part des autorités (p. ex. équipe de direction, DOS) de leur Agence respective et affirment que le plan d'accès est un dossier important pour celle-ci. Des cadres supérieurs sont d'ailleurs impliqués dès le départ.

Dans ces régions, les gestionnaires d'accès régionaux effectuent d'abord une large diffusion du plan d'accès dans les établissements. Dans un cas, d'autres acteurs du RLS, comme les organismes communautaires et les centres de la petite enfance (CPE), bénéficient également d'une présentation. Le plan d'accès est aussi présenté dans différentes instances de l'Agence comme au conseil d'administration et dans divers comités stratégiques. La Table régionale des directeurs généraux (Table des DG) d'établissements en est également saisie. Des tournées d'établissements et des contacts répétés avec les autres instances mentionnées font partie des stratégies déployées pour faire le point et assurer un meilleur suivi du plan d'accès.

De manière plus intense dans deux régions, les gestionnaires d'accès font preuve d'un grand leadership afin de soutenir l'implantation du plan d'accès. En effet, beaucoup d'outils sont développés pour faciliter le travail des gestionnaires d'accès d'établissement. Dans l'une des régions, on note, entre autres, l'élaboration de différents tableaux de bord permettant aux CSSS de suivre les délais d'accès et la production des services. Dans les deux régions, des travaux sont initiés sur la stimulation globale du développement et différents documents sont rédigés, par exemple, sur les frontières entre les programmes DP et PPALV, sur la distinction entre santé physique et déficience physique ou encore sur des notions plus floues (p. ex. intervenant pivot, PSI). De plus, les trajectoires de services sont soit réalisées ou en cours. Plusieurs de ces extrants sont déposés sur le Forum du plan d'accès et donc disponibles pour les autres personnes occupant des fonctions similaires.

Dans ces régions, le leadership exercé particulièrement par les gestionnaires d'accès régionaux et le soutien fourni aux établissements a un effet de réciprocité chez les membres de la Table qui, à leur tour, répondent bien aux exigences de la reddition de comptes, malgré le rythme imposé. Notons que tous les travaux menés par ces gestionnaires d'accès régionaux font l'objet de consultations et de discussions à la Table de concertation où le développement d'une compréhension commune et le consensus sont recherchés. Ce leadership participatif est particulièrement apprécié des gestionnaires d'accès d'établissement puisqu'il « laisse place aux partenaires qui peuvent s'approprier la démarche ». Dans le même sens, les analyses thématiques demandées et les PRAAC sont élaborés en étroite collaboration avec les établissements et les rétroactions sont nombreuses.

Ça a été intéressant parce que les fiches thématiques, chaque établissement les complétaient, nous les envoyaient, on faisait une compilation, un résumé, une synthèse des défis et des enjeux et on ramenait ça aux gestionnaires d'accès. C'est comme ça qu'on a construit notre PRAAC au fur et à mesure, de septembre 2008 à mars 2009. Donc, ça a été très intense. (GAR-X)

On peut dire que dans les trois régions, on dénote un haut niveau de concertation qui s'est construit au fil du temps, notamment à la faveur des échanges à la Table des gestionnaires d'accès ou dans le cadre du projet clinique. De plus, on souligne une grande assiduité aux rencontres, tant de la part des CSSS que des CR et une volonté de participer aux différents sous-comités.

Tous mentionnent que les échanges lors des rencontres sont une occasion de développer un langage commun et une compréhension partagée (p. ex. les niveaux de priorité) en travaillant également sur les notions plus équivoques du plan d'accès (p. ex. mesures supplétives). Les rencontres permettent aussi de se connaître, de mieux connaître les services offerts, entre CSSS et CR, mais aussi d'un CSSS à l'autre, de discuter des problèmes rencontrés, des solutions trouvées et de préciser les attentes des uns et des autres (p. ex. modalités d'accès); ce qui aide à « mettre les choses au clair ». La communication entre gestionnaires d'accès s'est ainsi améliorée et le climat de confiance est bien installé.

Les gens ne se sentent plus menacés, ils veulent aller [de l'avant]... Dans le fond, ça c'est des bénéfices collatéraux. C'est ça mettre beaucoup d'emphase sur l'aspect relationnel. (GAR-P)

Oui, c'est pour ça que je dis qu'on a des bons liens créés au niveau régional. Et puis, on ne se gêne pas pour s'envoyer des courriels, dès qu'on a des situations [lors desquelles on] ne sait pas comment intervenir, pas quelles décisions prendre, là, on interpelle les autres. Alors ça, c'est supportant au niveau régional, et je pense que c'est un point fort de notre région, d'avoir un réseau, des liens assez tissés et assez solides entre nous. (GA-CSSS-L)

Ajoutons que les pilotes régionaux des systèmes d'information I-CLSC, surtout dans deux cas, prennent eux aussi une part active dans le soutien aux établissements et à la concertation régionale. Ils se définissent d'abord comme des « gardiens du cadre normatif » et sont chargés de la validité des données. Ils organisent des rencontres avec les pilotes locaux et offrent de la formation. Dans le cadre du plan d'accès, ils ont eux aussi développé des outils afin d'aider les pilotes locaux et les intervenants à clarifier des notions plus obscures. L'élaboration d'un guide de saisie I-CLSC en est un bon exemple. Ils ont également joué un rôle important dans la correction des données manquantes concernant les niveaux de priorité. Dans ces régions, les gestionnaires d'accès régionaux et les pilotes régionaux travaillent en étroite collaboration, ils convoquent des réunions conjointes (entre gestionnaires d'accès locaux et pilotes locaux) et s'invitent l'un l'autre aux réunions qu'ils organisent. Dans l'une des régions, ces deux personnes envoient des courriels communs à leurs homologues locaux afin de transmettre la même information et assurer une certaine standardisation des procédures.

Soulignons que ces trois régions ont développé une réelle dynamique de collaboration. Bien que les acteurs aient des intérêts organisationnels différents (les CR et les CSSS) et que tous les arrimages ne soient pas optimaux, ils adhèrent au plan d'accès. Ils partagent le désir de contribuer au « projet commun », ou comme l'exprime un gestionnaire d'accès de CSSS : « On s'est tous vus coéquipiers dans un projet compliqué ». Ainsi, on peut dire que la collaboration régionale est à un stade très avancé et que chacune des Tables a atteint un bon niveau de maturité.

Enfin, l'analyse des PRAAC-2010-2011 confirme que ces régions poursuivent leurs travaux et que plusieurs des standards à implanter sont à l'étape des suivis.

Mobilisation plus difficile et moins de travaux

Deux autres régions accusent un certain retard sur le plan de la concertation régionale au cours des deux premières années d'implantation du plan d'accès. Pour des raisons différentes, la mobilisation des acteurs y est plus difficile et moins de travaux régionaux sont entrepris. Le travail en tandem avec le pilote régional de système d'information I-CLSC est un peu plus soutenu dans un cas, mais nettement moins présent dans l'autre. La vision globale et les liens entre le plan d'accès et le cadre normatif, c'est-à-dire entre gestionnaire d'accès régional et pilote de système d'information, sont également moins appuyés. Mis à part la transmission

d'informations et les formations d'usage, aucun des pilotes de ces régions n'a développé d'outils particuliers pour soutenir le travail sur le terrain.

Dans les deux cas, la nomination des gestionnaires d'accès d'établissements débute plus tardivement que dans les autres régions évaluées. Conséquemment, la Table de concertation des gestionnaires d'accès dans ces régions démarre plus lentement. Dans les deux régions, beaucoup de temps est consacré à la définition du rôle des gestionnaires d'accès et le travail de traduction des attentes du Ministère et des modalités de reddition de comptes occupe largement l'espace lors des rencontres au détriment des travaux régionaux. La stratégie étant plutôt d'attendre que le Ministère éclaircisse les notions ou l'atteinte d'un meilleur climat régional.

Dans l'une des régions, des difficultés de concertation étaient observables avant l'arrivée du plan d'accès, certaines conditions préalables aux travaux n'étant pas réunies. D'une part, la majorité des acteurs s'entendent pour dire que « le CRDITED régional s'est redéfini tout seul » et qu'il « s'est isolé dans son mandat en se retirant complètement de la 1^{re} ligne ». Il s'est également soustrait de la Table des gestionnaires d'accès pour une période d'environ un an. Ce retrait marque la dynamique de concertation autour du plan d'accès qui se trouve ainsi privée d'un acteur important au début de l'implantation.

D'autre part, du côté des CSSS, la fusion des établissements est loin d'être terminée, la nomination des gestionnaires d'accès a pris un certain retard et, pour un CSSS en particulier, plusieurs porte-paroles s'ajoutent à cette situation, ce qui complexifie les rapports avec la deuxième ligne. Beaucoup d'acteurs voient dans ces faits un soutien plus modeste de la part des directions générales des CSSS dans la mise en œuvre du plan d'accès, du moins au début. Dans ce contexte (implication limitée des CSSS et retrait du CRDITED), les travaux à mener conjointement sont plus difficiles à réaliser.

Dans cette région, étant donné le caractère particulier et parfois « explosif » de la Table, le gestionnaire d'accès régional effectue beaucoup de gestion de conflits parallèlement aux activités. Les autorités de l'Agence sont aussi mises à contribution, mais c'est à la Table des DG que se prendront certaines décisions afin de dénouer les conflits, notamment en ce qui concerne l'hébergement. Bien que le plan d'accès soit considéré comme un dossier important à l'Agence, les acteurs soulignent surtout sa faible capacité à exercer son rôle d'arbitrage et son manque de leadership dans les dossiers plus litigieux.

L'agence laisse les conflits perdurer et l'on sent que le tout se gère, ou pas, à la Table des DG : hébergement et transfert de responsabilités 2^e vers la 1^{re} ligne. (GA-31)

Dans l'autre région, le gestionnaire d'accès régional doit d'abord composer avec un soutien moins important de la part de l'Agence compte tenu, entre autres, de divers changements dans les postes clés, dont celui de Président directeur général. Il doit également prendre en compte l'absence de liste d'attente dans les CSSS et une clientèle desservie jusqu'à maintenant systématiquement en CR. Ajoutons qu'il s'agit d'un territoire très étendu, ce qui peut complexifier le travail (p. ex. rencontre en présence, tournée d'établissements).

Toutefois, le plan d'accès est vu comme l'occasion de se concerter pour la première fois sur une base régionale et la Table devient un « lieu privilégié » pour les CR qui peuvent ainsi parler à tous les CSSS en même temps.

C'est pour vous dire qu'il y avait eu des ententes individuelles avec les centres de réadaptation pour certains sujets avec les CSSS. Mais de façon régionale, ça ne s'était jamais fait. Les CR voulaient qu'on fasse un pont avec les CSSS. Le fait d'avoir des

rencontres du plan d'accès, c'est une première dans le fond, les CSSS qui parlent aux centres de réadaptation dans une structure du plan d'accès. (GAR-V)

Cependant, dans les faits, la Table ne semble pas être un levier aussi efficace que prévu, « l'absence des CSSS » étant constatée par tous. Ainsi, on note une faible participation de leur part à la Table, mais aussi une implication moindre dans les sujets ou les dossiers soumis à la concertation, et ce, en dépit des lettres de la part des supérieurs de l'Agence et adressées aux directeurs de CSSS. Dans cette région, les discussions se font plutôt entre les directeurs d'établissements avec ou sans l'Agence. Celle-ci est considérée comme ayant un « rôle plutôt effacé » que les acteurs locaux les plus critiques traduisent par un « manque de dynamisme », une absence « d'outils concrets » et un non-exercice de sa « fonction d'arbitrage ». Pour les autres, moins sévères, on dira que « l'agence joue son rôle, mais que les moyens ne sont pas toujours disponibles (besoin d'hébergement en ressources intermédiaires (RI) en DI et DP) ». (consultation-V)

Dans ces deux régions, le travail de concertation semble déficitaire. On constate que, malgré leurs efforts, les gestionnaires d'accès régionaux ont de la difficulté à rallier les acteurs autour d'un projet commun. Par exemple, les PRAAC sont rédigés par les gestionnaires d'accès régionaux à la suite de discussions. Toutefois, dans l'une des régions, ce travail entraîne peu de rétroactions. Ce gestionnaire d'accès régional transige donc avec un nombre restreint de joueurs, des appels qui ont peu d'écho et des courriels sans retour. Dans le même sens, un document concernant la hiérarchisation des services soumis à la consultation par le gestionnaire d'accès régional n'a pas suscité l'intérêt escompté auprès des CSSS.

Soulignons toutefois que l'analyse du PRAAC-2010-2011 permet de constater une nette amélioration au chapitre de la concertation régionale et de l'implantation du plan d'accès dans l'une de ces régions. La mise sur pied d'un comité stratégique, formé de cadres supérieurs des établissements, la nomination d'un gestionnaire d'accès dédié dans le CSSS qui en comptait plusieurs et le retour du CRDITED à la Table auront sans doute contribué au progrès constaté. À ce sujet, on note des travaux importants dans l'élaboration de trajectoires de services et sur la gestion intégrée de l'accès. Par contre, l'autre région connaît toujours des difficultés de concertation et plusieurs mécanismes et standards à mettre en place, dont l'élaboration des trajectoires de service, sont soit en retard ou à peine amorcés.

4.3 Les liens entre les établissements

Parallèlement aux travaux menés aux Tables de gestionnaires d'accès d'établissement, les CR et les CSSS intensifient leur processus de révision ou de développement des services; mouvement déjà amorcé dans la foulée de la récente réforme pour certains d'entre eux. Par la même occasion, la première et la deuxième ligne sont en redéfinition et la clarification de l'offre de services et, par extension, des rôles et des responsabilités des uns et des autres sont au cœur des préoccupations tant des gestionnaires que des intervenants.

D'entrée de jeu, mentionnons que les liens entre les CR et les CSSS peuvent varier d'une région à l'autre, d'un type de CR à l'autre dans une même région, au cœur d'un même CR selon ses points de services avec ceux d'un même CSSS, comme l'exprime ici un informateur :

[La collaboration est] variable selon le CSSS. Selon nos points de service aussi. Dans le fond, quand on parle de collaboration, c'est souvent presque une question d'individu, l'historique de chacun, tout ça. C'est inégal comme territoire de population. Dans un secteur, on a des grands bassins de population alors que dans un autre, c'est plus petit. Ce n'est pas du tout le même niveau d'implication. C'est de mieux en mieux, mais ce n'est

pas égal. C'est des fois très constructif, d'autres fois, un peu trouble. Trouble dans le sens où il y a encore des méconnaissances, de l'incompréhension. (GA-CRDP-D)

Certains éléments influent sur le type et la qualité des liens développés. Dans le cadre de l'implantation du plan d'accès, le degré de collaboration avec lequel se redéfinit la deuxième ligne avec la première ligne semble déterminant à cet égard. Dans un premier temps, nous donnerons un exemple où le niveau de collaboration est le plus élevé pour ensuite tracer un portrait global de la situation.

Un exemple de collaboration en action

Parmi les sites évalués, un CRDITED et les CSSS de la région se distinguent positivement sur le plan de la collaboration. Dans cette région, tant les gestionnaires d'accès que les intervenants du CRDITED et des CSSS s'entendent sur la clarté entre la première et la deuxième ligne dans l'offre de services et sur la fluidité du cheminement des usagers entre les deux lignes de services. Il faut dire que dans ce cas, l'élaboration des critères menant au départage entre la première et la deuxième ligne, le transfert de la clientèle du CRDITED dans les territoires de CSSS, l'élaboration des ententes formelles, incluant les mécanismes de suivi entre les deux types d'établissements, s'effectuent en étroite collaboration dont nous résumons ici l'essentiel du processus.

Dans ce cas, le projet de loi n° 25 et l'offre de services commune développée par la FQCRDITED, parue en 2006⁴⁸, donnent le coup d'envoi aux travaux conjoints qu'entreprennent le CRDITED et les CSSS sur le partage de ce qui relève de la première et de la deuxième ligne. Appuyés par l'Agence, ces établissements se mettent rapidement en action. En soutien à la démarche, on prévoit, dès le départ, des mécanismes de liaison (agente de liaison) et de suivi permettant de trouver « des réponses ensemble » en cas de difficulté.

[On s'est dit] qu'on allait essayer de départager c'est quoi les responsabilités première ligne et les responsabilités deuxième ligne. Puis là, on a fait le pari que même si on n'avait pas toutes les réponses et bien, on commençait pareil. Puis on se donnerait des mécanismes de suivi et de concertation pour qu'une fois dedans, on trouve les réponses ensemble. Ça fait que ça donne des ententes. (GA-CRDITED-W)

La signature d'ententes formelles avec chacun des CSSS débute dès janvier 2008 et l'exercice se termine une année plus tard⁴⁹, le plan d'accès accélérant le processus. Les établissements en sont maintenant plutôt à l'étape de la révision des ententes. Soulignons que le tout est soutenu par une vision commune en faveur d'une lecture régionale de la situation pour les personnes ayant une DI ou un TED et par une approche respectueuse des partenaires. On s'entend qu'il faut « avoir la même conception des choses pour ne pas que personne soit en porte à faux avec personne » et que les décisions prises par un type d'organisation ne « mettent pas l'autre dans le trouble ». Cette vision systémique se reflète également dans les ententes.

Dans ce cadre, le transfert de clientèle s'effectue selon une approche personnalisée pour chacun des CSSS en respectant sa « capacité d'accueil ». Un plan de transfert progressif est convenu avec chacun d'eux puisque « certains sont plus en mesure de recevoir la clientèle jeunesse, d'autres plus adulte, d'autres aînée ». Ajoutons que pour soutenir cette bascule de clientèle, un processus d'accompagnement des CSSS par le CRDITED est mis en place. Ainsi, on procède également au transfert d'un intervenant de deuxième ligne vers la première ligne, ce qui permet déjà à l'équipe dédiée du CSSS évalué de s'approprier l'expertise.

⁴⁸ FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET EN TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT, 2006, *Offre de service*, Montréal.

⁴⁹ Un seul CSSS n'a pas encore signé la portion adulte de l'entente (PRAAC-2010-2011).

Le soutien à la première ligne se traduit également par de la formation donnée par le CRDITED aux CSSS. Une fois par année, la tournée des établissements permet de recueillir les besoins de formation et de soutien des CSSS. Comme il s'agit de la même équipe qui offre la formation à l'intérieur du CRDITED et aux partenaires, le contenu est ajusté afin de « respecter le mandat » des uns et des autres. Dans le même sens, l'agente de liaison du CRDITED se rend régulièrement dans les CSSS et met à jour l'information sur le fonctionnement du guichet d'accès de son établissement. Des activités de soutien mutuel sont aussi partagées entre les intervenants du CRDITED et des CSSS.

(...) et puis se rajoute à ça, ce qu'on n'a pas dans les ententes, les activités de soutien mutuel qu'on fait entre intervenants [du CRDITED] et CSSS, chaque année, qui permettent la consolidation des concepts, et des notions, et des façons de travailler, etc. Ça fait que nous, on va donner de la formation sur la DI-TED dans les CSSS, on anime du codéveloppement avec les intervenants et, conjointement, on a des petites communautés d'apprentissage. (GA.-CRDITED-W)

Il arrive également que les intervenants procèdent à des interventions conjointes dans des cas plus complexes. Toutes ces activités et ces pratiques sont l'occasion d'échanger directement entre eux, ce qui favorise l'interconnaissance et le développement de la confiance mutuelle. Ainsi, il est plus facile de s'entendre lorsque des situations plus délicates surviennent et les zones grises se négocient à la pièce « dans un climat d'ouverture ». Par exemple, l'accent mis sur le travail en épisodes de service amène à préciser à nouveau certaines procédures, « notamment pour la clientèle adulte », au fur et à mesure, et ce, afin d'assurer la continuité des services. Les trajectoires de services sont complétées et on note la présence d'intervenants pivots réseau dans tous les établissements. Toutefois, de l'avis de tous, les PSI pourraient être faits de manière plus systématique.

Si les liens sont nombreux entre les intervenants du CRDITED et des CSSS, ils le sont également entre les gestionnaires de programmes des deux types d'organisations. En effet, parmi les mécanismes inscrits dans les ententes de collaboration, des rencontres mensuelles entre ceux-ci sont prévues. Elles sont non seulement l'occasion de discuter des ententes, mais également de partager le défi de la liste d'attente.

Ça veut dire qu'au CRDITED, on est au courant, par exemple, qu'au [CSSS un tel], ils ont tant de monde sur leur liste d'attente en DI-TED qui sont à la veille de nous référer. Et nous, même chose quand on termine les épisodes de service, on annonce d'avance au CSSS qu'on achève nos épisodes de service avec une telle personne, on est à la veille de la retourner et on informe sur notre liste d'attente par territoire en disant au CSSS qu'il nous a référé une telle, une telle, une telle, une telle et que là, ils sont rendus à telle place sur la liste d'attente. Dans deux, trois semaines, je vais peut-être être capable de les passer. On a ça chaque mois dans tous les CSSS de la région. (GA.-CRDITED-W)

De plus, le haut niveau de collaboration s'illustre également dans la conclusion d'ententes entre le CRDITED et d'autres partenaires du RLS. Par exemple, un soutien professionnel et financier (location d'un local) est octroyé à un organisme communautaire afin d'animer un groupe. Ceci permet de revoir les tâches des éducateurs spécialisés et ainsi accueillir d'autres usagers.

Une collaboration à construire

Dans les autres cas, les liens entre CRDITED, CRDP et CSSS, peuvent se rapprocher ou s'éloigner de cet exemple selon les dimensions analysées.

La clarté des rôles entre les établissements de première et de deuxième ligne

La clarté des rôles entre les établissements passe d'abord par une réflexion sur l'offre de services. À ce propos, rappelons que la FQCRDITED avait déjà travaillé sur une offre de services commune à l'ensemble des établissements membres. De sorte que plusieurs CRDITED s'engagent dans la révision de leur offre de services bien avant l'arrivée du plan d'accès. Du côté des CRDP, même si elle n'est pas complète partout, on s'entend généralement pour dire que l'offre de services est « mieux définie, plus finement et depuis longtemps ». Toutefois, eux aussi se penchent sur la question et, dans un cas comme dans l'autre, l'accent est nettement mis sur la spécialisation délaissant peu à peu « la prise en charge mur à mur » qui prévalait jusqu'à maintenant.

Du point de vue des CR, cette spécialisation ne vise pas à éliminer des services, mais à les « transformer » ou à les « repositionner ». Un gestionnaire d'accès d'un CRDITED dit d'ailleurs à ce propos : « On a “ retricoté ” le tapis avec la même laine, mais de façon différente. Ça donne une marge de manœuvre ». (GA-CRDITED-62).

