

**aqesss**

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE  
D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ  
ET DE SERVICES SOCIAUX

**PISTES D'ACTION POUR AMÉLIORER LA PERFORMANCE  
DES CSSS EN MATIÈRE DE SERVICES AUX JEUNES  
EN DIFFICULTÉ ET À LEUR FAMILLE**

Janvier 2012

***Édition***

Rédaction : Monick Coupal, conseillère en organisation des services

Mise en page : Julie St-Amant

***Distribution***

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux

Direction de l'organisation des services, des affaires médicales et universitaires

505, boul. De Maisonneuve Ouest, bureau 400

Montréal (Québec) H3A 3C2

Téléphone : 514 842-4861

Site Internet : [www.aqesss.qc.ca](http://www.aqesss.qc.ca)

© Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux

Dépôt légal – 1<sup>er</sup> trimestre 2012

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives Canada

ISBN : 978-2-89636-139-7

Ce document est disponible gratuitement sur le site [www.aqesss.qc.ca](http://www.aqesss.qc.ca)

La reproduction d'extraits est autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source. Toute reproduction doit être fidèle au texte utilisé.

# PRÉAMBULE

En 2008 le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) diffusait les *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience - Programme-services Jeunes en difficulté - Offre de service 2007-2012*. Les centres de santé et de services sociaux (CSSS) y sont interpellés pour offrir plusieurs services aux jeunes en difficulté et à leur famille en rencontrant certains standards.

Les CSSS sont soucieux d'offrir des services de qualité, accessibles, efficaces, et cela, de façon efficiente. La recherche de performance dans le domaine des services aux jeunes et aux familles est de plus en plus présente chez les gestionnaires. Cette performance ne se réduit pas aux seuls indices de productivité; elle inclut aussi des éléments favorisant un processus clinique de qualité. Dans ses travaux d'évaluation de la performance des établissements membres entrepris en 2007, l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) a retenu la définition de la performance développée par des chercheurs de l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal. Cette définition, inspirée du modèle EGIPSS<sup>1</sup> et également retenue par le Commissaire à la santé et au bien-être, peut se résumer comme étant « la capacité d'une organisation ou d'un programme à atteindre ses buts, à s'adapter à son environnement, à produire des services de qualité avec productivité et à maintenir des valeurs communes<sup>2</sup>. »

Au cours des dernières années, plusieurs CSSS ont de leur propre chef enclenché ou réalisé des analyses de performance de leurs services spécifiques aux enfants, aux jeunes en difficulté et à leur famille ainsi que des démarches d'amélioration de cette performance. Ces initiatives font la démonstration de la préoccupation des CSSS d'améliorer leur performance et nous indiquent que des efforts sont toujours nécessaires pour la maintenir ou l'améliorer.

---

<sup>1</sup> Évaluation Globale et Intégrée de la Performance des Systèmes de Santé (EGIPSS).

<sup>2</sup> Définition inspirée du modèle EGIPSS dans le *Rapport d'évaluation globale et intégrée de la performance 2011 - CSSS - Données 2008-2009*, AQESSS – IRSPUM, page 8.



# TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION .....	1
ÉLÉMENTS DE CONTEXTE .....	3
Un appel à la performance du réseau de la santé et des services sociaux .....	3
Projet d'expérimentation d'une nouvelle méthodologie d'analyse de la performance du continuum du programme Jeunes en difficulté. ....	3
Profil de la clientèle jeunesse et offre de service des CSSS.....	4
Démarche en cours pour bonifier les indicateurs en JED.....	4
Besoin de balises cliniques partagées .....	5
DÉMARCHE .....	7
POINTS CONVERGENTS DES RAPPORTS CONSULTÉS .....	9
Accessibilité aux services.....	9
Accueil, analyse, orientation et accès aux services.....	9
Gestion de la liste d'attente pour un premier service du programme JED.....	11
Durée d'un épisode de services.....	11
Continuité des services.....	12
La coordination interne entre les programmes et services .....	12
La collaboration externe.....	13
La stabilité des ressources humaines .....	13
Efficacité et efficience des services .....	14
La charge de travail .....	14
La charge de cas.....	15
La saisie des données .....	18
Qualité des services.....	19
Balises cliniques et normes de pratique.....	19
Création d'un comité de performance clinique .....	20
QUELQUES CONSTATS ET ENJEUX.....	21
Les services aux jeunes et aux familles : des services offerts à travers plusieurs programmes du CSSS	21
Cadre normatif et système d'information I-CLSC.....	22
Donner les moyens aux gestionnaires de « monitorer » les services .....	22
La question de l'usager : jeune, fratrie, parents, famille.....	23
La documentation de la liste d'attente .....	24
Manuel de gestion financière et culture de performance .....	25
Indicateurs et évaluation de résultats.....	26

CONCLUSION .....	27
BIBLIOGRAPHIE ET RÉFÉRENCES.....	29
ANNEXE - POINTS CONVERGENTS DES RAPPORTS CONSULTÉS PAR DIMENSION .....	33

## INTRODUCTION

Le présent document vise à faire la synthèse des faits saillants se dégageant d'une dizaine d'études de performance et de rapports réalisés par des CSSS. Ce document se veut un soutien, un facilitateur à l'intention des gestionnaires de CSSS soucieux d'améliorer la performance générale des services offerts dans le cadre du programme-services Jeunes en difficulté. Il s'adresse donc principalement aux directions générales, aux directions des services multidisciplinaires, aux directions et cadres intermédiaires du programme Jeunes en difficulté des CSSS.

Les éléments colligés se réfèrent principalement à des ratios et à des normes en matière de charge de cas, de durée et d'intensité des interventions auprès des jeunes et des familles, à des modalités de supervision et d'encadrement clinique jugées « performantes » ainsi qu'à des façons de faire en ce qui concerne les services psychosociaux aux jeunes en difficulté et à leur famille. Le document, qui se veut simple et utile, n'a pas la prétention de mettre de l'avant de nouvelles orientations, voire de nouvelles normes ou de nouveaux indicateurs. Il ne s'agit ni d'un cadre de référence, ni d'une revue de littérature sur les pratiques probantes.

Par cette revue des principales recommandations issues d'études et de démarches de performance réalisées en CSSS au cours des dernières années, l'AQESSS compte encourager l'adoption de balises communes et inciter les CSSS à optimiser leurs ressources actuelles.

**La première partie** du document brosse un portrait du contexte dans lequel s'est inscrite la démarche de l'AQESSS.

**La deuxième partie** rappelle les étapes réalisées pour arriver au présent document.

**La troisième partie** est la partie principale du document. Y sont colligés les points convergents des divers rapports consultés en lien avec l'amélioration de la performance (un tableau synthèse se trouve en annexe du document).

Finalement, **la quatrième partie** aborde plus spécifiquement certains constats, enjeux et réflexions du groupe de travail en lien avec l'amélioration de la performance des services aux jeunes en difficulté.



## ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

### **Un appel à la performance du réseau de la santé et des services sociaux**

Dans le contexte de restrictions des finances publiques des dernières années, le réseau de la santé et des services sociaux est appelé à optimiser son offre de service et à toujours travailler à améliorer sa performance. Les énergies ont, à ce jour, principalement été mises sur l'amélioration de la performance des services en centres hospitaliers, les programmes de santé physique particulièrement, ainsi que sur les services préhospitaliers incluant bien entendu