Du côté des CSSS, on estime que le plan d'accès est venu confirmer les attentes à leur endroit concernant le développement des services à offrir aux personnes ayant une déficience. On assiste alors à la nomination d'intervenants pivots, à la formation d'équipes dédiées ou à leur consolidation, le cas échéant. Toutefois, dans les premières années du moins, l'argent du plan d'accès est plutôt destiné à résorber les listes d'attente, dont le plus grand volume est en CR. Comme ceux-ci se mettent rapidement en action pour répondre à cette résorption, les CSSS estiment qu'ils ont peu de moyens financiers pour développer l'offre de services et qu'ils se font « définir par la deuxième ligne ».

Mais effectivement, le piège de la première ligne au niveau des services généraux, c'est que tout le monde se définit autour en services spécialisés. Mais on prend pour acquis que le CSSS va le faire. C'est un petit peu dangereux dans ce sens-là. Il y a une capacité d'agir pour les services spécialisés pis je ne dis pas ça; ce n'est pas machiavélique là, ce n'est pas. Mais par contre, de par leur capacité de se définir, par leur impact sur le carré de sable effectivement quand t'as un collègue qui va de l'avant... (F)

Cette redéfinition des uns et des autres ne se fait pas sans heurt et l'établissement des frontières s'effectue avec une plus ou moins grande collaboration selon les cas. De plus, un certain décalage peut exister entre les propos des gestionnaires d'accès d'établissements qui participent activement aux travaux régionaux et les situations vécues sur le terrain par les intervenants d'un même établissement, et ce, selon la rapidité et la qualité de la transmission de l'information sur les changements.

De manière générale, les CSSS estiment que les CR ont « rétréci » leur offre de services et « resserré » leurs critères d'admission. Pour eux, « tout arrive dans la cour des CSSS » et ils se sentent un peu « pris dans un étau ». Dans les exemples extrêmes, on dira que les CR se redéfinissent en « vase clos » ou en « silo » et que les intervenants sont placés devant le fait accompli, sans avoir eu le temps de développer l'expertise. Ils déplorent que l'exercice ne se fasse « pas en partenariat et qu'il y ait transfert de responsabilités sans arrimage ».

Sur le terrain, il y a quand même des dossiers qui sont fermés, il y a quand même des coordonnateurs qui convoquent les intervenants et ils leur donnent tout le paquet et ils disent : « Ça maintenant, c'est à vous de le faire alors, c'est vécu sur le terrain et après ça on est informé que bon maintenant on s'occupe de la gestion du budget de madame parce qu'elle l'a appris, mais elle ne l'a pas intégrée et là c'est à nous autres de le faire pis les intervenants disent ben avant c'était l'éducateur qui faisait ça. C'est à travers les cas

concrets que là on se rend compte que ce changement-là, il demande quand même de s'adapter rapidement (GA-CSSS-E)

Dans les meilleurs cas, le dialogue est ouvert et les gestionnaires d'accès des CR sont sensibles à l'ajout continu de nouveaux mandats dévolus aux CSSS. À ce sujet, ils disent continuer à donner des services de première ligne à « leur clientèle », puisque « les CSSS ne sont pas prêts » à les recevoir.

Compte tenu que première ligne et deuxième ligne, ce n'est pas coupé au couteau et que les travaux ici [dans la région] étaient commencés, on ne pouvait pas dire : « Et bien là vous êtes de la première ligne, donc bye, bye allez-vous en chez vous! », ça marche pas de même. Les CSSS devraient les prendre si leur programme DI-TED était complété, mais compte tenu que ce n'est pas fait, il y a une clientèle historique que l'on garde. Là maintenant, il y a vraiment une analyse sur la situation d'handicap, y en as-tu y en as-tu pas, c'est quoi le besoin. Ok le CLSC n'est pas prêt encore, Ok on va les garder. (GA-CRDITD-X)

Par contre, plusieurs intervenants des CR, malgré leur compréhension de la situation, se demandent si les CSSS sont soumis aux mêmes critères qu'eux pour la reddition de comptes et affirment qu'ils n'ont « pas le choix » de continuer à desservir leurs clients puisque les CSSS ne sont pas au rendez-vous.

[Les CSSS ne sont pas là]. Alors ça, ça nous limite vraiment dans nos interventions de réadaptation deuxième ligne. Et ça peut créer des frustrations aussi, là. On en parle souvent : « Ah, c'est à eux, et ils ne le font pas ». Mais ils le savent pas, parce qu'on l'a toujours fait. Mais ça a déjà été fait. En même temps, l'ergothérapeute, c'est son client, elle le suit depuis qu'il est tout petit. Elle se dit : « Je le laisserai pas sans ça. La mère va se blesser, on a besoin de réadaptation, il est rendu trop lourd. Écoute, je vais le faire, là. Je n'ai pas le choix. Faut que je le fasse. Ma responsabilité professionnelle me dit que je ne peux pas laisser cette situation-là ». (Grp-CRDP-C)

Ainsi, le type de services à offrir de même que la négociation des zones grises entre la première et la deuxième ligne se situent sur un continuum qui peut aller de source de tension et d'incompréhension jusqu'à devenir un espace de dialogue et d'ajustement mutuel entre les organisations. Par exemple, ce qui relève du maintien des capacités ou des services spécialisés (p. ex. sclérose en plaques), ce qui peut être offert aux adultes, en déficience auditive ou visuelle en première ligne dans le cas de la déficience physique, ce qui doit être offert aux enfants n'ayant pas encore reçu un diagnostic TED ou aux personnes vivant dans un milieu d'hébergement géré par un CR sont autant d'exemples qui peuvent être localisés à différents endroits sur le continuum à un moment donné. La fin des épisodes de service « Quand est-ce que c'est à nous? Quand est-ce que c'est à eux? » suit la même logique.

C'est ici que la capacité de l'Agence à exercer son rôle d'arbitrage en cas de désaccord devient un ingrédient essentiel au bon déroulement du processus. Dans les régions où le leadership est proactif, il arrive que les gestionnaires d'accès régionaux doivent « recadrer des affaires sur le terrain » et « repositionner le rôle du Ministère » et des associations d'établissements auprès desquelles s'inspirent les CR.

Toutefois, à court et moyen termes, la présentation de l'offre de services des CR aux CSSS permet à tout le moins de faire le point sur un certain nombre d'éléments. À ce sujet, tous les CR rencontrés disent effectuer une tournée d'établissements afin d'expliquer leur offre de services et leurs critères d'admission. D'ailleurs, les CR soulignent l'amélioration des références en provenance des partenaires et notamment des CSSS. Cependant, le roulement du personnel dans les CSSS peut faire en sorte que le message soit plus ou moins bien intégré.

Mais ça roule tellement. À la défense des CSSS, ça roule tellement, que quand même souvent les nouveaux, qui faudrait aller les voir aux trois mois, mais un moment donné on arrive plus. Ce n'est pas faute d'être allés présenter nos services, d'être allés présenter notre mission, nos critères d'admissibilité (GA-44)

Notons que la gamme de services offerts en première et en deuxième ligne n'est pas la même partout, et, dans certaines régions, les trous de services sont plus importants que dans d'autres. En ce sens, « le plan d'accès ne vient pas régler le panier de services ». Cependant, la majorité des acteurs sont d'avis qu'il oblige à repenser les services en fonction des besoins réels des usagers à un moment précis plutôt que de faire la distinction entre « clients de 1^{re} ligne et clients de 2^e ligne ».

Depuis le plan d'accès puis ça c'est développé la première ligne, la deuxième ligne, on tend plus à préciser c'est quoi une première ligne, c'est quoi une deuxième ligne. Qu'est-ce qui va où, on va regarder plus au niveau des besoins et non pas des personnes. Alors, qu'avant on était plus : si c'est une personne de première ligne ou si c'est une personne de deuxième ligne. Autrement dit, quelqu'un peut être desservi par la deuxième ligne et la première ligne selon. Ça, il n'y en a pas encore ce n'est pas encore ça, mais je pense que ça tend vers ça pis c'est ça en gros. (GA-CSSS-55)

Soulignons également que toutes les régions doivent transiger avec des pénuries de personnel spécialisé. Dans les régions urbaines, même si une plus grande variété de services sont offerts à proximité, elles doivent tenir compte des longues listes d'attente. De leur côté, les milieux ruraux et les régions plus éloignées, dont le territoire est très étendu, doivent composer de manière plus importante avec une faible densité de population, un nombre important de postes vacants et les menaces de ruptures de services plus imminentes. C'est d'ailleurs dans les régions éloignées que se pose avec plus d'acuité la question du développement des services en première ligne (p. ex. en DI-TED).

Écoute, moi je pose même la question : « Si une offre de services en DI en première ligne, c'est logique partout ». Parce que des fois, il n'y a pas de masse critique. Parce que les CR ont développé une expertise, parce qu'ils l'ont toujours fait, pourquoi on n'a pas décidé qu'ils continuent comme ça en bonifiant et en faisant un plan d'accès qui peut peut-être renforcer une offre de services de première ligne qui est plus soutien à la famille dans des cas extrêmes parce que tu développes tout ça, cette expertise en première ligne. Dans un contexte budgétaire difficile, moi des fois je questionne. (F)

Mais, qu'elles soient situées en milieu urbain ou rural, les organisations sont appelées à revoir les liens avec leurs partenaires afin de mieux desservir la population. Elles sont donc conviées à réfléchir et à opérationnaliser la façon dont s'effectue le transfert des usagers, le partage de l'expertise et des ressources humaines, la mise en place des mécanismes de concertation, le degré de formalisation de la collaboration et l'échange d'informations.

Le transfert des usagers, des budgets et des programmes

En dehors de l'exemple de référence décrit plus haut, seul un autre CRDITED a effectué un transfert des usagers vers la première ligne. Dans ce cas, un intervenant, d'abord prêté par le CRDITED, est embauché par le CSSS pour soutenir ces personnes. Dans cette région, d'autres transferts sont à prévoir. Toutefois, comme le CRDITED demande la présence d'un intervenant psychosocial dans tous les dossiers et que le CSSS n'arrive pas à rencontrer cette exigence en raison de la pénurie, l'exercice se complique et cause certaines tensions.

Dans les autres régions, le transfert des usagers du CRDITED vers les CSSS est à venir. Pour deux d'entre elles, les personnes à transférer sont identifiées, mais on estime que les CSSS ne

sont pas prêts à prendre « cette vague-là ». Dans un cas, on attendait, entre autres, que les CSSS développent le volet sociocommunautaire avant d'y arriver. Pour la dernière région, le transfert des usagers n'est pas encore à l'ordre du jour et est envisagé comme « un très gros défi ».

Du côté des CRDP, dans une région, un transfert budgétaire d'un CRDP vers le CRDITED est prévu afin que ce dernier puisse offrir des services d'ergothérapie et de physiothérapie aux usagers TED. Le transfert de deux programmes vers les CSSS, soit celui d'adaptation du domicile et d'adaptation du véhicule, sont visés dans deux régions. Dans l'une d'elles, le transfert de ressources d'hébergement vers la première ligne fait également l'objet de discussion. Dans d'autres régions, un meilleur arrimage avec les CSSS est souhaité concernant les camps de jour destinés aux enfants, le programme financier présenté aux parents, le répit et le soutien à la famille.

Soulignons que, tout comme pour le travail en épisodes de service, les CSSS évalués se disent prêts à prendre « la clientèle qui leur revient », mais à leur rythme. En ce sens, cette nouvelle façon de faire leur donne l'opportunité de mieux connaître la population de leur territoire, ce qui permet d'anticiper les services à offrir.

On a des clients qui étaient sur notre territoire, qu'on savait même pas qu'ils recevaient des services, c'est là qu'on les a connu tout d'un coup. Mais, c'est sûr que ça nous met de la pression. Mais d'un autre côté, comme je le dis souvent aux intervenants, c'était notre responsabilité de les connaître, et on ne les connaissait pas parce que la 2^e ligne les gardait. Si on regarde le côté positif, ça nous permet de connaître nos clients qu'on ne connaissait pas, et qu'on doit connaître parce que, éventuellement, soit qu'on va avoir des services de soutien à domicile, soit d'autres services qui sont plus dits spécialisés et ça serait à nous de les offrir, et on a tous avantage à les connaître à ce moment-là. (GA-CSSS-20)

Ajoutons que certains CR et CSSS se tournent vers les groupes communautaires, lorsqu'ils existent, pour transférer des activités lorsqu'ils sont en mesure de les offrir (p. ex. groupe de soutien aux parents, loisirs).

Le partage de l'expertise et des ressources humaines

Dans l'ensemble, tout le monde s'entend sur le fait qu'il faut développer l'expertise en première ligne surtout en ce qui concerne la DI-TED. Si la mise sur pied d'équipes dédiées permet ce développement, la formation aide très certainement à la maintenir. À ce sujet, la grande majorité des CR évalués disent offrir de la formation aux CSSS afin de soutenir les intervenants de première ligne.

Nous, c'est notre façon de soutenir la 1^{re} ligne, et on est à compléter un programme de formation qui pourrait aller chercher des éléments de meilleure identification de la clientèle et des éléments d'habilitation pour savoir comment entrer en communication ou des choses plus larges par rapport à notre clientèle qui pourrait les aider. (GA-CRDP-A)

Le projet de loi n^o 100 incitant, entre autres, à réduire les coûts liés à la formation, est parfois évoqué par les acteurs des CSSS comme étant un frein au développement de l'expertise. Du côté de certains CR, on entrevoit la multiplication des formations en raison du roulement de personnel dans les CSSS.

Dans le cas de la DI, notons qu'un seul CSSS mentionne avoir pris connaissance d'un DVD de formation diffusé par le MSSS sur ce type de déficience. Dans la région d'origine de ce CSSS, un projet de formation pour les CSSS par le CRDI est en élaboration.

En ce qui a trait au partage des ressources humaines entre les organisations, mentionnons qu'il passe notamment par l'utilisation des mesures supplétives « en cas d'impossibilité pour un établissement de répondre aux demandes de services » (MSSS, 2008 : 26). L'achat de postes de manière conjointe entre deux organisations est aussi considéré.

Les mesures supplétives :

- 1) Soutien interétablissement ou interrégional
Par la mise « en commun des ressources avec d'autres établissements de sa région, sinon d'une autre région, de manière à rendre le service disponible, à moins que l'utilisateur ne refuse cette option ».
- 2) Recours aux partenaires publics
Par une « entente avec un autre établissement du secteur public (par exemple, l'orthophonie avec le secteur de l'éducation) ».
- 3) Recours au secteur privé
Par le recours « au secteur privé aux conditions suivantes : l'établissement est responsable du plan d'intervention et de la qualité des services; le service ne doit pas coûter plus cher que dans le réseau public; il n'y a aucuns frais pour la personne et sa famille ». (MSSS, 2008 : 26)

Une fiche descriptive apportant des précisions quant aux mesures supplétives a été acheminée par le Ministère en novembre 2010. Dans trois des régions évaluées, cette fiche a été distribuée et discutée avec l'ensemble des gestionnaires d'accès et les discussions allaient suivre dans les deux autres régions. Toutefois, qu'elles aient fait l'objet ou non d'échanges sur une base régionale, ces mesures sont largement répandues et leur utilisation est souvent antérieure au plan d'accès.

Les exemples rapportés concernent surtout l'achat de services entre les établissements du réseau de la santé et des services sociaux (l'option 1) et le recours au secteur privé (l'option 3). Les ententes intersectorielles avec le réseau scolaire ou communautaire semblent peu privilégiées puisque l'on estime « que ces milieux sont encore moins bien équipés » que les CR et les CSSS.

L'une des régions à l'étude se distingue des autres puisque les mesures supplétives sont considérées comme « une question de survie », en raison des pénuries de personnel très marquées dans des domaines spécialisés tels que l'orthophonie, l'ergothérapie et la physiothérapie. Ajouté aux mesures supplétives, l'achat conjoint de postes entre les CR et les CSSS est une pratique très répandue dans cette région éloignée.

Quand les CR sont allés s'installer dans leur point de service, ils ont acheté la moitié d'un poste avec le centre de santé pour partager un poste de physiothérapeute. Alors dans ce temps-là, ils font de la 1^{re} ligne, ils font de la 2^e, ils ont toujours fait ça comme ça. Supposons que dans ce sous-territoire, il n'y a pas d'ergo, et bien là la pression est forte pour qu'ils fassent une évaluation pour voir en amont de leur prestation de services à eux. Alors c'est eux autres les supplétifs. À quelque part, c'est comme les centres de réadaptation ayant les seules ressources, plus tu t'en vas dans les territoires éloignés, plus c'est le centre de réadaptation qui se trouve à compléter. (GAR-C)

Cette façon de faire a une incidence sur l'organisation des services, surtout dans les points de services très éloignés. Ainsi, il arrive que les CR réalisent les évaluations, mais comme le personnel en deuxième ligne est insuffisant pour mettre en œuvre les recommandations liées à des besoins de réadaptation, c'est un « multiplicateur », en l'occurrence un éducateur spécialisé de la première ligne, qui le fera :

Ils vont s'entendre avec un multiplicateur. Un multiplicateur c'est quelqu'un, un éducateur spécialisé, souvent, qui va appliquer des plans d'intervention. Les CR sont donc en supplétif pour faire de l'évaluation et ils vont s'assurer que le service se donne, mais par un multiplicateur de première ligne, qui est un éducateur spécialisé qui va appliquer des interventions en 2^e ligne. Ça fait que tu vois qu'il n'y a pas assez de ressources en première ligne pour évaluer et il n'y a pas assez de ressources en 2^e ligne spécialisées pour donner une expertise qui serait requise. (GAR-42)

Dans cette région, l'achat de services dans le secteur privé tant en CR qu'en CSSS, notamment pour effectuer des évaluations, est aussi monnaie courante. Enfin, des prêts de services en provenance d'autres CR mieux nantis, dans le domaine de la déficience physique par exemple, sont également mentionnés. Cependant, comme c'est le cas pour d'autres régions, on souligne que l'obtention de personnel prêté par les grands centres (p. ex. Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRD PQ)) est plus difficile qu'auparavant puisqu'« eux aussi doivent répondre dans les délais » du plan d'accès.

Dans les autres régions, les mesures supplétives sont également utilisées, mais de manière plus ou moins importante selon les pénuries. Dans l'une d'elles, on note plus particulièrement l'achat de services du CRDITED au CRDP pour certains services spécialisés et des prêts de services du CRDP aux CSSS pour des périodes fixes.

Toutefois, dans la plupart des régions, on souligne que l'achat de services est une pratique plus rare en CSSS. D'ailleurs, plusieurs d'entre eux soulignent ne pas avoir les moyens financiers d'acheter des services dans le secteur privé. À ce propos, une personne souligne « l'incohérence » des objectifs poursuivis eu égard à l'absence de déficit recherché et l'achat de services en mesures supplétives.

Ça fait qu'un gestionnaire qui a ça à gérer, on se fait dire de diminuer dans d'autres indicateurs de gestion les contrats de services avec le privé et d'un autre côté, si tu penses que tu n'atteindras pas ton délai, il faut que tu t'en ailles en mesure supplétive! (GAR-M)

Enfin, l'utilisation de mesures supplétives peut faire l'objet d'ententes plus ou moins formalisées entre les établissements selon les régions.

La connectivité et la concertation (projets communs, mécanismes de concertation)

Dans les sites évalués, peu de projets communs à l'échelle locale entre CR et CSSS nous sont rapportés. Cependant, mis à part la mention d'évaluations conjointes pour l'utilisation de fauteuils roulants entre un CRDP et un CSSS, quelques initiatives sont en cours ou à venir entre CRDITED et CSSS.

Par exemple, dans une région, deux projets sont à l'ordre du jour entre ces deux types d'organisations. Le premier projet consiste à élaborer une pochette d'information commune à transmettre aux usagers. Le second projet, qui implique le CRDITED et deux CSSS, vise à développer un mécanisme d'accès conjoint. Ce mécanisme permettra d'accélérer certaines procédures comme la lecture du dossier, l'évaluation des usagers dont le niveau de priorité est jugé élevé ou urgent et les mesures d'appoint à mettre en place. Pour le gestionnaire d'accès du CRDITED, ce projet est un exemple de « gestion de la qualité » après avoir « géré la quantité ».

Notons que dans une autre région, on a opté pour le maintien d'un mécanisme d'accès conjoint avec un des CSSS du territoire, mécanisme qui existait avant l'arrivée du plan d'accès. Par contre, dans une autre région, on a changé les fonctions d'un comité d'accès conjoint antérieur à 2008 puisqu'on ne pouvait plus respecter les délais d'analyse des dossiers dans le cadre du plan d'accès. Toutefois, ce comité se réunit sur une base mensuelle pour discuter des dossiers litigieux pour le programme DI-TED.

En dehors de ces quelques projets, d'autres mécanismes de concertation sont à l'œuvre entre les CR et les CSSS. Parmi ceux-ci, nous retrouvons l'intervenant pivot-réseau et le PSI qui, ensemble, visent à améliorer la continuité des services aux usagers.

L'intervenant pivot-réseau

« (...) l'intervenant pivot du réseau est habituellement désigné par le CSSS. Il accompagne la personne et sa famille dans le processus d'obtention des services. Il leur évite de se retrouver seules dans les nombreuses démarches à faire et il coordonne le PSI. »

Le PSI

« Les périodes de transition de la vie que sont l'entrée au service de garde, l'entrée à l'école, le passage du primaire au secondaire, le passage de l'école à la vie active et enfin, le changement de milieu de vie sont souvent des périodes où la continuité des services et des interventions est fragilisée. Afin d'assurer une transition harmonieuse entre ces étapes de la vie de la personne, une planification de services concertée entre les partenaires est intégrée dans les standards de continuité du plan d'accès. Cette planification vise à redéfinir le projet de vie et à en préciser les conditions de réalisation et les partenaires impliqués. Le PSI constitue le moyen privilégié et retenu pour appliquer ce standard. »

(MSSS, 2008 : 21-22)

Précisons que la notion d'« intervenant pivot » a fait l'objet d'une fiche descriptive distribuée en mars 2010 par le Ministère.

Dans trois régions, tant les CSSS que les CR se sont dotés d'intervenants pivots réseau. Pour deux de ces régions, un document sur la fonction de l'intervenant pivot-réseau a été adopté ou est en voie de l'être. Dans une autre région, un document soutient également l'appropriation du concept, mais l'implantation de la fonction n'est pas encore effective. Alors que pour la dernière région, la fonction, telle que définie dans le plan d'accès, n'est pas implantée systématiquement. Elle est plutôt assumée par un agent de liaison, un gestionnaire de cas ou un intervenant

significatif. D'ailleurs, plusieurs acteurs souhaitent que le Ministère harmonise les termes désignant des fonctions similaires souvent exercées par les mêmes personnes.

Ce serait vraiment bien que ce soit quelque chose qui transcende les différentes directions du Ministère, parce que dans le fond, ce que l'on veut, c'est que l'utilisateur qui préférerait une personne et que cette personne-là l'aide à naviguer à travers le réseau et qu'elle soit à la bonne place, qu'elle ait les meilleurs services, on trouve que c'est tout à fait logique. (GA-CSSS-E)

Précisons également que même dans les régions où les intervenants pivots sont désignés dans les établissements, l'actualisation des fonctions n'est pas toujours limpide. Le manque de clarté entre les rôles et les responsabilités à exercer entre la première et la deuxième ligne complexifie la mise en œuvre dans certaines régions.

De manière générale, les CR confirment qu'il y a toujours eu « un intervenant plus impliqué » chargé de coordonner le PI ou le PSI. Toutefois, le plan d'accès suggère que ce rôle soit plutôt dévolu aux CSSS. Dans l'ensemble, on voit la pertinence que cette fonction revienne à la première ligne, bien qu'il y ait des ouvertures pour se « passer le flambeau » entre CSSS et CR. Cependant, des craintes sont soulevées de la part de certains CSSS qui voient dans l'exercice de ce nouveau rôle des travailleurs sociaux complètement mobilisés par la réalisation de PSI, avec « des dossiers qui ne ferment jamais », « des cases *load* qui ne roulent pas » puisqu'ils doivent toujours être présents dans le dossier.

En ce qui concerne le PSI, dans deux régions seulement les intervenants en font la rédaction au moment du transfert de dossiers entre les deux lignes de services et dans l'un des cas, lors de l'entrée en classe pour la grande majorité des enfants. D'ailleurs, dans cette région, un cadre de référence sur le PSI de même que la formation des intervenants incluant ceux des Centres jeunesse et du milieu scolaire sont antérieurs au plan d'accès. Dans les autres régions, on mentionne que l'on est soit aux « balbutiements » des PSI ou que « le réflexe est de plus en plus présent », surtout pour la clientèle jeunesse, mais qu'il est loin d'être systématique. Dans le même ordre d'idées, partout on rappelle que la pratique des PSI est à développer avec les usagers adultes et les personnes âgées.

Afin de consolider la pratique des PSI, un cadre de référence ou un projet de formation sont déjà élaborés ou prévus dans les autres régions évaluées. Certains soulignent cependant qu'il aurait été utile d'obtenir des orientations en provenance du Ministère afin de clarifier et d'uniformiser certains éléments plutôt que « chacune des régions le fasse séparément ». Par exemple, le mécanisme de concertation que se donnent les intervenants d'un même CSSS, mais de programmes différents ou de missions différentes (p. ex. CLSC-CH), peut se nommer PSI ou PII selon les CSSS. De la même manière, il existe parfois une confusion entre PI et PSI selon les lignes de services. Ces différentes appellations auront certainement un effet sur le calcul du nombre de PSI réalisés dans le cadre du plan d'accès, mesure prise en compte dans la planification stratégique 2010-2015.

Ajoutons ici que la définition du PSI, qui prend assise sur des bases légales, a été acceptée par l'ensemble des directions de programmes du MSSS afin de s'assurer d'une harmonisation de son application dans le réseau.

La formalisation de la collaboration (ententes, trajectoires de services)

De manière générale, peu de régions font état de la signature de nouvelles ententes entre les établissements dans le cadre spécifique du plan d'accès. Toutefois, les trajectoires de services,

bien qu'elles s'élaborent à l'échelle régionale, engagent chacun des établissements et se concluent habituellement par des ententes.

« Les trajectoires de services décrivent le cheminement clinique le plus efficace et le plus efficient permettant aux personnes d'avoir accès rapidement aux services dont elles ont besoin d'une manière coordonnée. Les trajectoires de services s'apparentent à la notion de continuum de services, qui implique une reconnaissance implicite d'une responsabilité commune des établissements ou organismes à l'endroit d'une clientèle.»
(MSSS, 2008 : 25)

Les trajectoires de services sont réalisées tant pour la DP que pour la DI-TED dans une seule des régions à l'étude. Dans cette région, les travaux portent maintenant sur la diffusion des trajectoires et des offres de services aux partenaires des RLS et sur la révision des ententes. Pour trois autres régions, les trajectoires de services sont soit en cours ou amorcées dans un des deux programmes. Enfin, dans une région, la formalisation des trajectoires de services fait partie des travaux à venir. Notons que dans ce cas, la distinction entre la première et la deuxième ligne est encore nébuleuse. Des travaux préalables sont donc nécessaires avant d'y arriver.

Les personnes ayant participé à l'élaboration des trajectoires de services considèrent qu'il s'agit d'un élément positif du plan d'accès. L'exercice permet de mieux définir les services, de les hiérarchiser et de développer une compréhension commune de ce qui se fait en première et deuxième ligne : « Ça matérialise les discussions » ou comme le résume ici un gestionnaire d'accès d'un CR :

Il y avait quand même beaucoup de rencontres avant dans plusieurs secteurs, mais il n'y avait pas de papier, de document support, chacun y allait un petit peu avec sa compréhension, son interprétation. Mais là, avec les trajectoires, enfin on a un document qui va être le même pour tout le monde. On va pouvoir se comprendre. Ça, c'est un gros, gros plus. On est très heureux et je pense qu'avec ça maintenant on va pouvoir mieux travailler, ça ne sera pas sujet à l'interprétation de la personne qui arrive parce qu'il y a beaucoup de roulement dans tous les CSSS, à l'Agence, bon chez nous aussi, ce qui fait qu'à un moment donné, on recommence toujours à zéro les explications. On a défini les programmes et on a défini les trajectoires, ça devrait beaucoup, beaucoup aider. (GA-CRDP-57)

Le partage de l'information (la gestion intégrée de l'accès)

La gestion intégrée de l'accès :

« À l'échelle régionale, une vision partagée par les établissements de l'état de l'accès aux services est nécessaire pour une meilleure gestion et une meilleure organisation des services. À cet effet, la gestion intégrée de l'accès vise une connaissance plus juste de l'état de l'accès, du nombre de personnes en attente, de la nature des services en attente, de la gestion des demandes prioritaires, des délais d'attente et des services rendus. La gestion intégrée de l'accès contribuera aussi au développement et à la consolidation du réseau de services intégrés et soutiendra la planification des services. »

(MSSS, 2008 : 28)

La gestion intégrée de l'accès est le mécanisme du plan d'accès pour lequel le plus de travaux restent à venir. En effet, les travaux sont amorcés dans quatre régions et accusent un retard dans une autre. Il faut dire qu'avant d'arriver à la gestion intégrée de l'accès, plusieurs prérequis sont nécessaires, tels que des trajectoires de services bien définies, ce qui n'était pas terminé dans la grande majorité des régions.

Dans la section précédente, nous avons vu qu'une fiche descriptive, disponible depuis octobre 2011, guide désormais les travaux en ce sens. Toutefois, rappelons que l'incompatibilité des systèmes clientèles constitue un frein important à l'obtention d'une vision partagée de l'état de l'accès aux services.

En résumé

Au chapitre de la collaboration, rappelons que des liens existent entre les différents types d'établissements qui offrent des services aux personnes ayant une déficience, et ce, depuis fort longtemps. Toutefois, la dernière réforme en matière de santé et de services sociaux a entraîné une révision des rôles et des responsabilités des différents acteurs de première et de deuxième ligne ainsi que des mécanismes de liaison qui les unit.

Dans le cadre de cette réforme, les CSSS jouent un rôle d'animation et de coordination de la collaboration entre tous les acteurs du RLS. Ils sont également responsables de la définition d'un projet clinique et organisationnel basé sur neuf programmes-services dont ceux touchant à la DI-TED et la DP. Le plan d'accès arrive donc dans ce contexte où deux programmes distincts doivent maintenant s'articuler entre eux tant à l'intérieur des établissements qu'avec les partenaires selon une logique différente. Cette différence tient, entre autres, au déplacement du leadership exercé à l'échelle locale par les CSSS pour les projets cliniques vers le niveau régional pour le plan d'accès. L'agence devient ainsi imputable de la reddition de comptes et joue dorénavant « un rôle de première importance » en favorisant la concertation régionale entre les CR et les CSSS au moyen, notamment, de la mise en place d'un gestionnaire d'accès régional.

Toutes les agences ont nommé un gestionnaire d'accès chargé de faciliter l'implantation des mécanismes et des standards prévus au plan d'accès. Ces gestionnaires soutiennent à leur tour une Table de concertation rassemblant les gestionnaires d'accès d'établissement des CSSS et des CR du territoire. Ce lieu de rencontre permet au gestionnaire d'accès régional de « traduire » les demandes du Ministère vers ses homologues et de recueillir « les préoccupations du terrain ». Toutefois, le rythme des rencontres et l'assiduité des membres à la Table peuvent varier d'une région à l'autre.

Il en va de même pour l'ampleur des travaux entrepris et la qualité de la concertation régionale qui sont plus importantes dans trois des régions à l'étude. Dans ces régions, on note entre autres une mise en action rapide, une large diffusion du plan d'accès pouvant inclure d'autres partenaires du RLS, une grande implication de la part des autorités de l'Agence et de la Table des directeurs généraux d'établissements dans le suivi du plan d'accès, un travail étroit avec le pilote régional I-CLSC, le développement de nombreux outils (p. ex. tableaux de bord), un leadership participatif favorisant la mobilisation et la rétroaction de la part des membres de la Table et le développement d'une compréhension commune du plan d'accès.

À l'inverse, les deux autres régions accusent un certain retard sur le plan de la concertation régionale. Dans ces cas, on note un démarrage plus lent, une remise en question de la capacité d'arbitrage de l'Agence qui laisse parfois « perdurer les conflits », un travail avec le pilote I-CLSC plus limité, une mobilisation des acteurs plus difficile (pour des raisons différentes) et moins de travaux régionaux. Cependant, l'analyse des PRAAC-2010-2011 permet de constater une nette amélioration de la concertation pour l'une de ces régions.

Parallèlement aux travaux régionaux, des liens continuent de se nouer à la base entre les établissements, en l'occurrence entre les CSSS et les CR. Certains éléments influent sur le type et la qualité des liens développés. Dans le cadre de l'implantation du plan d'accès, le degré de collaboration avec lequel se redéfinit la deuxième ligne avec la première ligne semble déterminant à cet égard.

Les CR ayant amorcé le mouvement incitent en quelque sorte les CSSS à se définir et l'établissement des frontières s'effectue avec une plus ou moins grande collaboration selon les cas. Ainsi, le type de services à offrir de même que la négociation des zones grises entre la première et la deuxième ligne se situent sur un continuum pouvant aller de une source de tension et d'incompréhension à un espace de dialogue et d'ajustement mutuel entre les organisations. Dans les cas extrêmes, les CSSS estiment que les CR se redéfinissent en « vase clos » ou en « silo », alors que les CR considèrent que les CSSS ne « sont pas au rendez-vous » pour prendre « la clientèle » qui leur revient. Dans les meilleurs exemples, le dialogue est ouvert et les CR modulent leur façon de faire en accompagnant les CSSS dans cette démarche.

Parmi les sites évalués, un CRDITED et les CSSS de la région se distinguent positivement sur le plan de la collaboration. Dans cette région, tant les gestionnaires d'accès que les intervenants du CRDITED et des CSSS s'entendent sur la clarté entre la première et la deuxième ligne et sur la fluidité du cheminement des usagers entre les deux lignes de services. Il faut dire que dans ce cas, l'élaboration des critères menant au départage entre la première et la deuxième ligne, le transfert progressif de la clientèle du CRDITED dans les territoires de CSSS, la formation continue, l'élaboration des ententes formelles incluant les mécanismes de suivi entre les deux types d'établissements s'effectuent en étroite collaboration.

Dans les autres sites, les liens entre CRDITED, CRDP et CSSS peuvent se rapprocher ou s'éloigner de cet exemple selon les dimensions analysées. Soulignons que dans l'ensemble, l'offre de services des uns et des autres tend à se clarifier et que la grande majorité des CR évalués offrent de la formation pour soutenir les intervenants des CSSS. Toutefois, le transfert des usagers, surtout en provenance des CRDITED, vers les CSSS reste à venir dans plusieurs régions. La capacité d'absorption des CSSS et les pénuries de main-d'œuvre spécialisée vient complexifier cette opération. À cet égard, notons que l'achat de services pour pallier le manque de personnel professionnel est plus rare en CSSS qu'en CR. Cependant, certaines initiatives comme les prêts de services de la part d'établissements mieux nantis auraient avantage à devenir plus courantes.

Des éléments de collaboration qui visent à améliorer la continuité des services s'implantent graduellement. Par exemple, on retrouve des intervenants pivots réseau dans la majorité des régions évaluées. Toutefois, leur rôle accru en première ligne fait l'objet de nombreuses discussions. De la même manière, la notion de PSI ne recouvre pas la même réalité pour tous et n'est pas systématique. On souhaite qu'une harmonisation des termes et de la réalité qu'elle recouvre soit effectuée par le Ministère.

La collaboration s'actualise également par l'élaboration de trajectoires de services qui engagent chacun des acteurs, engagement qui se traduit généralement par la signature d'ententes. À ce sujet, une seule région avait terminé l'exercice pour les deux programmes, dans une autre région, les travaux sont à venir, alors qu'ailleurs, les trajectoires de services sont amorcées ou en cours pour l'un des programmes. Enfin, étant donné les nombreux prérequis qu'elle suppose, la gestion intégrée de l'accès s'amorce un peu partout dans les régions évaluées, mais accuse un retard pour l'une d'entre elles.

Section 5- Le déploiement du plan d'accès à l'échelle locale

Cette section vise à faire état de l'avancement des travaux liés au plan d'accès et de la mise en place des dispositifs prévus pour son déploiement tant dans les CR que dans les CSSS. D'abord, le soutien des établissements est présenté, notamment par la mise en place du gestionnaire d'accès. Par la suite, les mécanismes clés à implanter et certaines conditions de réussite sont décrits : la résorption de la liste d'attente, le processus du cheminement de la demande, les niveaux de priorité, le début des services et la pression des délais et la gestion de la liste d'attente. D'autres mécanismes ou éléments importants à considérer sont intégrés dans ces grandes sections (p. ex. les mesures d'appoint). L'ensemble est présenté sous l'angle des changements organisationnels, des atouts et des contraintes partagés par tous ou par types d'établissements lorsque cela s'avère pertinent. Ensuite, un résumé des principales actions est exposé.

5.1 Le soutien des établissements

Le plan d'accès souligne, entre autres, que sa stratégie de mise en œuvre repose essentiellement sur la gestion du changement et engage les trois paliers de l'organisation des services : le Ministère, les agences et les établissements. À l'échelle des CR et des CSSS, la désignation d'un gestionnaire d'accès est l'un des premiers mécanismes mis en place par les établissements afin d'assurer le déploiement et le suivi du plan d'accès.

La mise en place et le rôle du gestionnaire d'accès d'établissement

Le gestionnaire d'accès est considéré comme « la pierre angulaire de l'implantation et de la pérennité du plan d'accès ainsi que de la bonne gestion du changement inhérent à sa mise en œuvre ». De plus, « son mandat est reconnu par les autres gestionnaires et intervenants de l'établissement » qui doivent collaborer avec lui. Il doit diffuser le plan d'accès, coordonner le plan d'amélioration de l'accès et de la continuité, assurer la mise en place de la gestion centralisée des listes d'attente et voir à l'intégrité et à la fiabilité des données. (MSSS, 2008 : 23).

À l'instar des agences, toutes les directions générales des établissements évalués ont nommé au moins un gestionnaire d'accès. Certaines régions prennent une orientation particulière en suggérant que cette personne soit jumelée à un substitut. Dans le cas des CSSS, il arrive également que deux gestionnaires d'accès soient désignés, l'un pour le programme DP, l'autre pour le programme DI-TED. Dans un CSSS, trois personnes se partagent la tâche pendant plus de deux ans et ce n'est qu'au cours de la troisième année d'implantation que l'établissement procède à la nomination d'un gestionnaire d'accès dédié à cette fonction.

Le statut des gestionnaires d'accès dans les organisations a été beaucoup discuté sur le terrain. Conscients qu'il s'agit d'un mandat transversal, la plupart des établissements optent pour la désignation d'un cadre supérieur ou intermédiaire pour occuper ces fonctions. Si certains d'entre eux arrivent à donner des orientations claires et à faire des changements importants dans l'organisation, d'autres éprouvent plus de difficultés et estiment ne pas avoir les leviers nécessaires pour y arriver. C'est le cas d'au moins un gestionnaire d'accès en CRDITED qui n'est pas rattaché directement à la direction générale et d'un gestionnaire d'accès en CRDP qui considère avoir l'autorité que « sur papier », ce qui diminue leur marge de manœuvre pour l'introduction des changements.

Toutefois, le problème est encore plus aigu dans les CSSS. En effet, plusieurs gestionnaires d'accès estiment que leur pouvoir n'est pas proportionnel à leur imputabilité eu égard au plan

d'accès. Ceux-ci exercent un rôle qui les place parfois dans une position d'autorité par rapport à des collègues d'autres directions, situation qu'ils jugent inconfortable.

Je ne peux pas être imputable d'une collègue qui est mon acolyte qui s'occupe [d'un autre programme] de la même façon que je le suis présentement. Je veux dire, j'ai une autorité fonctionnelle en tant que gestionnaire d'accès, mais je n'ai pas une autorité hiérarchique. (GA-CSSS-E)

Ces écueils vont de pair avec la clarté du rôle et l'importance accordée aux tâches liées au plan d'accès. Dans les CR, même s'il subsiste parfois des ambiguïtés, le rôle des gestionnaires d'accès semble plus clair et le temps consacré à la mise en place du plan d'accès est jugé très important. Plusieurs d'entre eux sont d'ailleurs des agents de changements internes très actifs et impliqués tout au long du processus de la supervision des niveaux de priorité jusqu'à la gestion centralisée des listes d'attente. L'exercice de leur rôle est également facilité par le fait que les CR sont des organisations avec un mandat spécifique qui desservent un seul type de clientèle contrairement aux CSSS.

En CSSS, l'accès aux services demeure une priorité, mais il semble plus difficile d'y consacrer le temps requis. La majorité des gestionnaires d'accès ont récupéré ce mandat en sus de leurs tâches et plusieurs d'entre eux gèrent d'autres programmes et sont donc responsables d'autres clientèles. Leur énergie dans ce dossier est ainsi « diluée », disent-ils, contrairement à une personne qui y serait entièrement dédiée. La clarté et l'étendue de leur rôle sont aussi plus variables d'un établissement à l'autre. Sauf dans deux CSSS de petite taille, leur présence dans l'ensemble du processus est également moins notable qu'en CR.

La dynamique de soutien et de collaboration interne en CR

Dans les CR évalués, sauf dans un CRDITED, tous les gestionnaires d'accès affirment avoir un très bon, voire même un excellent, soutien dans l'exercice de leurs tâches de la part de leur direction générale. En effet, pour les centres de réadaptation, le plan d'accès est partout une priorité et s'applique très bien aux personnes à qui ils offrent des services. Dans les meilleurs cas, le plan d'accès est « porté » par la direction générale ou intégré aux plans d'action des différentes directions ou programmes et fait l'objet d'un véritable projet d'établissement puisqu'il est partagé par les autres gestionnaires lors de rencontres régulières. Dans ces établissements, des postes de coordonnateurs cliniques ou de conseillers professionnels sont créés afin de soutenir les changements.

Dans l'ensemble, les actions vont dans le sens d'obtenir une vision toujours plus intégrée de l'organisation. À cet effet, certains mentionnent que le plan d'accès contribue à l'amélioration des liens interprogrammes. Toutefois, plus d'efforts en ce sens sont jugés nécessaires dans certains CR et notamment en CRDP où l'on rapporte l'existence d'une plus grande étanchéité entre les différents programmes. En ce sens, dans un CRDP, malgré le bon soutien de la direction, les autres collègues du gestionnaire d'accès de l'établissement ne se sentent pas nécessairement partie prenante du plan d'accès et lui mentionnent que « son » plan d'accès leur met « des bâtons dans les roues », et que « son » plan d'accès les « stresse », alors que le gestionnaire d'accès estime que « ça devrait être *notre* plan d'accès ». La vision persistante par programme, dans certains cas, ne favorise pas nécessairement l'optimisation du personnel et l'introduction de nouvelles pratiques. Par exemple, dans un CRDP, on rapporte que « l'emprunt » de professionnels d'un programme à l'autre ne fait pas toujours l'affaire de leur responsable :

Des chefs qui disent : « S'il faut que je prête mon ergo, ça s'en va sur votre budget ». Des choses comme ça. Mais là, ça c'est juste une mesure exceptionnelle. Il ne faudrait pas commencer à faire ça tout le temps. Non, c'est pour ce cas-là et ça fait que les chefs ne se demandent pas ça de façon naturelle le passe-partout pour faire ça. (GA-CRDP-N)

De manière générale, les centres de réadaptation déploient beaucoup d'efforts afin de communiquer les changements au personnel. Sous le leadership conjoint de la direction et du gestionnaire d'accès, plusieurs stratégies sont alors mises en œuvre et leur combinaison optimise l'appropriation du plan d'accès. Par exemple, dans plusieurs CR, les changements sont soutenus en élaborant des outils, en multipliant les tournées d'équipe, en favorisant les rencontres de transfert de connaissances et les formations et en redéfinissant les rôles et les responsabilités de chacun des types d'intervenants. Les chefs de programmes ainsi que les coordonnateurs cliniques sont également mis à contribution dans tout le processus. Dans un CRDP qui connaît beaucoup de changements, un chef de programme mentionne que tout le processus a été soutenu par une gestion serrée des équipes :

Donc, ça été la gestion très, très près des équipes pour faire changer les choses, leur donner les objectifs à atteindre et puis *monitorer* ça au fil du temps très fréquemment pour que ça bouge et qu'on arrive à répondre aux demandes qui nous ont été faites. Donc, ça a été beaucoup de gestion très serrée des équipes d'intervenants dans le sens de les aider, les supporter beaucoup pour les amener à trouver une méthode efficace. (Grp-CRDP-Q)

Les pilotes de systèmes d'information des CR prennent également une part active dans l'introduction des changements et la transmission d'informations. L'élaboration de grilles maison pour la saisie et le suivi des données, la formation auprès des intervenants, le travail en tandem avec le gestionnaire d'accès et avec le personnel de l'accueil font en sorte qu'ils sont plus près du terrain. Dans certains cas, c'est le pilote qui « allume les lumières » lorsqu'approche le délai d'attente prescrit par le plan d'accès. L'implantation du nouveau système d'information SIPAD dans certains établissements augmente et complexifie également leur travail. Plusieurs estiment d'ailleurs qu'ils gèrent au quotidien les anomalies du système et s'interrogent sur la fiabilité des données. Au moment de la collecte de données, pour eux, SIPAD, « c'est le cauchemar »⁵⁰.

Même si à terme, la valeur ajoutée de SIPAD n'est pas contestée, son arrivée apporte une charge de travail que les intervenants n'avaient pas avant et tous considèrent qu'il y a beaucoup de temps consacré à la compilation des données. La gestion des heures de prestations de services semble également problématique en CRDITED. En effet, certains y voient une mesure de contrôle supplémentaire. Du côté des intervenants, on constate que « dans le fond, [l'utilisateur] va avoir une réponse plus vite, mais à cause de la charge administrative, tu as moins de temps sur le terrain ». (Grp-CRDITED-21)

Dans l'ensemble des centres de réadaptation, le plan d'accès est donc connu du personnel (intervenants et gestionnaires) et tous sont sensibilisés aux objectifs de ce dernier et à l'atteinte des résultats. Un travail étroit entre les gestionnaires d'accès, les pilotes et les intervenants est également constaté. Dans un cas, on indique avoir rencontré le comité des usagers des établissements pour faire part des changements.

⁵⁰ Entre le moment de la cueillette de données et la rédaction de ce document, les travaux pour l'implantation de SIPAD se sont poursuivis et une amélioration était notée.

La dynamique de soutien et de collaboration interne en CSSS

Du côté des CSSS, le soutien de l'établissement semble plus mitigé. Tout comme dans les CR, certains CSSS bénéficient d'un très bon soutien de la part de la direction générale. Dans certains cas, les listes d'attente font l'objet de discussions avec la direction générale, ce qui peut même servir de levier de négociation pour obtenir du personnel supplémentaire. Dans d'autres cas, la mise en place du plan d'accès a démarré plus lentement et s'avère plus ardue, même si on mentionne que les directions générales sont, dans tous les CSSS, de plus en plus sensibles aux personnes ayant une déficience.

Pour la moitié des CSSS évalués, peu importe qu'ils soient en milieu urbain ou rural, de grande ou de petite taille, le plan d'accès semble cependant faire peu « partie de l'écran radar » de l'établissement et devient « un dossier parmi d'autres » dont la finalité première est de « répondre aux ententes de gestion ». Cet effet est accentué dans les CSSS où le grand volume de personnes desservies est réparti dans les nombreux programmes. De plus, on mentionne que le poids relatif de cette « clientèle » reste faible en comparaison de la pression exercée par la gestion de la mission hôpital, le cas échéant, et de l'urgence en particulier, et ce, sur l'ensemble de la direction et du conseil d'administration.

Cette clientèle-là, dont on entend très peu parler dans notre CSSS, la clientèle DP, DI-TED. Je ne pense pas qu'on en a entendu parler dans un conseil d'administration quelconque. Je dirais que dans les CSSS où il y a des hôpitaux, ça prend de l'espace dans un conseil d'administration, l'hôpital ça prend beaucoup, beaucoup d'espace, ça fait qu'il en reste pas mal moins pour les autres clientèles. Les autres clientèles ne les intéressent que si elles congestionnent l'urgence ou si ça devient la priorité. (GA-U)

Dans les CSSS, il existe une grande hétérogénéité dans le degré d'appropriation du plan d'accès de la part du personnel directement impliqué. Pour la moitié d'entre eux, on constate que les équipes dédiées et les intervenants pivots ont une bonne connaissance du plan d'accès. Dans les autres cas, les intervenants sont mis au courant seulement des grandes lignes du plan d'accès (p. ex. niveaux de priorité, délai lié au début des services) par les gestionnaires. Il arrive également qu'il y ait une rupture dans la chaîne de transmission de l'information en provenance du MSSS et qui transite par l'Agence. C'est le cas, par exemple, lorsque le gestionnaire d'accès ne consulte pas régulièrement le forum ou encore lorsque l'établissement compte deux gestionnaires d'accès et plus qui ne diffusent pas la même information.

Cet effet de silos d'informations, potentiellement contradictoires, peut être amplifié par une autre ligne de transmission, soit celle en provenance des pilotes du système d'information I-CLSC. Il faut dire que les échanges entre le gestionnaire d'accès et le pilote du système peuvent varier en quantité et en qualité selon les CSSS. Comme nous l'avons vu à la section 1, ces constats font écho au mode de transmission de l'information, selon les mêmes lignes parallèles, qui part du niveau national et qui transite par le niveau régional.

Tout comme les pilotes régionaux de système d'information, leurs homologues locaux estiment être des « gardiens du cadre normatif » et tous sont également intervenus pour répondre à la demande ministérielle impliquant les corrections à apporter sur les niveaux de priorité. Dans certains cas, les pilotes s'en tiennent à une vision restrictive de leur rôle dans le cadre du plan d'accès et considèrent que leurs tâches ont été peu modifiées. Peu de liens sont alors constatés avec le gestionnaire d'accès et les intervenants. Pour les autres, un travail de recherche et de compréhension de ce qu'il y a « derrière le chiffre » amène une plus

grande implication et des contacts plus directs et plus fréquents avec le personnel directement concerné par le plan d'accès.

5.2 La mise en place des mécanismes et la reddition de comptes

Comme nous l'avons vu plus haut, avec le soutien de son établissement, le gestionnaire d'accès doit veiller à l'implantation de l'ensemble des éléments du plan d'accès et de la reddition de comptes. La résorption de la liste d'attente compte parmi les premières actions qu'il doit entreprendre dans le cadre de son mandat.

5.2.1 La résorption de la liste d'attente

La première partie du Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité (PRAAC), est basée sur :

- 1- l'épuration des listes d'attente (compléter l'analyse des demandes en attente; valider les besoins);
- 2- le portrait des listes d'attente (portrait régional réel des usagers en attente d'un « premier service » au 8 novembre 2008);
- 3- le Plan de résorption des listes d'attente (engagements en % sur un maximum de deux ans).

(MSSS, 2008, Fiche descriptive no : 2.1)

Dans les **CR**, le travail d'épuration des listes d'attente donne lieu à une grande mobilisation du personnel et de la main-d'œuvre supplémentaire est parfois mise à contribution pour y arriver. Une première analyse des dossiers en attente est effectuée afin de vérifier à nouveau les besoins des usagers. Ce contact permet la fermeture des dossiers pour les usagers décédés, déménagés ou encore qui ont déjà obtenu des services ou n'en ont tout simplement plus besoin.

À la suite de ce premier « ménage », l'offre de services de certains programmes est parfois revue. De nouvelles façons de faire sont mises à l'essai comme le travail en épisodes de service et l'approche de groupe, des outils d'évaluation sont également révisés et l'optimisation du personnel est recherchée.

Par exemple, dans plusieurs CR, on procède à l'embauche ou la redéfinition de tâches d'éducateurs spécialisés ou de travailleurs sociaux qui auront une contribution significative sur la résorption des listes d'attente. De manière plus précise, le grand volume de cette liste dans un programme spécifique conjugué à la pénurie de personnel spécialisé poussent en quelque sorte un CRDP à innover, à trouver des solutions concrètes et à les mettre en application rapidement. Dans ce cas, l'approche de groupe pour les usagers de ce programme a été retenue comme « premier service » afin de résorber cette liste d'attente. Cette pratique continue toujours d'avoir cours.

Dans le cas des **CSSS**, deux d'entre eux ayant un grand volume de demandes et plusieurs points de services, embauchent également du personnel afin de réduire le nombre de personnes en attente de services. Dans les organisations plus petites, tant en CR qu'en CSSS, le défi de la résorption est moins grand. Un CSSS disait d'ailleurs n'avoir aucune liste d'attente à cette époque.

5.2.2 Le processus d'accès et le cheminement de la demande

Les sous-sections suivantes rendent compte des changements apportés ou non dans le cheminement des demandes de services dans les établissements. L'annexe 5 illustre des exemples de fluidité ou non du processus dans certains CR et CSSS.

Le plan d'accès invite chaque établissement à revoir les activités liées au processus d'accès tant du point de vue administratif que clinique et à améliorer le cheminement des demandes de services. (MSSS, 2008 : 24)
Rappelons qu'à la suite d'une demande de service par un usager, l'analyse de celle-ci doit s'effectuer dans les trois jours pour les CSSS et dans les sept jours pour les CR.
(MSSS, 2008 : 16)

La révision de l'accueil, évaluation et orientation (AÉO) en CR

Plusieurs des CR évalués rapportent que dans un passé assez récent, les demandes de services étaient accueillies et traitées dans les différents points de services et n'étaient pas toujours soumises aux mêmes critères d'admission, ni aux mêmes délais d'attente.

En partie liée à la révision de l'offre de services et à l'arrivée du plan d'accès, la majorité des CRDITED et un CRDP avaient déjà procédé à la centralisation des demandes à l'accueil avant 2008. Pour les autres CR, les travaux débutent tout de même rapidement avec, pour eux aussi, l'ajout de personnel ou la révision des fonctions des personnes déjà en place. Notons que dans un seul CR, la restructuration de l'AÉO dans chacun des points de services est préférée à la centralisation étant donné l'étendue du territoire. Dans ce cas, c'est l'agente administrative du point de service qui reçoit les demandes (le A), mais l'évaluation (le É) et l'orientation (le O) varient d'un point de service à l'autre et sont effectuées parfois par un gestionnaire, parfois par un coordonnateur professionnel selon les programmes.

La centralisation du processus de l'AÉO sous-tend la constitution d'une équipe dont le nombre de personnes varie de deux ou trois jusqu'à six personnes selon les CR évalués. Les demandes peuvent être accueillies par des agentes administratives ou des professionnelles, mais les fonctions d'évaluation et d'orientation sont attribuées à du personnel ayant une formation clinique. Cela implique aussi que les membres de l'équipe doivent être situés physiquement au même endroit, soit le siège social, et doivent partager un ensemble de règles et de consignes afin de traiter les demandes. D'ailleurs, dans la grande majorité des CR, de nouveaux outils sont destinés aux intervenants de l'accueil. Ces aide-mémoires peuvent prendre la forme de volumineux cartables, incluant par exemple, des questionnaires de cueillette d'informations, des formulaires d'évaluation ou des guides d'admission et des grilles détaillées de priorisation.

L'admissibilité de la demande

En CR, le travail du personnel de l'accueil consiste d'abord à recevoir et à statuer sur l'admissibilité des demandes. C'est aussi aux intervenants de l'accueil que revient généralement la tâche d'effectuer une première évaluation des besoins permettant, entre autres, d'établir le niveau de priorité des demandes et de les acheminer aux points de services et aux programmes concernés. Dans deux CRDITED, les gestionnaires d'accès sont particulièrement impliqués dès la réception de la demande.

Rappelons que plusieurs CR ont revu leur offre de services, qu'ils l'ont fait connaître et qu'en principe, les critères de recevabilité des demandes sont mieux connus des partenaires. En ce sens, on souligne une amélioration dans la qualité des demandes qui leur sont adressées. Elles seraient plus complètes et plus ciblées en deuxième ligne. Avoir en main le « dossier complet » devient donc crucial si les CR veulent respecter le délai de sept jours consacré à l'analyse de la demande⁵¹.

Soulignons que dans tous les CR évalués, des efforts sont faits par le personnel de l'accueil et parfois par les gestionnaires d'accès eux-mêmes pour obtenir le plus rapidement possible l'ensemble des documents nécessaires à l'analyse des demandes dans le temps prescrit. Certains d'entre eux arrivent à respecter ce premier délai avec plus d'aisance que d'autres. Ceci peut être partiellement expliqué par au moins deux façons de faire qui ont cours et qui sont illustrées par les exemples suivants.

Une première façon consiste à accepter les demandes uniquement lorsque le dossier est vraiment complet, c'est-à-dire, lorsqu'on a tous les papiers en main. Dans un cas, par exemple, le gestionnaire d'accès estime que beaucoup de demandes sont refusées en raison de dossiers incomplets, ce qui implique des délais supplémentaires pour les usagers. Cependant, lorsqu'elles sont admissibles, les demandes sont traitées en deçà des sept jours prévus.

C'est sûr quand les dossiers ne sont pas complets et bien là évidemment, s'il faut attendre après un rapport (...) ça c'est beaucoup des demandes qui sont refusées en bout de ligne, souvent c'est ça. Quand ce n'est pas clair même dans les rapports, on attend, le rapport arrive, il y a encore des doutes, bon ben il y en a comme ça, ça devient finalement des demandes qui sont refusées. Mais dans les demandes admissibles le 7 jours on y arrive très, très bien. Je pense qu'on a une moyenne de 3 à 4 jours à peu près (GA-CRDP-62)

La seconde façon suggère plus de flexibilité dans l'admissibilité de la demande. Par exemple, dans un CRDP, le gestionnaire d'accès prône plutôt la souplesse quant à la notion de dossier incomplet. La consigne donnée à l'AÉO est de procéder à une vérification téléphonique, pour le diagnostic par exemple, et de traiter la demande « puisque le document suivra ». Dans ce CRDP, les formulaires de références n'ont pas été revus et ce gestionnaire d'accès n'est pas vraiment à l'aise avec tous les documents requis pour juger de l'admissibilité de la demande. Il s'interroge à la fois sur le but poursuivi en les exigeant et sur le nombre de demandes refusées.

Pour moi, il y a encore des choses, des documents requis avec lesquels je ne suis pas d'accord. Est-ce des documents sont requis pour juger de l'admissibilité? Ou ce sont des documents requis pour l'offre de services ou bien pour aider les intervenants ou pour bien quelqu'un qui devrait être en DI plutôt qu'en DP ou bien pour des besoins de facturation? Pourquoi on a besoin de ça à l'entrée? La prochaine étape que je vais faire, je vais analyser les demandes qui sont refusées. (GA-CRDP-B)

Dans la même veine, des gestionnaires d'accès de deux CRDP disent composer avec une clientèle vulnérable jeune ou alors très âgée dont une proportion s'autoréfère. La crainte que les usagers ne rappellent pas « et qu'on les perde » après une première réponse négative fait en sorte que ces établissements ne refusent pas de demandes, ils acceptent plutôt le fait de ne pas entrer dans le délai de sept jours.

⁵¹ Sauf pour les demandes correspondant aux critères du niveau de priorité urgent.

Mentionnons que des intervenants chargés d'accueillir les demandes déplorent le fait que le système d'information SIPAD ne permette pas la mise en suspens lorsque le dossier est incomplet. Comme le « compteur » part aussitôt que la demande est acceptée, certains CR qui avaient auparavant une pratique plus souple exercent maintenant un contrôle plus sévère à l'entrée.

Ajoutons que toutes les nouvelles demandes de services ne passent pas toujours par toutes les étapes de l'AÉO. En CRDP, c'est le cas des usagers qui transitent par des corridors de services déjà établis avec des centres hospitaliers (p. ex. les traumatisés cranio-cérébraux). Dans certains CR, les usagers connus bénéficient d'un mécanisme d'accès allégé qui facilite la demande de services. Par exemple, dans un cas, si cela fait moins d'un an que l'utilisateur a reçu des services, le coordonnateur clinique fera un suivi rapide de sa demande.

Et bien là, si ça fait plus d'un an, ils vont repasser toute la mécanique par l'admissibilité, autrement ça revient plus au programme parce qu'il est connu. Donc, le coordonnateur clinique s'assure de revoir tout de suite c'est quoi le nouveau besoin qui arrive et comment on peut le régler. (GA- E)

Pour les intervenants des CR, là où on a révisé le processus d'accueil, cette réorganisation est jugée bénéfique. Elle a permis une valorisation du travail qui y est effectué et, de manière plus particulière, le fait que les demandes soient traitées par une seule personne ou quelques-unes et avec les mêmes critères leur convient. Ils estiment que maintenant, les demandes sont plus claires, les dossiers plus complets et surtout plus ciblés en deuxième ligne permettant ainsi de mieux diriger les usagers. Cette réorganisation permet également de corriger la situation d'iniquité constatée lorsque les demandes étaient traitées dans les points de services et de le faire dans de meilleurs délais, ce qui est considéré comme un effet positif du plan d'accès.

La révision de l'accueil, évaluation et orientation (AÉO) en CSSS

Dans le cas des CSSS, la situation est tout autre. À la suite de l'adoption du projet de loi n° 25, des établissements de missions différentes (CLSC-CH-CHSLD) se sont fusionnés afin de constituer une nouvelle entité appelée CSSS. Lors de notre collecte de données, nous avons constaté que l'intégration structurelle de ces nouvelles entités était très variable et loin d'être terminée dans certains cas.

Par exemple, dans un CSSS de taille importante, tout semble fonctionner comme avant 2004. De nombreux processus d'harmonisation restent à compléter et, entre autres, celui de l'accueil malgré la présence d'un « guichet unique ». Dans les faits, ce guichet comprend plusieurs embranchements perpétuant un fonctionnement différent par territoire. Les bases de données I-CLSC qui n'étaient pas fusionnées jusqu'à tout récemment contribuaient également au manque d'intégration de ce CSSS. D'autres CSSS, et parfois même ceux de plus petite taille, partagent aussi l'un ou plusieurs aspects de cette non-intégration.

Par ailleurs, parmi les CSSS évalués, deux établissements de petite taille regroupent les programmes DI-TED et DP dans la même direction. Tous les autres CSSS ont en partie calqué leur organigramme sur les neuf programmes-services proposés par le Ministère et, dans l'ensemble, les programmes DI-TED et DP, ne se retrouvent pas dans la même grande direction. Plutôt, on observe que les personnes ayant une DI ou un TED sont souvent desservies par les intervenants du programme « Jeunes en difficulté » alors que les personnes ayant une déficience physique se retrouvent souvent dans la même direction que les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. D'ailleurs, une gestionnaire d'accès

affirme que si le plan d'accès était arrivé avant, l'organigramme du CSSS aurait peut-être été différent, soit « DI-TED et DP ensemble ». Les portes d'entrée pour accueillir les demandes en provenance des personnes ayant une déficience peuvent donc être multiples. Dans les deux CSSS qui rassemblent les deux programmes-services dans une même direction, le personnel de l'accueil traite les demandes, leur donne un niveau de priorité et les achemine vers l'intervenant pivot.

Dans la situation la plus complexe, les travaux d'harmonisation à la suite de la fusion des établissements sont à peine amorcés. Ainsi, ce CSSS dispose d'un accueil centralisé en santé par lequel entrent les demandes en DP et d'un accueil psychosocial dans chacun des points de services pour les demandes DI-TED. Les demandes en provenance de la mission CH du CSSS ainsi que des partenaires connus (p. ex. CR) peuvent également bénéficier d'une autre porte d'entrée, ce qui est le cas d'autres CSSS également. Toujours dans cet établissement, près d'une vingtaine de personnes peuvent traiter les demandes et attribuer les niveaux de priorité. Les trois accueils fonctionnent tous différemment. Par exemple, dans deux points de services, un rendez-vous est donné pour la rencontre d'évaluation et d'analyse de besoins à la suite de laquelle un niveau de priorité est accordé à la demande. Dans l'autre point de service, tout est fait par téléphone.

Entre ces deux extrêmes, il existe une diversité de structures d'accueil et de pratiques internes. Toutefois, elles ont en commun d'avoir au moins deux entrées, l'une en DI-TED l'autre en DP et très souvent, les demandes qui y transitent ont des cheminements différents tout au long du processus. De plus, un grand taux de roulement du personnel à ce type de poste est souvent mentionné. Tout comme en CR, il se peut également que l'obtention de documents (p. ex. diagnostic TED)⁵² soit une condition avant d'accepter la demande de services dans le programme ou encore que l'on dépasse le délai de trois jours.

Comme peu de CSSS ont procédé à des changements structurels à l'accueil, les tâches des intervenants qui y travaillent ont peu changé. En effet, les seules modifications rapportées concernent l'inscription des niveaux de priorité des demandes dans le système d'information. Par contre, cette hiérarchisation des demandes de services a des conséquences sur le travail des autres intervenants en raison des délais de réponse qui y sont associés.

⁵² Précisons ici, qu'en principe, ces jeunes bénéficient de services offerts par le programme Jeune en difficulté. Toutefois, les liens internes entre les programmes DI-TED et Jeunes en difficulté sont variables d'un CSSS à l'autre et l'arrimage n'est pas toujours optimal.

5.2.3 Les niveaux de priorité

Afin de porter un regard global sur la situation de la personne qui adresse une demande de services, le plan d'accès a établi trois niveaux de priorité : urgent, élevé et modéré. Ces niveaux de priorité sont associés à des délais afin de débiter les services. (MSSS, 2008 : 15-16)

Pour le niveau **urgent**, tant pour les CR que les CSSS, le début des services doit s'effectuer dans les 72 heures suivant la demande.

Pour le niveau **élevé**, dans les CR, les services doivent débiter dans les 90 jours suivant l'analyse de la demande. Pour les CSSS, le début des services doit être entrepris dans les 30 jours suivant l'analyse.

Pour le niveau **modéré**, tant pour les CR que pour les CSSS, le début des services est prévu à l'intérieur de l'année suivant l'analyse de la demande.

Certains CR travaillaient déjà avec des grilles de priorisation standardisées qui se sont ajustées aux trois niveaux prescrits par le plan d'accès. Pour les autres CR et l'ensemble des CSSS, ajouter un code de priorité aux demandes touchant des usagers associés aux programmes DI-TED et DP est une nouvelle pratique. Les critères fournis par le plan d'accès, que plusieurs trouvent peu élaborés, servent de guide au départ. Une fiche descriptive en provenance du Ministère arrive plus tard dans le processus d'implantation (décembre 2009) et apporte les précisions attendues.

Cette nouvelle pratique est mise en place avec une relative diligence dans les CR alors qu'elle connaît un rythme différent selon les CSSS et parfois dans le même CSSS selon les différentes portes d'entrée. Par exemple, dans un CSSS, l'inscription des niveaux de priorité dans le système d'information est mise en application à différents moments. Si pour le personnel du service de l'accueil, l'inscription des cotes débute dès l'arrivée du plan d'accès, d'autres intervenants rapportent que la priorisation des demandes s'effectue depuis mars 2009, d'autres encore ne l'inscrivent que depuis janvier 2010 et finalement, une autre personne mentionne qu'elle « n'a pas priorisé ça plus que le reste. Tu sais, je vais prioriser l'hôpital avant la DI dans le volume de demandes [que j'ai à traiter] ». (Grp-CSSS-30)

La codification des niveaux de priorité entraîne plus ou moins d'erreurs durant la première année et demie d'implantation, et ce, surtout en CSSS. Soulignons d'abord que tous les CSSS doivent composer avec le fait que le champ « code de priorité » n'est pas obligatoire dans le système d'information I-CLSC, ce qui explique en partie les erreurs commises. Le problème de non-codification au départ semble être moins présent en CR. Que ce soit en CSSS ou en CR, le nombre de personnes pouvant coder le niveau de priorité, la clarté de l'information qui leur est transmise, l'encadrement fourni, la stabilité du personnel à l'accueil peuvent influencer à la fois la codification de l'objet de la demande et son niveau de priorité.

De plus, et particulièrement en CSSS, avoir plus d'un type de professionnels qui travaillent au guichet d'accès entraîne des problèmes de subjectivité quant à la façon dont on inscrit la

demande dans le système et l'assignation qui s'en suit. Ainsi, les usagers peuvent être inscrits dans des programmes différents (p. ex. DP ou santé physique) et obtenir des services différents selon que la personne qui l'accueille est infirmière ou intervenante sociale.

Il y a des phases des infirmières, et il y a des phases des intervenants sociaux. Dépendamment sur qui tombe sur la journée où c'est l'intervenant social, il va y avoir une intervention plus sociale tandis que la vision va être plus infirmière : il est malade, on le traite, si on a terminé, bonjour. (GA. 0)

L'application des niveaux de priorité

Le niveau : urgent

En ce qui concerne l'application du niveau de priorité urgent en CR, il apparaît que peu de demandes y coïncident et lorsque de telles situations se présentent, on dit y répondre dans le délai requis.

En CSSS, tous les acteurs affirment qu'ils respectent le délai de 72 heures pour les situations urgentes comme ils l'ont toujours fait. Ils ajoutent également que les demandes qui arrivent le vendredi en fin de journée et le roulement de personnel peuvent parfois amener des retards dans le traitement de ces demandes.

Toutefois, selon la DPAD, le suivi des taux de respect n'arrive pas au même constat et démontre que les demandes urgentes ne respectent pas le délai de 72 heures. Des écarts montrent en effet certains délais très importants (p. ex. plus de 40 jours), ce qui sous-tend des erreurs de codification et un suivi des données qui peut s'avérer moins rigoureux.

Le niveau : élevé

Pour le niveau élevé, disons qu'au départ et dans tous les CR, tous les enfants entre 0 et 6 ans sont considérés de niveau élevé. Les CSSS semblent suivre la même tendance. Ce choix est en partie tributaire de la reddition de comptes qui porte sur cette première cohorte durant la première année d'implantation. Selon certains gestionnaires d'accès de CRDP, les « critères » de l'AERDPQ ont aussi influencé ce choix. Il arrive également que cette option soit renforcée par une orientation régionale qui met l'accent sur cette tranche d'âge. De manière générale, cette cote est toujours maintenue pour les enfants entre 0 et 6 ans. Par contre, certains acteurs mentionnent que dans la pratique, tous les enfants ne sont pas nécessairement de niveau élevé, ce qui a amené des ajustements à l'interne dans au moins un CRDP et un CSSS.

La cote élevée est associée à un délai pour obtenir des services et dans certains établissements, une attention particulière y est apportée. Dans un CRDITED, lorsque le personnel de l'accueil considère qu'une demande est de niveau élevé, il consulte le gestionnaire d'accès qui autorise ce niveau de priorité. Le gestionnaire d'accès dira qu'il « est conscient qu'à chaque fois qu'on met un niveau élevé ou urgent, c'est quelqu'un qui est sur la liste d'attente modéré [qui recule] ». (GA-CRDITED-X). Une consigne semblable est donnée dans un CSSS où le personnel de l'accueil doit s'assurer que ce niveau de priorité est accordé seulement s'il est certain que l'utilisateur doit être vu à l'intérieur de 30 jours. Sinon, on indique qu'une pression inutile est mise sur l'équipe qui le prendra en charge. Encore une fois, le respect du délai de 30 jours pour les CSSS et de 90 jours pour les CR n'est pas toujours respecté (voir sous-section 5.6).

Notons que certains CR avaient déjà une clientèle dite prioritaire, par exemple, les enfants âgés entre 0 et 2 ans auxquels on offrait souvent la « Cadillac » des services. Cette pratique a été revue avec l'arrivée du plan d'accès.

Le niveau : modéré

Tous soulignent que l'écart est trop grand entre le niveau de priorité précédent et le niveau modéré. D'ailleurs, il y a généralement une « repriorisation » à l'intérieur de ce niveau une fois les demandes acheminées aux programmes visés⁵³. Au moment de la collecte de données, la reddition de comptes concernant les demandes dont le niveau de priorité est jugé modéré n'était pas encore en vigueur. Toutefois, devant la difficulté à respecter le niveau de priorité élevé dans plusieurs établissements, l'expression « les modérés arrivent et ça fait peur » a été maintes fois entendue.

Les effets de l'harmonisation des niveaux de priorité

De manière générale, selon les intervenants des CR, l'harmonisation des niveaux de priorités pour tous est positive. Comme il s'agit d'un petit nombre de personnes impliquées et bien formées qui accueillent les demandes, documentent les besoins et inscrivent le code de priorité, il se développe un langage commun, une compréhension partagée et une rigueur professionnelle. En systématisant les niveaux de priorité, le plan d'accès vient objectiver les situations et donne parfois des leviers à l'établissement pour « négocier » certaines situations difficiles avec les parents.

Le plan d'accès, un moment donné, quand on fait une analyse de priorisation et bien ça, ça nous permet là ben, je sais qu'il y a des parents qui portent plainte pis c'est la « game » ça je pense. Mais en même temps, il faut faire une analyse de besoins aussi. Ça, c'est ce que l'AÉO révisé a apporté, ce que le plan d'accès nous donne aussi c'est : voici l'analyse de besoins correspondante et on va ouvrir le dossier dans un délai de 90 jours ou dans un an. C'est sûr que pour moi, un plan d'accès pour un enfant de deux ans et que c'est un an d'attente pour un modéré, ce n'est pas toujours plaisant, mais c'est la réalité. (Grp-CRDITED-63)

Les acteurs en provenance des CR mettent toutefois un bémol important sur leur satisfaction en soulignant que la priorisation est une source d'iniquité entre les usagers et notamment entre les jeunes et ceux qui sont plus âgés, puisque l'on privilégie les 0-6 ans, et entre les nouveaux usagers « qui comptent pour le plan d'accès » et ceux qui sont déjà connus, donc qui n'en sont pas à leur premier service.

Les problèmes d'iniquité sont également abondamment soulevés par les intervenants des CSSS et se traduisent dans les mêmes termes. En effet, ce sont les jeunes, les nouveaux usagers et les personnes ayant une déficience physique que l'on dit privilégier au détriment des personnes âgées et des usagers connus, puisque la reddition de comptes porte sur le volume de clientèle qui est soumise au plan d'accès. Les CSSS composent également avec différents niveaux de priorité selon les programmes et les clientèles, ce qui ajoute au défi de développer la compréhension commune. Toutefois, mentionnons que deux CSSS de taille importante ont entrepris des travaux afin d'harmoniser les niveaux de priorité du plan d'accès aux autres programmes anticipant ainsi la venue d'autres plans d'accès.

⁵³ À l'hiver 2012, il est prévu qu'un groupe de travail composé de représentants du MSSS, des agences et des associations d'établissements entreprenne des travaux pour subdiviser cette catégorie en sous-groupes tout en maintenant la reddition de comptes sur une période d'un an.

Enfin, rappelons que dans la majorité des CR le niveau de priorité est donné par le personnel à l'accueil. Il en va de même dans les CSSS, sauf dans deux cas pour lesquels le niveau de priorité des demandes pour le programme DI-TED est attribué systématiquement, soit par la coordonnatrice clinique, soit par la responsable de l'accès.

C'est à cette étape également que l'établissement achemine ou non une lettre à l'utilisateur.

5.2.4 La réponse écrite

Une réponse écrite est donnée à la personne pour l'informer des éléments suivants :
La décision rendue quant à l'admissibilité de la demande de services;
Le moment probable où commenceront les services;
Les coordonnées du gestionnaire d'accès à contacter au besoin.
(MSSS, 2008 : 18)

Dans tous les CR évalués, une réponse écrite est donnée à la personne qui fait une demande de services. Les CR qui envoyaient déjà des lettres aux usagers procèdent à certains ajustements afin de répondre au plan d'accès. Alors que dans la majorité des CSSS à l'étude, aucune lettre n'est acheminée au moment de la collecte de données, deux d'entre eux affirment d'ailleurs répondre avant la fin du délai exigé. Toutefois, l'analyse des PRAAC-2010-2011 permet de constater que la situation s'est corrigée depuis.

Tant en CR qu'en CSSS, on rapporte que le niveau de priorité est toujours inscrit dans la lettre, mais le moment probable du début des services n'est pas toujours indiqué surtout lorsqu'il s'agit d'une demande jugée de niveau modéré. Le statut de la personne qui signe la lettre est aussi variable selon les établissements. En effet, parfois, on retrouve la signature du gestionnaire d'accès, parfois celle du chef de programme ou du coordonnateur clinique qui gère la liste d'attente. Selon les établissements également et surtout en début d'implantation, cette lettre génère plus ou moins d'appels de la part des usagers qui demandent des précisions. Dans l'ensemble, les acteurs rencontrés rapportent que les usagers apprécient l'obtention de cette lettre.

Une fois que les demandes franchissent les étapes de l'accueil et de l'évaluation, que les niveaux de priorité accordés sont inscrits dans le système d'information, que les lettres sont envoyées le cas échéant, les demandes sont acheminées au chef de programme ou au coordonnateur clinique des sous-programmes concernés. Ce sont d'ailleurs ces personnes qui gèrent, le plus souvent, la liste des usagers en attente de services et qui assignent les demandes aux intervenants afin que débutent les services.

5.2.5 Le début des services

La mise en œuvre du plan d'accès « modifiera de manière importante les pratiques actuelles et exigera que les acteurs concernés se centrent sur les objectifs d'accessibilité et de continuité d'un tel plan, tout en évitant les pièges de rupture et de dilution des services. » (MSSS, 2008 : 39)

Nous avons vu plus haut que pour parvenir à résorber la liste d'attente et débiter les services pour ceux qui s'y retrouvaient toujours, les établissements ont mis à l'essai de nouvelles façons de faire, le travail en épisodes de service ou l'approche de groupe par exemple.

Pour les CR, si avant l'arrivée du plan d'accès les usagers avaient des services « à vie » ou « mur à mur », maintenant, les intervenants sont appelés à changer leurs pratiques en procédant à la fermeture des dossiers et à envisager leur intervention de façon plus ponctuelle. Cette pratique, quoique plus avancée dans les CRDITED évalués, n'est pas implantée partout. Dans deux de ces établissements, certains intervenants travaillent plus dans cette visée alors que d'autres « sont encore dans l'ancien modèle de prise en charge ». Dans ces cas, on dit être dans une période de transition qui peut « s'échelonner sur quelques années ».

Cette nouvelle pratique est aussi en cheminement ou encore en réflexion dans certains CRDP. Dans un CRDP, cette idée avait déjà été soumise, mais elle avait eu « une fin de non-recevoir ». Le gestionnaire d'accès de cet établissement dit alors à ce sujet que : « le plan d'accès m'a donné des poignées que je n'aurais jamais eues autrement. » (GA-CRDP-F)

Tant les gestionnaires que les intervenants conviennent que le virage vers la spécialisation et le travail en épisodes de service, « c'est toute une mentalité à changer », que c'est un « gros revirement », un « changement de culture » et que cela vient « bouleverser les intervenants dans leur rôle d'accompagnateurs à la vie à la mort ». Comme le résume bien un gestionnaire d'accès de CRDITED :

Bien en fait, je dirais qu'ici, c'est vrai pour le plan d'accès, c'est vrai pour les ententes, on doit prendre un virage de spécialisation. Ce n'est pas simple parce qu'en DI-TED, on a toujours travaillé en prise en charge, tout le temps, tout le temps. C'est un historique de prise en charge, donc les intervenants, quand on commence à parler d'un épisode de service, ce n'est pas dans les mœurs, ce n'est pas dans la culture. Il a donc fallu qu'on change tout le processus clinique, on l'a changé au cours de l'année, on a commencé les formations ici à l'interne au mois de janvier. Je pense qu'on a commencé ça. (Grp-CRDITED-55)

Pour les intervenants, même si l'idée fait son chemin, pour eux, il demeure plus difficile de concevoir leur intervention en épisodes de service pour les usagers qu'ils connaissent depuis longtemps, qui sont soit très âgés ou alors très jeunes, qui sont sans réseau ou qui ne sont « pas nécessairement autonomes ». Comme dans la plupart des changements instaurés, les intervenants plus âgés se sentent fortement interpellés dans leurs compétences et leur savoir-faire clinique qui étaient, jusque-là, garants de la qualité de leurs services.

De plus, travailler en épisodes de service a un effet bien entendu sur les partenaires que sont les CSSS si l'on veut s'assurer de la continuité des services. Toutefois, comme nous l'avons vu dans la section précédente, plusieurs mentionnent que ces derniers ne sont pas au rendez-vous et qu'il est difficile de leur « passer le flambeau ».

Les interventions de groupes plutôt qu'individuelles, quant à elles, avaient déjà cours dans certains CR avant l'arrivée du plan d'accès. Cependant, c'est dans un CRDP évalué que cette pratique a eu le plus d'impact. Les personnes interviewées affirment que cette approche a été « imposée » par la direction de l'établissement dans un programme particulier afin de résorber une liste d'attente importante. Dans le but d'optimiser du personnel en pénurie, il y a eu redéfinition des rôles et des responsabilités entre deux corps d'emploi, l'un professionnel, l'autre technique. Cette nouvelle façon de faire a causé beaucoup de résistance, voire même des démissions de professionnels en début de processus. Encore une fois, la qualité des services était questionnée par les intervenants. Même si cette approche est maintenant plus intégrée, les coordonnateurs cliniques tentaient toujours de trouver d'autres moyens afin de motiver les intervenants afin « qu'ils ne perdent pas la flamme ». Au moment de notre

passage sur le terrain, l'approche de groupe était une option regardée par d'autres CR, les problèmes liés au manque d'intervenants spécialisés accélérant parfois la réflexion.

Ce souci d'optimiser le personnel spécialisé est présent tant en CR qu'en CSSS. Rappelons que l'argent du plan d'accès (110 millions de dollars) a surtout permis l'embauche de personnel professionnel, mais aussi de personnel technique comme des éducateurs spécialisés ou des techniciens en travail social. Ceci a beaucoup contribué à « faire rouler la machine ». Toutefois, pour les intervenants plus spécialisés, « le transfert » de tâches vers des techniciens n'est pas toujours simple :

[On a fait des] changements de pratiques et avec la diversification des disciplines, t'habituer à transférer des tâches à quelqu'un d'autre alors que tu es habitué de tout faire toi-même, ça été difficile pour les plus anciens. Déléguer, de dire " Je fais un bout et ensuite je donne ça à un autre ", [quand on est habitué] de tout garder et de tout faire de A à Z, quand ça fait 25 ans que tu travailles comme ça, et bien... (Grp-CRDP-F)

Parmi les CSSS à l'étude, les trois établissements de taille importante avaient déjà une offre de services et des équipes dédiées en DI-TED, mais pas en DP. Pour les trois autres CSSS, et surtout en DI-TED, le développement d'une offre de services est sans doute le changement le plus significatif qu'apporte le plan d'accès.

Tout est nouveau. Avant, il n'y avait pas d'activités d'intervention première ligne pour cette clientèle-là, mis à part le soutien à domicile. Le plan d'accès nous a forcé à mieux nous organiser je crois. Il a permis de construire un programme qui n'existait carrément pas. (GA-CSSS-56)

Dans ces établissements, l'expertise est en développement. Soulignons que dans l'un de ces CSSS, le gestionnaire d'accès estime que l'équipe dédiée « développe de l'expertise et la clientèle est mieux desservie. Le CRDITED offre de la formation et la qualité d'intervention est rehaussée de même que l'offre de services » (GA-CSSS-W). Par contre, dans les deux autres cas, le niveau de collaboration entre le CSSS et le CRDI est plus faible.

Dans deux des trois nouvelles équipes dédiées, le rôle de l'intervenant pivot établissement en tant qu'« interlocuteur principal » pour l'usager et sa famille et en tant que personne qui s'assure de « l'intégration des interventions et des services au sein de l'établissement »⁵⁴ semble clair. Par contre, dans l'autre CSSS, ce rôle est plutôt à définir.

Le rôle d'intervenant pivot est nouveau, c'est un apprentissage graduel, ce n'est pas clair encore. C'est ça, moi je commence vraiment graduel. Mais, mon Dieu, je ne sais même pas quoi vous dire. Écoute, le guichet d'accès n'est pas encore [implanté]. Tout est nouveau. Tout est nouveau et je n'ai même pas eu de formation encore. Ça va venir, là j'ai une charge de cas, mais encore aujourd'hui je ne suis pas autonome à 100%. (Intervenant pivot-CSSS-43)

Toutefois, comme nous l'avons vu dans la section 1, plusieurs soulignent que le Ministère aurait dû harmoniser le terme d'« intervenant pivot établissement » avec d'autres appellations qui ont cours dans le réseau, « gestionnaire de cas » par exemple, en raison de la similitude des fonctions exercées par l'un et l'autre.

⁵⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2008. *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience. Afin de faire mieux ensemble*. Québec, p. 21.

5.2.6 La pression des délais et le début des services

« Le début des services est marqué par une première intervention en présence de l'utilisateur. Cette première intervention fait partie des activités prévues pour l'élaboration et la réalisation du plan d'intervention. Elle exclut par conséquent les mesures d'appoint offertes (...) » (MSSS, 2008 :19)

Qu'ils soient gestionnaires ou intervenants, tous les acteurs rencontrés disent vivre avec la pression des délais. Les images du « chronomètre attaché après l'enfant » ou du « compteur » qui commence à tourner témoignent bien de ce fait. Certains arrivent mieux que d'autres à débiter les services dans les temps prescrits et globalement, les CR s'en tirent mieux que les CSSS.

D'entrée de jeu, soulignons que la notion de « début des services » véhiculée par le plan d'accès est traduite très rapidement par celle de « premier service ». Ceci est sans doute attribuable à la fois à cette expression utilisée dans la fiche descriptive concernant la résorption de la liste d'attente (voir l'encadré plus haut) ainsi qu'à la reddition de comptes qui porte en grande partie sur le suivi du « premier service ». Mentionnons que les systèmes d'information ne permettent pas, pour l'instant, de suivre les indicateurs de continuité. Cette traduction a des conséquences sur la nature des services rendus, et ce, dans un contexte de pénurie relative de professionnels dans plusieurs spécialités comme en ergothérapie, en orthophonie et en physiothérapie.

Il est important de mentionner que dans chacun des types d'établissements à l'étude (CRDITED, CRDP, CSSS), on retrouve des pratiques qui s'inscrivent dans la perspective du plan d'accès. On dit alors « jouer pas mal le livre du plan d'accès ». Par exemple, dans un CRDP desservant une clientèle spécifique, l'évaluation globale des besoins se fait à domicile. On rapporte que cette évaluation est toujours combinée à un début d'intervention et le temps est séparé moitié-moitié entre ces deux activités. Dans un CRDITED, la première rencontre, considérée comme le « premier service », se fait en présence des parents et d'un intervenant du CSSS. Le plan d'intervention (PI) débute par des services de psychoéducation dans les quinze jours suivants. Enfin, dans un CSSS, le début des services est assuré par une éducatrice spécialisée, le dossier est ensuite transféré à l'intervenant pivot et l'on estime que l'intensité des services a été maintenue.

Il arrive cependant que dans le même établissement, la nature du « premier service » soit différente selon le programme ou la tranche d'âge. Ceci est constaté dans trois CRDP et dans plusieurs CSSS. Par exemple, dans un CRDP, le « premier service » destiné aux enfants, n'est pas un service de réadaptation. Il s'agit plutôt d'une entrevue d'accueil réalisée par des agentes de relations humaines (ARH) qui vise à recueillir les données, faire des références et donner des conseils. Une « pochette d'information » est remise à cette occasion. Le coordonnateur clinique du programme dira alors que :

Le CR s'est conformé aux exigences du plan d'accès en donnant un premier service à l'intérieur de 90 jours. Donc, sur papier, on répond bien au plan d'accès, mais ce n'est pas un premier service de réadaptation. (Grp-CRDP-B)

En revanche, dans les programmes destinés aux adultes de ce même CRDP, un projet novateur fait en sorte qu'un « véritable service de réadaptation » est donné dès le départ, dans le délai du plan d'accès et que « le deuxième n'est pas très loin ».

L'évaluation des besoins et la présentation des services dont l'utilisateur pourra bénéficier sont des pratiques courantes dans les établissements. Ces activités sont fréquemment réalisées par des intervenants sociaux ou des éducateurs spécialisés.

Dans le cas de plusieurs CR, l'évaluation professionnelle permet de mettre fin au délai d'attente pour le « premier service ». Par contre, pour les CSSS, la question de l'évaluation demeure délicate, et ce, même dans la troisième année d'implantation. En effet, pour ce type d'établissement, l'évaluation devait être de « type action » afin qu'elle soit comptabilisée dans le système d'information. Toutefois, ce qui constitue une évaluation avec acte n'était pas clair pour tous. Un ergothérapeute s'interroge ici sur la pratique qui consiste à coder un autre acte en plus de l'évaluation. Il affirme que c'est un « truc » qui permet d'enlever les usagers sur la liste d'attente et ainsi « contrer » le problème.

La première fois que l'on rencontre le client, disons que c'est une évaluation, mais on ajoute à ça justement un autre acte pour contrer ça, pour que ce soit noté que la personne a été prise en charge et qu'elle a eu un premier service. C'est un truc qu'on a trouvé pour qu'elle puisse être enlevée de la liste d'attente officielle et dire qu'on l'a prise en charge. Est-ce que c'est vraiment la bonne façon? Je ne le sais pas. (Grp-CSSS-60)

Ajoutons que ce n'est qu'en juin 2011 que les précisions quant à l'évaluation professionnelle marquant le début des services sont acheminées aux gestionnaires d'accès. (MSSS, 2011, fiche 5.2)

Comme nous venons de le voir, le « premier service » peut être offert par un intervenant spécialisé, peu importe le type d'établissement, mais aux dires d'un gestionnaire d'accès d'un CRDITED : « Le service donné n'est peut-être pas celui qui est prioritaire, mais plutôt celui qui est disponible ». Même son de cloche du côté des CSSS où parfois un service donné par une auxiliaire familiale, une infirmière ou une inhalothérapeute peut être comptabilisé comme un « premier service », ce qui permet de « libérer » un autre professionnel du plan d'accès.

C'est vraiment les références qui viennent de l'extérieur et encore là, si l'ergo est toute seule, elle va être beaucoup plus interpellée à y aller rapidement selon les critères de priorité. Par contre, si elle a la chance d'avoir une infirmière ou une inhalothérapeute dans le dossier, ils vont y aller et ils vont faire un intrant, donc elle va être libérée du plan d'accès pour cette clientèle-là, parce que les infirmières et les inhalos vont rapidement à domicile, parce que l'utilisateur va avoir une plaie ou des choses comme ça ou il va y avoir un besoin d'installer de l'oxygène, il va donc y avoir moins d'attente. (GA-CSSS-E)

Dans le même sens, l'allocation directe⁵⁵ comme « premier service » lorsque d'autres besoins sont à combler est également questionnée. Par exemple, l'intervenant pivot d'un CSSS se demande si « ce n'est pas un peu insidieux de dire [que] parce qu'on a donné un petit chèque à tous les mois, on a donné un service à cette famille-là? ». Il pense que l'on « saupoudre un petit service à tout le monde pour répondre aux exigences ».

Ajoutons que le recours aux mesures d'appoint « constituées d'activités ponctuelles visant à minimiser le préjudice ou la détérioration durant l'attente de services » (MSSS, 2008 : 20)

⁵⁵ L'allocation directe, ou le chèque emploi-service, permet aux personnes qui le souhaitent d'engager elles-mêmes des ressources d'aide à domicile et d'assumer la gestion de leurs services. Par le biais de ce programme, le CSSS verse un montant à l'utilisateur, déterminé selon les heures de services inscrites à son plan d'intervention, afin que ce dernier se procure des services auprès de travailleurs de gré à gré ou auprès d'entreprises d'économie sociale. Les services ainsi contractés peuvent être d'aide domestique, d'assistance personnelle ou de soutien aux proches aidants.

semble peu utilisé ou alors, il y a confusion entre ces mesures et le « premier service » et sont parfois comptabilisées comme tel.

Pour leur part, plusieurs intervenants des différents CRDP rencontrés soulignent que la notion de « premier service » n'est pas très adéquate pour la déficience physique puisqu'ils estiment que cela « favorise les interventions morcelées, une réadaptation moins intégrée en interdisciplinarité ». Selon eux, il vaudrait mieux parfois attendre un peu plus longtemps que le délai prescrit et intervenir en équipe plutôt que de penser uniquement en termes de volume de clientèle. Encore une fois, on dira répondre au plan d'accès, mais que « c'est un peu à l'encontre du sens éthique et clinique » et que la qualité des services peut être compromise⁵⁶.

D'autres établissements s'expriment sur la « gymnastique de tous les jours » nécessaire à l'attribution des dossiers et au respect des délais. Le degré de difficulté de cet exercice est augmenté lorsque la pénurie de main-d'œuvre est plus aigüe, que les équipes d'intervention sont petites et que plane la menace de rupture de services. C'est le cas notamment de CR en régions éloignées pour lesquels cette insuffisance de personnel occasionne un stress supplémentaire puisque souvent, selon un gestionnaire de la liste d'attente : « J'ai même pas d'intervenant à mettre dans le dossier! Même si je cours pour le traiter en bas de 7 jours. Ça n'invente pas du monde le plan d'accès ».

D'ailleurs, la pression pour répondre adéquatement au plan d'accès est soulignée par la majorité des personnes interviewées qui jugent être placées devant le dilemme suivant : répondre aux exigences administratives pour la reddition de comptes, « avoir un beau bulletin » ou répondre aux besoins de l'utilisateur. Ceci interpelle constamment leur éthique professionnelle. Par exemple, un intervenant pivot se dit insatisfait de ce qu'il donne comme premier service. Il considère qu'il peut moins « dénoncer » cette façon de faire puisque, dans son cas, les chiffres parlent en faveur de l'établissement. La crainte est un peu de devenir comme une usine « c'est beau, c'est réglé, on passe au suivant ».

Ma crainte, c'est qu'avant, je pouvais dénoncer. C'est comme si là, je me fais dire : “ Regarde les chiffres, ils disent que tout le monde a été servi, il n'y a plus personne en attente ”. C'est comme si ça vient enlever la photo réelle, le portrait réel de la situation. Mais c'est comme si on portait ça à bout de bras et on est essoufflés et pas toujours satisfaits de ce qu'on va faire comme service, tu sais? Je ne veux pas qu'on devienne comme une usine. On a *punché*, alors c'est beau, c'est réglé, on passe au suivant. C'est ma crainte un peu. (Grp-CSSS-Ab)

Dans un autre CSSS, il arrive que certains usagers, dont le délai est échu, soient rencontrés beaucoup plus tard puisque de toute façon le délai est dépassé. On préfère rencontrer un autre usager qui permettra de « rentrer » dans les délais du plan d'accès et atteindre les cibles des ententes de gestion.

C'est que t'as un choix à faire pour être performant. J'ai rencontré tous les gestionnaires de la liste d'attente et je leur ai dit : “ Le Ministère nous *monitor*, c'est *passed or failed* ”. C'est la consigne qu'on donne aux intervenants. Si ton délai de 30 jours est dépassé, s'il n'a pas été capable parce qu'il en avait 5 la même semaine et qu'il n'avait pas le personnel pour le prendre, et bien il est trop tard, donc passe à l'autre parce que lui il va remonter ta moyenne plutôt que de prendre celui qui était dû. (GA-CSSS-X)

⁵⁶ Ces constats font écho à une étude récente qui soutient que les exigences liées à la reddition de comptes peuvent influencer sur la qualité de la prestation de services : WORD, J., C. STREAM et K. LUKASIAK. 2011, What Cannot Be Counted : Ethics, Innovation, and Evaluation in the Delivery of Public Services, *The Public Sector Innovation Journal*, vol.16, no.2, article : 2.

Le gestionnaire d'accès se dit « mal à l'aise face à cette pratique ». Il trouve déplorable que le besoin clinique soit ainsi dévié au détriment de considérations administratives. C'est un exercice : « *passed or failed* »

Ou bien on donne la réalité et on fait ce que l'on peut faire, mais je pense que ce n'est pas le message que l'on reçoit du Ministère actuellement. On ne peut pas faire ce qu'on veut faire, donc on se sent obligés de faire ce qu'il faut pour arriver aux chiffres. (GA-CSSS-X)

Par contre, à l'inverse, d'autres gestionnaires ou coordonnateurs refusent de transmettre cette pression aux intervenants puisqu'ils savent à l'avance « que le délai ne sera pas respecté, sauf pour les priorités urgentes. Ça toujours été clair que c'était impossible au lot de demandes qu'on a en attente et qu'on est pas assez d'intervenants pour répondre, assumer et respecter les délais. » (Grp-CSSS-Ab). Dans ces cas, on préfère expliquer et justifier pourquoi on n'y arrive pas.

L'hébergement comme « premier service » constitue aussi un bon exemple entre les différentes façons de faire. Ainsi, comme il est très difficile de répondre à la demande en matière d'hébergement, certains CR décident de comptabiliser ce type de demandes et choisissent d'expliquer pourquoi les délais ne sont pas respectés alors que d'autres décident de ne pas les comptabiliser ou encore de ne plus prendre de demandes d'hébergement, sauf si elles sont accompagnées d'une autre demande à laquelle l'établissement peut répondre :

On avait un transfert de région à faire en hébergement, et ils nous ont dit : « On n'accepte plus de demandes d'hébergement ». Heu, pardon, vous n'acceptez plus de demandes d'hébergement? Elle dit : « Non, maintenant il faut que vous fassiez une autre demande ». Parce que tu sais que l'hébergement, si on fait juste une demande, et bien c'est dur d'y répondre en dedans d'un an, parce que l'hébergement, ça ne roule pas. Alors, ce CRDITED nous a dit : « Non, on ne prend plus de demandes d'hébergement, il faut que vous fassiez une autre demande avec ça pour qu'on puisse répondre à l'autre demande en premier ». L'hébergement va attendre, tu comprends? (GA-CRDITED-22)

Précisons que malgré tout, l'ensemble des acteurs constatent que le « premier service » est donné plus rapidement qu'avant et estiment qu'il s'agit là d'un élément positif du plan d'accès. De plus, les personnes rencontrées ne s'opposent pas à une certaine reddition de comptes, c'est plutôt le fait qu'elle soit basée uniquement sur le « premier service » qui les indispose. Certains espèrent d'ailleurs que le Ministère pourra « monitorer » les autres services très prochainement. Ainsi, pour une cadre supérieure, il est certain que devant le suivi très serré basé sur le premier service, les établissements « font toutes sortes de *patentes* pour que ça marche », ce qui génère « des effets pervers ».

La priorité est mise sur le plan d'accès, l'accès à un premier service. L'établissement, qu'est-ce qu'il fait quand il a à choisir où mettre ses priorités pour desservir sa clientèle? Il va choisir les gens qui n'ont aucun service et qui répondent aux critères plutôt que de mettre ses énergies à compléter un plan d'intervention. Ça, c'est un méchant effet pervers. (G)

Un de ces effets non voulus est le déplacement de la liste d'attente vers le deuxième et le troisième service : « L'utilisateur est mis en liste d'attente pour la continuité de son plan d'intervention ». Ce constat est partagé par la majorité des acteurs rencontrés. Un chef de programme d'un CSSS ajoute qu'en ce qui concerne le plan d'accès, « la mécanique est bonne, mais la continuité n'est pas encore au rendez-vous ». (Grp-CSSS-61)

Comme nous l'avons vu dans la première section, en réponse à ces attentes, des travaux sont entrepris par le Ministère depuis janvier 2012 afin de documenter la nature du premier service, des deuxième et troisième ainsi que les délais entre ces services.

5.2.7 La gestion des listes d'attente

La gestion centralisée et standardisée des listes d'attente est un mécanisme que se donne l'établissement, par l'intermédiaire de son gestionnaire d'accès, qui vient centraliser les différentes listes d'attente à l'intérieur de l'établissement tout en précisant les paramètres liés à leur gestion. Cette gestion exige une application uniforme des critères de priorité et doit assurer un suivi systématique des délais d'attente tant à l'interne qu'avec les partenaires, l'agence et le Ministère. (MSSS, 2008 : 27)
De plus, le plan d'accès précise que le Ministère entend suivre l'évolution des listes d'attente et les rendre publiques à compter de l'hiver 2009. (MSSS, 2008 : 27)

L'exercice menant à la résorption des listes d'attente a permis d'obtenir un regard plus juste sur le nombre de personnes à desservir. Ce travail a aussi mis en lumière des pratiques de gestion de l'attente qui ne favorisaient pas l'appropriation des listes d'attente de chacun des intervenants ou de chacun des programmes par l'établissement.

Soulignons que dans la plupart des **CR**, ce sont les coordonnateurs cliniques ou les chefs de programmes qui gèrent les listes d'attente. La grande étendue du territoire favorise parfois la décentralisation de ces listes. Toutefois, mais ce n'est pas ce qui rend le suivi plus difficile. Il apparaît plutôt que le soutien informatique est insuffisant, ce qui oblige à tenir à jour, en parallèle, des listes d'attente complétées « à la mitaine ». Ceci complique le suivi lorsque les établissements désirent obtenir un portrait complet de l'attente, comme le précise ici un gestionnaire d'accès :

Les coordonnateurs doivent gérer plusieurs listes d'attente : le premier service, le deuxième et la fin de l'épisode pour avoir un portrait complet. [En plus], au lieu d'avoir 30 dossiers à gérer, il y en a 300. À cause du plan d'accès, tous les dossiers deviennent actifs, ça demande une organisation importante à la coordination clinique. (GA-CRDP-D)

Ce suivi est particulièrement complexe dans un CRDITED qui gère deux listes d'attente : une pour le « premier service » et une autre pour les autres services requis. De plus, ce CRDITED attribue des niveaux de priorité pour le « premier service », mais aussi pour les autres services nécessaires. Ce qui entraîne des choix parfois douloureux entre, par exemple, desservir un usager dont la demande est jugée de niveau modéré dans la première liste ou un usager dont la demande est de niveau élevé dans la seconde liste. (GA-CRDITED-23)

Toutefois, dans tous les CRDITED et dans la majorité des CRDP, les gestionnaires d'accès disent avoir un regard global sur l'ensemble des listes. Par exemple, dans certains de ces établissements, le gestionnaire d'accès appelle ou envoie un courriel aux coordonnateurs pour les informer que le délai approche.

Du côté des CSSS, le regard plus systématique sur les listes d'attente, même s'il existe, semble plus difficile à obtenir. Ainsi, nous avons vu plus haut que plusieurs CSSS offrent au moins deux portes d'entrées aux usagers : l'une en DP, l'autre en DI-TED. Ces multiples points d'entrée se traduisent souvent par au moins deux listes d'attente qui peuvent à leur tour être subdivisées soit en usagers connus et nouveaux usagers, soit en programmes-services, soit par discipline d'intervention, soit par âge dans chacun des cas précédents.

Dans un CSSS de grande taille, on retrouve deux listes d'attente en DI-TED, l'une pour les jeunes, l'autre pour les adultes. Alors que pour le programme DP, chacune des disciplines, comme ergo, physio, soins infirmiers, possède sa propre liste d'attente. Il semble d'ailleurs que le « premier service » soit difficile à gérer puisque chaque intervenant doit vérifier dans le

système d'information I-CLSC si un autre professionnel est intervenu. Dans ce CSSS, les bases de données I-CLSC n'étaient pas fusionnées jusqu'à tout récemment, ce qui complexifiait la gestion centralisée pour le gestionnaire d'accès.

Mentionnons qu'un CSSS de petite taille qui n'avait aucun usager en attente de service jusqu'à l'arrivée du plan d'accès dit maintenant gérer une liste d'attente. L'intervenant pivot explique le phénomène par une augmentation substantielle des demandes. Cette hausse serait en partie liée à une meilleure connaissance des services et à la « pression de la deuxième ligne » sur la première qui redirige les usagers qui ne requièrent pas de services spécialisés vers les CSSS. (Grp-CSSS-L)

Pour continuer...

Enfin, de manière générale, les CR sont plus avancés dans l'implantation du plan d'accès que les CSSS. Et, pour chacun des types d'établissements, certains, plus que d'autres, ont effectué des travaux concernant la révision de l'ensemble des processus. Toutefois, parmi ceux que l'on pourrait considérer plus avancés, qu'il s'agisse de CRDP, de CRDI ou de CSSS, tous constatent être arrivés « pas mal au bout de leur imagination », que la limite du système est atteinte et que d'autres changements, sans ajout de ressources financières et de personnel, pourraient compromettre la qualité des services.

Le CSSS a travaillé les changements de pratiques. On aurait aimé avoir plus de sous ou du transfert de la deuxième ligne parce qu'on sent qu'on est saturé. On commence à être pas mal à la limite de ce qu'on peut faire de façon, je te dirais, humaine, qui ne toucherait pas la qualité. Mais bientôt, on va devoir toucher la qualité ou l'accessibilité. C'est-à-dire faire des bouchons à l'entrée. Mais là, on ne respectera plus le plan d'accès. Tu vois, un moment donné, il va falloir faire des choix douloureux. (GA-CSSS-P)

Dans d'autres cas, comme nous l'avons vu, des marges de manœuvre pour aller plus loin sont encore à exploiter. Toutefois, tous les établissements doivent composer avec une augmentation constante des personnes à desservir et avec une pénurie de ressources spécialisées qui fait « qu'on n'arrive même pas à combler les postes qu'on a », ni à répondre à toutes les exigences.

Le plan d'accès, le fait qu'on a des délais à rencontrer, t'amène à avoir pour tout le monde, des plus gros contingents. L'intervenant a plus de clients, les coordonnatrices ont de plus gros contingents, le gestionnaire a de plus grosses équipes, a plus de clients. Là, tu dis : « Comment on peut s'assurer que tout le monde a son premier service ou son deuxième? Comment répondre aux exigences? » Justement, on est supposé faire un plan d'intervention aux 90 jours. Nous autres, on l'a allongé au 120 [jours] et on en est venus à dire quasiment deux fois par année. On a de la tenue de dossiers à faire aussi parce que les autres professionnels exigent que tu composes avec toutes ces exigences-là [tout en maintenant] les liens de partenariat. (GA-CRDP-57)

En dépit de ces constats, la volonté de poursuivre l'implantation du plan d'accès est manifeste parmi les personnes rencontrées. D'ailleurs, la suggestion d'aller plus loin et de mettre en œuvre, une « phase deux » ou un « plan de continuité » des services, notamment en suivant les deuxième et troisième services, est évoqué par plusieurs. Rappelons que le raffinement dans le suivi des données proposé par le MSSS s'inscrit dans cette voie⁵⁷ et qu'une reddition

⁵⁷ Soulignons que plusieurs des constats plutôt négatifs que l'on retrouve dans cette section ont aussi été soulevés, entre autres, par le Mouvement PHAS (2011) et le Protecteur du citoyen (2011a-b). Le Ministère a d'ailleurs répondu aux recommandations formulées par le Protecteur dans le but d'améliorer les services aux personnes ayant une déficience.

de comptes est prévue jusqu'en 2015, notamment par le PRAAC et les perspectives stratégiques dégagées par le comité national d'implantation.

En résumé

Au terme de l'évaluation, on peut dire que les travaux liés à l'implantation du plan d'accès sont plus nombreux dans les CR et que le degré d'appropriation y est plus élevé que dans les CSSS. Rappelons cependant que les premiers sont des établissements à mission unique desservant des personnes ayant une DP une DI ou un TED. Alors que les CSSS regroupent plusieurs missions couvrant un large éventail de besoins. Le défi est donc plus grand pour eux. Cela étant dit, bien que les actions de chacun varient en intensité, tous les établissements ont fait et continuent de fournir des efforts afin d'implanter le plan d'accès. Plusieurs mécanismes prévus à cette fin étant présents partout.

Ainsi, la fonction de gestionnaire d'accès local est assurée dans tous les établissements. La personne occupant ce poste constitue un levier important pour l'amélioration de l'accès aux services pour les personnes ayant une déficience. Toutefois, son rôle semble plus clair en CR qu'en CSSS. Son implication dans l'ensemble du processus de même que le temps consacré à l'actualisation de ces tâches va également dans le même sens. Par contre, peu importe le type d'établissement, son imputabilité eu égard au plan d'accès le place parfois dans une position d'autorité par rapport à d'autres collègues de même niveau hiérarchique. Cette situation peut être jugée inconfortable si la personne qui occupe ces fonctions n'a pas l'appui de la direction de l'établissement.

À cet effet, le soutien de la direction générale demeure une condition essentielle au déploiement et contribue au développement de la vision d'ensemble du plan d'accès (de l'attribution des niveaux de priorité à la gestion de la liste d'attente). Si tous adhèrent au plan d'accès, il s'avère souvent être un projet d'établissement en CR alors que la vision commune est plus difficile à obtenir en CSSS. Toutefois, même si le plan d'accès fait peu partie de « l'écran radar » de certains CSSS, les différentes directions générales sont, dans l'ensemble, plus sensibilisées à cette « clientèle ».

Le plan d'accès invite chacun des établissements à revoir le processus d'accès des demandes de services. Pour la majorité des CR, l'AÉO a fait l'objet d'une révision en profondeur. Là où le processus d'AÉO est centralisé, les acteurs soulignent les bénéfices d'une telle réorganisation : développement d'outils qui facilitent la prise de décision, demandes plus claires, plus ciblées pour la deuxième ligne, meilleure orientation des demandes, développement d'un langage commun, d'une compréhension partagée et d'une rigueur professionnelle, valorisation du travail qui y est accompli.

Du côté des CSSS, le processus est plus complexe. Pour plusieurs d'entre eux, les demandes de services continuent de transiter par de multiples portes d'entrée et sont souvent traitées par plusieurs personnes ayant des formations diverses. Le cheminement des demandes jusqu'à l'obtention des services peut également être très différent selon les programmes. Le roulement du personnel qui assure ces tâches serait également plus important que dans les CR. La combinaison de ces éléments fragilise la compréhension commune et diminue la portée du plan d'accès. De plus, que ce soit en CR ou en CSSS, l'AÉO constitue un point névralgique et la triade composée du gestionnaire d'accès, du pilote de système d'information et des intervenants de l'accueil est primordiale pour une meilleure appropriation du plan d'accès. La circulation fluide et coordonnée de l'information en étant un ingrédient essentiel.

Le plan d'accès convie également les établissements à réviser leurs pratiques afin de débiter les services dans des délais prescrits selon le niveau de priorité des demandes. Tant en CR qu'en CSSS, différentes stratégies sont mises en œuvre pour arriver à donner « un premier

service » dans les délais requis. Dans les CR, l'arrivée du plan d'accès agit comme un catalyseur pour effectuer des changements. À un rythme différent selon les établissements, la « prise en charge mur à mur » cède le pas au travail en épisodes de service et l'approche de groupe gagne du terrain. De plus, le plan d'accès permet l'embauche de personnel et, devant la pénurie d'intervenants spécialisés, le transfert de tâches vers du personnel technique est plus présent. Pour les intervenants, ces nouvelles façons de faire modifient leur rapport aux usagers. Pour eux, il est plus difficile de changer d'approche avec des usagers qu'ils connaissent depuis longtemps, qui sont soit âgés ou alors très jeunes, qui sont sans réseau et qui ne sont « pas nécessairement autonomes ».

Les CSSS instaurent également des changements, mais qui sont plus variables en nombre et en intensité selon les établissements. Le plan d'accès a tout de même permis la bonification, voire même la création d'une offre de services pour les personnes ayant une déficience, surtout en DI-TED. Des équipes dédiées sont créées dans certains cas et la compréhension de la fonction de l'intervenant pivot établissement est en progression. Cependant, le plan d'accès met parfois en évidence des problèmes structurels déjà présents qu'il ne peut régler à lui seul. Par exemple, la frontière entre les programmes DI-TED et Jeunesse ou entre DP et Santé physique. Dans les meilleurs cas, on observe des rapprochements interprogrammes, mais, de manière générale, ces liens sont loin d'être optimaux. De la même manière, le développement de l'expertise et le transfert des usagers de la 2^e vers la 1^{re} ligne demeurent des enjeux cruciaux pour les CSSS.

Le plan d'accès est assorti d'une reddition de comptes jugée très serrée sur les délais d'accès. Certains établissements arrivent mieux que d'autres à offrir le début des services, incluant un PI, dans les temps requis. En général, la rapidité de ce premier contact avec les usagers est perçue positivement. Toutefois, dans un contexte de pénurie de personnel et devant la pression ressentie pour respecter les délais, tant dans les CR que dans les CSSS, l'on fait état de pratiques qui consistent à dénaturer en quelque sorte la notion de début des services. On dit ainsi, « faire des *patentes* », trouver « des trucs » pour contrer les problèmes et rentrer dans les délais. Par exemple, l'évaluation des besoins, la présentation des services de l'établissement, les mesures d'appoint sont des actes régulièrement comptabilisés comme étant un « premier service » marquant la fin de l'attente. L'adaptation du « premier service » en fonction du personnel disponible est également une pratique courante permettant de « libérer » des professionnels du plan d'accès. La « pression des délais » est ressentie par les gestionnaires, mais surtout par les intervenants qui estiment être placés devant le dilemme suivant : répondre aux exigences administratives pour la reddition de comptes, « avoir un beau bulletin » ou répondre aux besoins de l'utilisateur. De leur point de vue, ce dilemme interpelle régulièrement leur éthique professionnelle. De plus, la majorité des acteurs estiment que ces pratiques ont pour effet de déplacer la liste d'attente vers les autres services requis (les deuxième et troisième services). Des problèmes d'iniquité resurgissent également entre les usagers plus jeunes et les personnes plus âgées et entre les nouveaux usagers et ceux qui sont déjà connus, c'est-à-dire « ceux qui comptent pour le plan d'accès ».

Enfin, tant en CR qu'en CSSS on souligne que les systèmes d'information ne sont pas au rendez-vous pour assurer un bon suivi des services offerts et pour répondre adéquatement à la reddition de comptes.

Section 6- Discussion

Cette section fait état des éléments qui favorisent ou, au contraire, portent atteinte à la mise en œuvre du plan d'accès pour les personnes ayant une déficience. Soulignons toutefois que le déploiement optimal du plan d'accès doit être examiné dans une perspective d'amélioration continue. En ce sens, même si la grande majorité des mécanismes et standards sont déjà en place et que de nombreux changements sont survenus au cours des trois dernières années, des travaux restent encore à effectuer et des défis à relever. La discussion est organisée selon cinq grands thèmes : la gouvernance et le soutien, les arrimages et la communication, la reddition de comptes, la collaboration entre les établissements et les innovations dans l'organisation du travail. Une synthèse des différents éléments repris sous forme d'enjeux et de pistes de réflexion clôt cette section.

La gouvernance et le soutien

Pour le Ministère

Le soutien du MSSS compte certainement parmi les éléments qui favorisent la mise en œuvre du plan d'accès. Ce soutien se traduit, entre autres, par une implication des autorités ministérielles dès le départ et en continu afin de marquer l'importance du dossier. Une équipe chargée de l'implantation et du suivi du plan d'accès est d'ailleurs rapidement mise en place afin de soutenir sa mise en œuvre dans le réseau.

Dès le début également, le plan d'accès est considéré comme un produit qui évolue dans le temps favorisant le travail en collaboration plutôt qu'une approche plus traditionnelle qui descend du sommet vers la base ou de type « *top down* ». Cette collaboration s'articule d'abord entre les membres de l'équipe d'implantation et les gestionnaires d'accès désignés par chacune des agences. Cette approche est ensuite reproduite à l'échelle régionale entre le gestionnaire d'accès de l'agence et les gestionnaires d'accès des établissements de leur territoire. La ligne de gouvernance est d'imputabilité est alors tracée : MSSS – agences – établissements.

Toutefois, le MSSS n'est pas le seul à intervenir dans la mise en œuvre du plan d'accès. D'autres acteurs, notamment les associations d'établissements, influencent également son déploiement. De la même manière, le comité national d'implantation, dont le mandat a été élargi, partage également la scène. Ceci vient parfois infléchir la ligne de gouvernance prévue au départ.

Sur le terrain, ceci se traduit par une référence plus claire à la ligne hiérarchique MSSS – agences – établissements de la part des agences et des CSSS alors qu'elle semble plus floue pour les CR. En effet, ceux-ci disent bénéficier d'un bon soutien de leur association respective, notamment dans la redéfinition des services spécialisés, ils y puisent des interprétations du plan d'accès qui peuvent diverger de celles du Ministère. Ceci donne parfois lieu à des pratiques n'allant pas toujours dans le sens de la collaboration interétablissement (p. ex. redéfinition en vase clos) et oblige certains gestionnaires d'accès régionaux à « recadrer les affaires sur le terrain » et à « repositionner » les rôles des uns et des autres.

Le MSSS soutient également la mise en œuvre du plan d'accès en déployant des stratégies concrètes en appui au travail des gestionnaires d'accès régionaux. Ainsi, des mécanismes précis de coordination, de communication et de concertation sont développés dès 2008 et surtout maintenus dans le temps (suivis statutaires, groupes de travail, forum Web). Tous ces dispositifs et particulièrement les suivis statutaires entre les membres de l'équipe d'implantation

et les gestionnaires d'accès régionaux permettent, au fil du temps, de se connaître, de partager des informations ainsi que les « bons coups » comme les moins bons dans un climat de confiance, de cheminer vers le développement d'un langage commun et une vision convergente du plan d'accès. Ces mécanismes sont jugés comme étant une bonne initiative et une « façon de faire à reproduire », le cas échéant. Plusieurs en parlent en termes de conditions gagnantes qui assurent « deux pas d'avance sur le réseau » aux gestionnaires d'accès régionaux.

Si le travail en collaboration et les mécanismes mis en place pour soutenir l'implantation sont largement appréciés, « patiner en même temps qu'on fait la glace » comprend aussi quelques inconvénients. Ainsi, tous soulignent le manque de clarté entourant plusieurs notions clés du plan d'accès. Ce qui peut donner lieu à des pratiques n'étant pas tout à fait dans l'esprit du plan d'accès et pour lesquelles il s'avère plus difficile d'apporter les correctifs nécessaires une fois qu'elles sont bien ancrées. L'opérationnalisation de la notion de « premier service » est particulièrement éloquente à ce sujet.

Dans le même sens, on estime que des travaux ministériels auraient dû être effectués sur des éléments structurants du plan d'accès avant son déploiement, par exemple, sur la « hiérarchisation des services », pour laquelle des demandes d'éclaircissement reviennent de manière récurrente au cours de la période à l'étude. Les gestionnaires d'accès régionaux évoquent ainsi les problèmes « sur le terrain » entretenus par « l'absence de position claire » de la part du Ministère sur le sujet (p. ex. variabilité dans l'offre de services d'une région à l'autre, duplication du travail, exacerbation des tensions entre première et deuxième ligne, effet d'entraînement sur d'autres dossiers).

Pour les agences

En ce qui concerne le soutien des agences, on note une certaine variabilité selon les régions à l'étude. Ainsi, dans trois des cinq régions à l'étude où l'on observe une grande concertation et beaucoup de travaux régionaux, les gestionnaires d'accès régionaux disent bénéficier d'un très bon soutien de la part des autorités de l'Agence (p. ex. équipe de direction, DOS) et affirment que le plan d'accès est un dossier important. Des cadres supérieurs sont d'ailleurs impliqués dès le départ.

Dans ces régions, les gestionnaires d'accès des agences démontrent un grand leadership de type participatif afin de soutenir l'implantation du plan d'accès. De nombreux outils (p. ex. tableaux de bord) sont développés pour faciliter le travail des gestionnaires d'accès d'établissements et des travaux sont en cours ou déjà terminés afin de développer une compréhension commune du plan d'accès. Dans ces cas, on fait état du travail en étroite collaboration entre le gestionnaire d'accès régional et le pilote de système d'information I-CLSC de même qu'avec les personnes responsables des ententes de gestion et des différents programmes-services.

Ces régions ont également développé une réelle dynamique de collaboration. Bien que les acteurs aient des intérêts organisationnels différents (les CR et les CSSS) et que tous les arrimages ne soient pas toujours optimaux, ils adhèrent au plan d'accès, participent de manière assidue aux rencontres de Table des gestionnaires d'accès et partagent le désir de contribuer au « projet commun ».

Dans les deux autres régions qui accusent un certain retard sur le plan de la concertation régionale, on souligne la timidité de l'agence à exercer son rôle d'arbitrage et son leadership insuffisant. Dans les deux cas, la nomination des gestionnaires d'accès d'établissements débute

plus tardivement que dans les autres régions évaluées. Conséquemment, la Table de concertation des gestionnaires d'accès démarre plus lentement et la participation des membres y est également moins assidue. Soulignons toutefois que l'une des régions a nettement progressé sur le plan de la concertation au cours de la dernière année.

Dans ces régions, on constate que, malgré leurs efforts, les gestionnaires d'accès régionaux ont plus de difficulté à rallier les acteurs autour d'un projet commun. Pour des raisons différentes, la mobilisation des acteurs y est plus difficile, même si tous adhèrent au plan d'accès, et moins de travaux régionaux sont entrepris. Le travail conjoint de la dyade « gestionnaire d'accès et pilote régional de système d'information » est un peu plus soutenu dans un cas, mais nettement moins présent dans l'autre. La vision globale et les liens entre le plan d'accès et le cadre normatif sont également moins appuyés.

Pour les établissements

De manière générale, le soutien des différentes directions générales et des cadres supérieurs d'établissements est plus présent et concret en CR. En CSSS, ce soutien est plus contrasté entre ceux qui bénéficient d'un bon soutien et les autres pour lesquels il semble plus modeste. Et bien que tous les acteurs rencontrés disent adhérer au plan d'accès, il s'agit souvent d'un projet d'établissement en CR alors que la vision commune est plus difficile à obtenir en CSSS.

Notons tout de même que dans le cas des CSSS, les usagers ayant une DP, une DI ou un TED représentent un petit volume comparativement au nombre de personnes desservies dans les autres programmes-services. De plus, on rapporte que la mission CH, lorsqu'elle est présente, est prépondérante dans les préoccupations de l'établissement. Toutefois, même si le plan d'accès fait peu partie de « l'écran radar » de certains CSSS, les différentes directions générales sont, dans l'ensemble, plus sensibilisées à cette « clientèle ». À l'inverse, les CR sont des établissements à mission unique qui desservent exclusivement ce type d'usagers, le plan d'accès semble d'ailleurs plus collé à leur réalité.

Ajoutons que la fonction de gestionnaire d'accès local est assurée dans tous les établissements. La personne occupant ce poste constitue un levier important pour l'amélioration de l'accès aux services pour les personnes ayant une déficience. Toutefois, son rôle semble plus clair en CR qu'en CSSS. Son implication dans l'ensemble du processus de même que le temps consacré à l'actualisation de ces tâches va également dans le même sens. Par contre, peu importe le type d'établissement, son imputabilité eu égard au plan d'accès le place parfois dans une position d'autorité par rapport à d'autres collègues de même niveau hiérarchique. Cette situation peut être jugée inconfortable si la personne qui occupe ces fonctions n'a pas l'appui de la direction de l'établissement.

Les arrimages et la communication

Même si le soutien du MSSS est largement apprécié, plusieurs commentaires recueillis vont dans le sens d'une amélioration des arrimages et de la communication.

D'abord, dans la foulée de la réforme adoptée en 2003, nous avons vu que la DI-TED et la DP, sont considérés comme deux programmes-services distincts. L'argent qui y est destiné de même que les ententes de gestion suivent la même tendance. La plupart des CSSS ont calqué leur organigramme sur les neuf programmes-services proposés par le Ministère de sorte que les programmes DI-TED et DP ne se retrouvent pas dans la même grande direction. Ceci complexifie les problèmes d'intégration à l'interne pour ce type d'établissements.

Nous avons vu également que le projet clinique et le plan d'accès fonctionnent selon deux logiques. Alors que le premier est basé sur le leadership local des CSSS et l'implication de l'ensemble des partenaires du RLS, le second mise sur le leadership régional et sur le travail de collaboration entre CSSS et CR. Ce transfert de responsabilités des CSSS vers les agences est d'ailleurs assorti d'une reddition de comptes particulière.

À l'intérieur du Ministère, la cohérence entre les « commandes » en provenance des différents programmes-services est ciblée comme un élément à améliorer. Ainsi, le travail interprogrammes avant d'acheminer les nombreuses demandes, plans d'action et autres n'est pas optimal, même si les préoccupations en ce sens sont plus présentes.

Dans la même veine, la communication des informations concernant le plan d'accès descend le plus souvent selon deux lignes parallèles. L'une visant les gestionnaires d'accès régionaux, l'autre les pilotes régionaux de systèmes d'information I-CLSC (dans le cas des CSSS). Par la suite, les informations descendent le plus souvent selon le même modèle à l'échelle locale. Dans le cas de SIPAD, tout comme pour I-CLSC, des ajustements à ce système d'information continuent d'être effectués et des difficultés d'arrimage sont également constatées. Dans les deux cas, on dira que les systèmes d'information ne sont pas complètement au rendez-vous.

Cette descente en silo des « commandes » et des informations a des conséquences directes sur l'implantation du plan d'accès et notamment sur la façon de saisir et de compiler les données surtout en CSSS, mais aussi en CR.

La reddition de comptes

Rappelons d'abord que 110 millions de dollars sont octroyés pour la mise en place du plan d'accès entre 2008 et 2011 auxquels une somme additionnelle de 8 millions de dollars non récurrents est ajoutée en 2012 afin d'améliorer le soutien aux familles et l'accès aux services spécialisés de réadaptation. Tous s'accordent pour dire que l'argent dédié au plan d'accès est « un bon coup du Ministère ». Toutefois, globalement, les 41 CR bénéficient de sommes plus importantes que les 95 CSSS, ce qui, du point de vue des acteurs, remet quelque peu en question l'intention de « mettre l'accent sur la première ligne » et donc sur le développement des services en CSSS. Notons également que dans l'ensemble, l'argent reçu sert principalement à l'embauche de personnel qui offre des services aux usagers. Toutefois, le recrutement et la rétention de la main-d'œuvre demeurent des défis pour les établissements.

L'argent dédié au plan d'accès est assorti d'une reddition de comptes jugée très serrée. Si le bien-fondé de cette dernière n'est pas remis en cause, le rythme auquel les établissements doivent y répondre est estimé comme étant trop rapide, et ce, surtout en début de processus. Le temps d'appropriation du plan d'accès est ainsi considéré insuffisant et certains acteurs se voient plutôt dans une équation « succès ou échec » (*passed or failed*) plutôt que dans un processus d'amélioration continue. De plus, devant la volonté « d'avoir un beau bulletin », certaines pratiques n'allant pas nécessairement dans l'esprit du plan d'accès s'enracinent dès le départ. Comme nous l'avons vu, les « patentes » effectuées pour répondre aux délais du « premier service » illustrent bien le phénomène.

Devant certaines insatisfactions soulevées par la reddition de comptes, des ajustements mineurs sont alors effectués. Un raffinement dans l'analyse des données est également prévu par le MSSS, ce qui permettra de nuancer les données.

La collaboration entre les établissements

Nous avons vu également que le degré de collaboration avec lequel se redéfinit la deuxième ligne avec la première ligne semble être un facteur déterminant de sa qualité.

Comme il n'existe pas de grandes orientations ou de balises concernant les offres de services en DP en DI ou en TED en provenance du MSSS, les établissements ont à redéfinir leurs frontières entre la première et la deuxième ligne. Les CR ayant amorcé le mouvement incitent en quelque sorte les CSSS à se définir. Des stratégies diverses sont alors déployées et certaines sont plus gagnantes que d'autres. La stratégie la plus prometteuse est sans doute celle qui mise sur le travail conjoint entre CR et CSSS d'une même région. Les établissements sont alors amenés à dépasser leur vision de protection de leur mission respective vers la coconstruction d'une vision basée sur un continuum de services. L'utilisateur est ainsi placé au cœur des discussions. À l'inverse, la redéfinition en « vase clos » ou en « silo », des CR par exemple, crée des tensions. Le réflexe du « c'est leur client et pas le mien » prend alors le dessus sur une démarche qui mettrait l'accent sur les besoins des usagers à des moments précis pouvant être comblés parfois en première ligne et parfois en deuxième.

Dans les régions évaluées, les CRDITED, les CRDP et les CSSS modulent leur redéfinition entre ces deux pôles et selon différentes dimensions. Mentionnons que l'offre de services des uns et des autres tend à se clarifier et que la grande majorité des CR évalués offrent de la formation pour soutenir les intervenants des CSSS. Des éléments de collaboration qui visent à améliorer la continuité des services s'implantent aussi graduellement (p. ex. intervenant pivot-réseau et PSI). Toutefois, le rôle accru des CSSS est toujours l'objet de discussions. En effet, leur capacité d'absorption et les pénuries de main-d'œuvre spécialisées viennent complexifier son actualisation.

De plus, certains éléments restent toujours à parfaire comme la réflexion autour du transfert possible des usagers et du personnel de la deuxième vers la première ligne, la formalisation des ententes, l'élaboration de projets communs, l'élaboration de trajectoires de services et surtout la gestion intégrée de l'accès.

Les innovations dans l'organisation du travail

Dans le cadre du plan d'accès, chaque établissement doit revoir le processus d'accès des demandes de services. Pour la majorité des CR, l'AÉO a fait l'objet d'une révision en profondeur et la valeur ajoutée de cette réorganisation est signalée par les acteurs. On estime également que cette révision de processus permet une plus grande fluidité dans le cheminement des demandes à l'interne.

Du côté des CSSS, pour plusieurs d'entre eux, les demandes de services continuent d'arriver par de multiples portes d'entrée et sont souvent traitées par plusieurs personnes ayant des formations diverses. Le roulement de ce personnel serait également plus important que dans les CR. Le cheminement des demandes jusqu'à l'obtention des services peut aussi être très différent selon les programmes. La combinaison de ces éléments fragilise la compréhension commune et diminue la portée du plan d'accès. De plus, que ce soit en CR ou en CSSS, l'AÉO

constitue un point névralgique et la triade composée du gestionnaire d'accès, du pilote de système d'information et des intervenants de l'accueil est primordiale pour une meilleure appropriation du plan d'accès.

Le plan d'accès convie également les établissements à réviser leurs pratiques afin de commencer les services dans des délais prescrits selon le niveau de priorité des demandes. Tant en CR qu'en CSSS, différentes stratégies sont mises en œuvre pour donner « un premier service » dans les délais requis. Dans les CR, l'arrivée du plan d'accès agit comme un catalyseur pour effectuer des changements. À un rythme différent selon les établissements, la « prise en charge mur à mur » cède le pas au travail en épisodes de service et l'approche de groupe gagne du terrain. De plus, le plan d'accès permet l'embauche de personnel et, devant la pénurie d'intervenants spécialisés, le transfert de tâches vers du personnel technique est plus présent. Ces pratiques « bousculent » les façons de faire traditionnelles, modifient le rapport aux usagers et demandent des ajustements plus importants de la part de certains intervenants.

Les CSSS instaurent également des changements, mais qui sont plus variables en nombre et en intensité selon les établissements. Le plan d'accès permet tout de même la bonification, voire même la création d'une offre de services pour les personnes ayant une déficience, surtout en DI-TED. Des équipes dédiées sont créées dans certains cas et la compréhension de la fonction de l'intervenant pivot établissement est en progression. Cependant, le plan d'accès met parfois en évidence des problèmes structurels déjà présents qu'il ne peut régler à lui seul. Par exemple, la frontière entre les programmes DI-TED et Jeunesse ou entre DP et Santé physique. Dans les meilleurs cas, on observe des rapprochements interprogrammes, mais, de manière générale, ces liens sont loin d'être optimaux. De la même manière, le développement de l'expertise et le transfert des usagers de la 2^e vers la 1^{re} ligne demeurent des enjeux cruciaux pour les CSSS.

Enfin, bien que dans l'ensemble, les CR soient plus avancés dans l'implantation du plan d'accès que les CSSS, des efforts sont partout déployés pour y arriver. Le défi consiste maintenant à la fois à implanter les mécanismes et des standards qui ne sont pas encore en action, mais surtout de s'assurer de la pérennité du plan d'accès.

Enjeux et pistes de réflexion

Bien entendu, il existe des enjeux systémiques qui vont bien au-delà ou qui débordent du cadre du plan d'accès. Pensons par exemple à la pénurie de personnel spécialisé ou encore aux besoins en termes d'hébergement. Cependant, le choix de cibler des enjeux ou de présenter des pistes de réflexion dans les limites du plan d'accès a été retenu puisqu'il permet déjà de convenir d'actions à entreprendre ou à poursuivre et ce, à court et à moyen termes.

Pour le MSSS

- Gouvernance
 - Rétération de la ligne d'imputabilité : MSSS – agence - établissements
- Soutien du plan d'accès
 - Maintien du soutien à l'implantation des mécanismes et des standards
 - Maintien des mécanismes de concertation et de communication incluant le forum Web
- Harmonisation
 - Des initiatives en cours et à venir
 - entre le plan d'accès et les autres programmes-services
 - Des termes et des contenus
 - intervenant pivot-réseau

- PSI
- De la communication
 - éviter la descente d'information en silo
- Hiérarchisation des services et balises
 - Orientations en la matière
- Raffinement dans le suivi des données
 - Suivi des autres services et le dépassement des délais (2^e et 3^e services)
- Disponibilité, accès et validité des données
 - Systèmes d'information I-CLSC et SIPAD

Pour les agences

- Maintien ou renforcement du soutien de l'agence
 - Capacité à jouer son rôle d'arbitrage
 - Soutien au gestionnaire d'accès régional
 - accent mis sur la mobilisation des acteurs et les travaux régionaux
 - Renforcement de la dyade : gestionnaire d'accès et pilote régional d'information I-CLSC
 - Renforcement du travail de collaboration entre le gestionnaire d'accès régional et les professionnels impliqués dans les autres programmes-services (p. ex. jeunesse, PPALV) et ceux relevant des ententes de gestion et des finances
 - Travail sur la gestion intégrée de l'accès

Pour les CR et les CSSS à l'intérieur de leurs établissements

- Imputabilité du gestionnaire d'accès face aux autres gestionnaires
 - Soutien de la direction générale
- Changement de vision : de « premier service » à début des services
 - Début du plan d'intervention
- Harmonisation des façons de faire entre les programmes pour le début des services (p. ex. différences entre programmes enfants et adultes)
- Optimisation de l'utilisation et du partage de personnel entre les programmes
- Amélioration de la gestion centralisée de la liste d'attente

Pour les CR de manière plus spécifique

- Clarification des critères d'admissibilité
 - Documents exigés pour l'analyse de la demande
 - Attention particulière aux demandes refusées
- Maintien du travail de collaboration entre gestionnaire d'accès, pilote d'information SIPAD et intervenants à l'accueil
- Poursuite ou développement de nouvelles pratiques et projets novateurs
 - L'approche de groupe
 - L'épisode de service et le bloc thérapie

Pour les CSSS de manière plus spécifique

- Maintien ou renforcement de l'importance de la « clientèle » DP, DI-TED au sein de l'établissement malgré le petit nombre
 - Soutien de la direction générale et du CA

- Accent mis sur une véritable révision de l'AÉO (éviter les multiples portes d'entrée et faciliter le cheminement des demandes)
- Renforcement de la triade gestionnaire d'accès - pilote d'information I-CLSC - intervenants à l'accueil
 - Intensification des canaux de communication entre ces trois types d'acteurs
 - Travail en continu avec le personnel de l'accueil
- Développement de nouvelles pratiques
 - Équipes dédiées

Certains enjeux et pistes de réflexion nécessitent à divers degrés une implication du Ministère, des agences et des établissements. C'est le cas notamment des défis à relever en matière de collaboration entre les CR et les CSSS dans la poursuite de l'implantation du plan d'accès.

Pour le travail de collaboration entre les CR et les CSSS

- Poursuite des travaux concernant les projets cliniques, le cas échéant, et arrimage avec le plan d'accès
- Changement de vision des acteurs : d'une vision établissement vers une vision de continuum de services
 - Conciliation des intérêts divergents (protection des missions première ligne, deuxième ligne) dans la construction d'une vision commune
- Renforcement du travail de collaboration entre CR et CSSS à deux niveaux : entre gestionnaires et entre intervenants
 - Redéfinition de la première et de la deuxième ligne (éviter la redéfinition en silo, précision de l'offre de services surtout en DI)
 - Transfert de services selon les profils d'utilisateurs
 - Transfert de budget
 - Partage de la main-d'œuvre
 - Formation
- Clarification de la notion d'épisode de service
 - Quand commence-t-il, quand se termine-t-il?
- Précision du rôle d'intervenant pivot-réseau
- Élaboration, développement d'une compréhension commune et application du PSI
- Formalisation de la collaboration
 - Élaboration d'ententes incluant des mécanismes de suivi
- Développement ou renforcement de la collaboration avec d'autres partenaires du RLS
 - Le réseau communautaire, réseau scolaire, CPE, etc.

Conclusion

En juin 2008, le Ministère lance un plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience. Le document s'inscrit à la suite d'une série de politiques, d'orientations et de plans d'action en DP, en DI ou en TED rédigés à partir des années 2000 et s'inspire également des travaux entourant l'adoption d'un projet de loi visant à garantir l'accès aux services médicaux spécialisés et surspécialisés. Afin d'atteindre les objectifs liés à l'accès aux services dans des délais raisonnables, à l'optimisation et l'harmonisation des processus, à la gestion de l'accès et à l'organisation des services, des mécanismes et des standards d'accès et de continuité sont proposés et font l'objet d'une reddition de comptes. Des conditions essentielles à l'implantation sont aussi retenues.

Après trois ans de déploiement, l'évaluation du plan d'accès montre que beaucoup de chemin a été parcouru. Ainsi, même si le degré d'appropriation et les travaux liés à son implantation varient en ampleur et en intensité selon le type d'établissement (CR ou CSSS) et selon les régions, il demeure que les efforts constants fournis par les acteurs témoignent de leur adhésion aux objectifs poursuivis par le plan d'accès et surtout attestent leur volonté de continuer.

L'évaluation met également en lumière l'importance du travail de collaboration à chacun des paliers de gouvernance (local, régional, national) et entre les paliers. À l'échelle des établissements, c'est la triade composée du gestionnaire d'accès, du pilote d'information et du personnel de l'accueil qui est ciblée, le soutien de la direction étant essentiel. À l'échelle régionale, c'est le travail en tandem du gestionnaire d'accès régional et du pilote de système d'information qui est particulièrement porteur. À son tour, c'est le grand leadership de l'Agence dans la dynamique régionale qui fait partie des conditions favorables à la redéfinition harmonieuse des mandats et des rôles entre CR et CSSS. Le développement d'une vision régionale commune entre CR et CSSS est également un gage de succès pour l'amélioration de l'accès et la continuité des services aux usagers. À l'échelle du Ministère, les efforts d'arrimage à l'interne afin d'éviter la descente en silo d'information et de commandes et le maintien des mécanismes de communication avec les agences favorisent très certainement le déploiement et la cohérence dans le suivi du plan d'accès.

Enfin, dans le but de mieux cibler les travaux à poursuivre dans le cadre du plan d'accès, des *Perspectives stratégiques 2011-2015* ont été adoptées par le comité national d'implantation du plan d'accès. Les travaux abordent des thèmes qui ont un impact sur le déploiement du plan d'accès : le volet résidentiel, l'accroissement de la prévalence des TED, l'impact du vieillissement de la clientèle sur les services en CR, les services subséquents au premier service et la cohorte du niveau de priorité modéré, ainsi qu'une démarche d'appréciation de la performance des programmes en DP et en DI-TED. En vue de respecter la planification stratégique, le Ministère a demandé aux agences de réaliser une planification détaillée jusqu'en 2015, incluant un bilan annuel. Ce nouveau PRAAC permettra d'assurer la mise en œuvre des différentes composantes du plan d'accès tant pour les standards d'accès et de continuité que pour les différents mécanismes d'accès.

Références

ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC (ACJQ), ASSOCIATION DES ÉTABLISSEMENTS DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE PHYSIQUE DU QUÉBEC (AERDPQ), FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE PHYSIQUE (FQCRDI), et FÉDÉRATION DES CENTRES DE RÉADAPTATION POUR LES PERSONNES ALCOOLIQUES ET AUTRES TOXICOMANES (FQCRPAT), 2006. *Mémoire sur le document de consultation – Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité*, présenté à la Commission des affaires sociales.

BARDIN, L., 1993. *L'analyse de contenu*. Paris, Presses universitaires de France.

BOUCHER, N., FOUGEYROLLAS, P., LEVESQUE, P. et K. ROY, 2005. *Les délais d'attente et leur impact en matière de réadaptation spécialisée. Les résultats de la recension des écrits*. Québec, IRDPQ-CIRRIIS.

BROUSSELLE, A., CHAMPAGNE, F., CONTANDRIOPOULOS, A-P. et Z. HARTZ, 2009. *L'évaluation : concepts et méthodes*, Québec, Les presses de l'Université de Montréal.

CHAMPAGNE, F., CONTANDRIOPOULOS, A.-P, BROUSSELLE, A., HARTZ, Z., DENIS, J-L, 2009. « L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes » dans *L'évaluation : concepts et méthodes*, Québec, Les presses de l'Université de Montréal, pp. 35-56.

CHAMPAGNE, F., BROUSSELLE, A., HARTZ, Z., CONTANDRIOPOULOS, A.-P, DENIS, J.-L., 2009. « L'analyse de l'implantation » dans *L'évaluation : concepts et méthodes*, Québec, Les presses de l'Université de Montréal, pp. 225-248.

COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE, *La santé des canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral*, t. 6 : Recommandations en vue d'une réforme, [En ligne], 2002. [www.parl.gc.ca/37/2/parlbus/commbus/senate/...e/.../repoc02vol6-e.htm] (19 janvier 2010).

COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (COMMISSION CLAIR), 2000, Rapport et recommandations. Les solutions émergentes. Gouvernement du Québec.

COMMISSION SUR L'AVENIR DES SOINS DE SANTÉ AU CANADA, Guidé par nos valeurs. L'avenir des soins de santé au Canada, [En ligne], 2002 (Commission Romanow). [www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/com/fed/romanow/index-fra.php] (19 janvier 2010).

CÔTÉ, G., LANCTÔT, C. et S. RHEAULT, 2010. *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

D'AMOUR, D., et COLL., 2003. *Étude comparée de la collaboration interorganisationnelle et de ses effets : le cas des services en périnatalité*, Montréal, GRIS, en collaboration avec le centre FERASI, R03-07.

GIDDEN, A., 1987. *La constitution de la société*, Paris, Presses universitaires de France.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC, 2006. *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité*, Document de consultation, Québec.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS), 2009. L'accès aux soins : un sujet complexe, dans *Les soins de santé au Canada – revue de la dernière décennie*, chapitre 4. pp. 67-81.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2004a , *L'intégration des services de santé et de services sociaux. Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale des services sociaux. p.12.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2004b, *Projet clinique – Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux – Résumé*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2005. *Plan d'action en santé mentale. La force des liens*, Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2005. *Unis dans l'action. Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011*, Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2008. *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience. Afin de faire mieux ensemble*. Québec.

MOUVEMENT PHAS, 2011. *Rapport d'appréciation du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience*, remis au Protecteur du citoyen.

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC, 2006. *Mémoire sur le document de consultation - Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité*, présenté à la Commission des affaires sociales.

PROTECTEUR DU CITOYEN, 2011a. *Le rapport annuel d'activités 2010-2011*. Assemblée nationale du Québec.

PROTECTEUR DU CITOYEN, 2011b. *La proactivité dans la prévention des préjudices, levier de la performance*. Observatoire international de la santé et des services sociaux. Présentation, 2 dec. 2011, Québec.

POTVIN, N., 2009. *Les services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement, à leurs familles et à leurs proches. Bilan de la mise en œuvre 2005-2007 du plan d'action Un geste porteur d'avenir*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de l'évaluation.

PRÉMONT, M.-H., 2006. « La garantie d'accès aux services de santé : analyse de la proposition québécoise ». *Les Cahiers de droit* 539, vol. 47, n° 3 : 559-560.

TROTTIER, L.-H.; CONTANDRIOPOULOS, A.-P. et M.-A, FOURNIER, 2008. « La gestion des listes d'attente au Québec » dans *Le privé dans la santé – le Discours et les faits*, sous la direction de François Béland, André-Pierre Contandriopoulos, Amélie Quesnel-Vallée et Lionel Robert. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, p. 342-366.

WILLCOX, S., SEDDON, M., DUNN, S., EDWARD, R.T, PEARSE J et J. V. TU, 2007. "Health Tracking Marketwatch Measuring and Reducing Waiting Times: A Cross-National Comparison Of Strategies" dans *Health Affairs*, 26, n° 4 : 1078-1087.

WORD, J., C. STREAM et K. LUKASIAK. 2011, What Cannot Be Couunted :Ethics, Innovation, and Evaluation in the Delivery of Public Services, *The Public Sector Innovation Journal*, vol.16, no.2, article : 2. : 2-17.

YIN, R.K, 1994, *Case study research. Design and methods*, second edition. London: Sage publications.

Annexe 1 - Engagement de confidentialité

Québec, le X 2010

Monsieur X
Directeur général
Centre de santé et de services sociaux X
Adresse

OBJET : Évaluation du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience – Afin d'agir ensemble : engagement de confidentialité

Monsieur,

Par la présente, les membres de l'équipe d'évaluation du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience (Plan d'accès) vous assurent que l'identité de votre établissement demeurera confidentielle. Les données recueillies lors de la présente évaluation seront utilisées uniquement par les membres de cette équipe. Seuls les résultats agrégés seront diffusés et aucune donnée présentée ne permettra d'associer celle-ci à une personne à l'emploi dans votre organisation, l'anonymat des personnes rencontrées sera ainsi assuré. Cet engagement s'applique également aux établissements et organisations partenaires du RLS X.

Si vous désirez des informations supplémentaires concernant cette étude, les responsables sont Ginette Côté (418 266-8788) et Christine Lanctôt (418 266-4561).

Nous vous remercions vivement pour votre contribution au succès de ces travaux.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur, nos salutations distinguées.

Ginette Côté, coresponsable

Christine Lanctôt, coresponsable

Annexe 2- Cahier d'accompagnement - Table des matières

Fiches descriptives et dates de dépôt

Section 1- Informations de base

- 1.1- Calendrier 2008-2009 (agences établissements) 8 oct. 2009
- 1.2- Forum Web des agences 13 juin 2008
- 1.3 Rencontres statutaires 13 juin 2008
- 1.4 Tableau de bord 14 sept. 2009
- 1.5 Mandat du comité national d'implantation 13 juin 2008

Section 2- Éléments de suivi et de reddition de comptes

- 2.1 Liste d'attente en date du 8 novembre 2008 (1^{re} partie du plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité 16 oct. 2008

Section 3- Implantation

- 3.0 Implantation 19 décembre 2008
- 3.1 Implantation – gestionnaires d'accès 24 mars 2009
- 3.2 L'évaluation des processus d'accès aux établissements (mécanismes d'accès) 24 mars 2009
 - 3.2.1 mesures supplétives 24 septembre 2009
 - 3.2.2 mesures supplétives-recours au secteur privé - balises légales et administratives 23 novembre 2010
- 3.3 Standards d'accès 3 mai 2011
 - 3.3.1 mesures d'appoint 15 avril 2009 (collabo. agences -3 asso.)
 - 3.3.2 réponse à l'usager 1er mars 2011 (collabo agences- 3 asso.)
- 3.4 La gestion centralisée et standardisée des listes d'attente / gestion intégrée de l'accès (plan régional) 19 décembre 2008
 - 3.4.1 La gestion intégrée des services 12 avril 2011 (collabo. Agences 3 asso.)
- 3.5 Standards de continuité 16 décembre 2008
 - 3.5.1 fonction intervenant pivot du réseau 31 mars 2010
- 3.6 Niveaux de priorité 1er décembre 2009 (groupe de travail *ad hoc*)

Section 4- Groupes de travail *ad hoc*

- 4.0 Groupes de travail *ad hoc* 27 novembre 2008
- 4.1 Groupe de travail *ad hoc* niveaux de priorité 27 novembre 2008

Section 5 -Terminologie

- 5.1 Terminologie : en présence de la personne 22 février 2010
- 5.2 Terminologie : notion de premier service 6 juin 2011

Annexe 3- Taux de respect des standards d'accès

Les tableaux suivants illustrent le taux de respect des standards d'accès en CSSS et en CR, par type de déficience et selon les niveaux de priorité, au 31 mars 2011.

Taux de respect des standards d'accès en CSSS au 31 mars 2011

Priorité	2009-2010		2010-2011		Cible
	CSSS DP	CSSS DI-TED	CSSS DP	CSSS DI-TED	
Toutes priorités, tous âges	53,3	30,7	67,1	47,7	90 %
Priorité urgent, tous âges	42,3	15,1	58,7	25,0	90 %
Priorité élevé, tous âges	61,3	37,2	69,6	51,9	90 %
Priorité modéré, tous âges	Les résultats pour ce niveau de priorité seront évalués en mars 2012				

Source de données : GESTRED 2011/06/22

Taux de respect des standards d'accès en CR au 31 mars 2011

Priorité	2009-2010		2010-2011		Cible
	CRDP	CRDI	CRDP	CRDI	
Toutes priorités, tous âges	73,4	53,2	81,8	56,1	90 %
Priorité urgent, tous âges	59,7	71,4	61,9	23,7 *	90 %
Priorité élevé, tous âges	74,2	52,6	80,5	53,7	90 %
Priorité modéré, tous âges	Les résultats pour ce niveau de priorité seront évalués en mars 2012				

Source de données : GESTRED 2011/06/22

* On dénote en 2010-2011, une diminution du taux de respect pour les demandes de priorité « urgente » en CRDI. Cette différence est tributaire, notamment, du faible volume de demandes urgentes dans les établissements. Ce nombre, exprimé en pourcentage (taux de respect), donne des résultats très élevés ou très faibles. Par exemple, une demande sur trois qui a été répondue dans les délais donne un résultat de 33,3 %. Soulignons également que ces données seront éventuellement nuancées par le nombre de jours de dépassement des délais. Par exemple, une demande peut être « hors délais », mais avoir été répondue en quatre jours.

Annexe 4- Analyse des PRAAC 2010-2011

Bilan PRAAC 31 mars 2011							
	Mécanismes d'accès						
	Gestionnaire d'accès	Évaluation et amélioration des processus d'accès	Modalités d'accès	Trajectoires de service	Mesures supplétives	Gestion centralisée	Gestion intégrée
Retard	2 régions	7 régions	3 régions			3 régions	7 régions
Amorcé				6 régions	2 régions	1 région	9 régions
En cours			6 régions	8 régions	3 régions	4 régions	
Réalisé	14 régions	9 régions	7 régions	2 régions	11 régions	8 régions	

Au moment de la publication du rapport, les données ont été validées pour les 16 régions lors de la

Bilan PRAAC 31 mars 2011					
	Standards d'accès et de continuité				
	Processus du respect des délais	Mesures d'appoint	Réponse à la personne	Intervenants pivot-réseau	PSI
Retard	9 régions		7 régions	1 région	
Amorcé		4 régions		3 régions	7 régions
En cours		3 régions		9 régions	6 régions
Réalisé	7 régions	9 régions	9 régions	3 régions	3 régions

tourné
e de la
DPAD
à
l'hiver
2012.

Annexe 5- Cheminement de la demande de services : quelques exemples

Fluidité : CSSS-Ab

De manière schématique, le CSSS :

- 2 accueils : 0 -100 ans et soutien à domicile;
- DI - DP - TED passent par le soutien à domicile;
- Une intervenante psychosociale reçoit les demandes;
- Rencontre en personne ou téléphonique avec l'utilisateur;
- Évaluation des besoins;
- Acceptation de la demande;
- Priorisation de la demande à l'accueil (intervenantes sociales);
- En cas de doute, validation avec l'intervenante pivot;
- Demande référée au programme;
- Pas une équipe dédiée, mais intervenante pivot + un psychoéducateur;
- 2 listes d'attente, mais centralisées aux archives : nouveaux cas et cas connus;
- Le gestionnaire d'accès supervise la liste d'attente;
- 1^{er} service : on adapte le 1^{er} service en fonction des ressources disponibles;
- La lettre est envoyée à tous les usagers peu importe le niveau de priorité;
- La lettre est signée par la gestionnaire d'accès.

Complexité : CSSS (N)

De manière schématique, le CSSS :

- Fonctionne comme avant la fusion qui n'est pas terminée;
- L'accueil est centralisé en santé, mais pas en psychosocial;
- Il y a des accueils différents selon les anciens CLSC + 1 accueil pour les partenaires privilégiés (hôpital, CR);
- Chacun des anciens CLSC a des pratiques particulières (le compteur part à différents moments) donc multiples cheminements (peut être en attente dans 2 CLSC);
- Une vingtaine de personnes peuvent théoriquement accueillir la demande et en coter le niveau de priorité;
- Ensuite, la demande est acheminée à la coordination clinique de chacun des programmes où il peut y avoir une repriorisation des demandes;
- La demande est ensuite assignée;
- Équipe dédiée en psychosocial uniquement;
- Le début des services est souvent assuré par une intervenante sociale;
- En dehors du niveau urgent, le respect des délais est difficilement, voire rarement atteint;
- Il existe deux listes d'attente une en DI-DP-TED et une PALV-santé physique qui sont séparées par anciens sites de CLSC et ensuite par clientèle enfant/adulte et par profession;
- Il n'y a pas de gestion centralisée des listes d'attente;
- La lettre n'est pas envoyée aux usagers.

CRDP (U) fluidité, mais complexité pour le 1er service (# entre enfant (DE) et adulte (DA))

De manière schématique, le CRDP :

- Est en révision de ses critères d'admissibilité;
- AÉO centralisé;
- Réception de la demande par une technicienne;
- La technicienne l'envoie à l'intervenant AÉO qui en fait l'analyse et l'orientation (+ niveau de priorité);
- 2^e accueil dans chacun des programmes (repriorisation);
- Pour DE, l'ARH fait une entrevue d'accueil avec les parents (1^{er} service, pas de réadaptation);
- Pour adulte (1^{er} service, réadaptation);
- Les listes d'attente sont gérées par les chefs de programme et le gestionnaire d'accès suit la liste d'attente de près.
- La lettre est envoyée à tous les usagers.

CRDP (Q) = fluidité

De manière schématique :

- L'accueil est centralisé;
- Les agentes administratives reçoivent les demandes, les complètent, les envoient à l'archiviste médicale;
- L'archiviste médicale procède à l'analyse et à l'étude de l'admissibilité et il ou elle code le niveau de priorité;
- Si le rapport est incomplet, la demande refusée;
- Si rapport complet, le délai de 7 jours et moins est respecté;
- Le dossier est ouvert;
- L'utilisateur est inscrit dans le système d'information;
- Le dossier s'en va au point de service et à l'équipe du programme correspondant;
- Les coordonnateurs cliniques gèrent les listes d'attente (mais la gestion est centralisée);
- Il y a parfois repriorisation;
- Il y a deux listes d'attente dans chacun des programmes (enfant et adulte);
- Ce sont les travailleurs sociaux qui font l'entrevue d'accueil à domicile;
- Le premier service dans un programme en particulier est souvent fait en intervention de groupe avec des éducateurs spécialisés;
- La lettre est acheminée aux usagers.

CRDI (56) = Fluidité

De manière schématique, CRDI :

Accueil centralisé;

L'agente de gestion reçoit la demande;

Si urgent, elle l'envoie au gestionnaire d'accès directement afin d'y répondre dans 72 heures;

Sinon, une fois complétée (tous les documents en main), la demande est acheminée aux ARH qui font l'évaluation dans le délai de 7 jours (entrevue téléphonique) et codent le niveau de priorité;

Le niveau de priorité élevé doit être approuvé par le gestionnaire d'accès;

Par la suite, le niveau de priorité est entré dans le système par l'agente administrative;

Le dossier est alors acheminé au point de service concerné aux coordonnateurs cliniques;

L'utilisateur aura son plan de service dans les 30 jours;

Il sera mis en liste d'attente pour les autres services;

Il y a également une liste d'attente par programme gérée par chaque chef de service (hébergement, intégration au travail, etc.);

Le gestionnaire d'accès et un membre de la haute direction font un suivi serré de la liste d'attente;

Le 1^{er} service est un service d'adaptation-réadaptation réadaptation;

La lettre est acheminée aux usagers.

ion accessibilité
qualité continuité
concertation mobilisation
obilisation continuité
lité concertation

Santé
et Services sociaux

Québec 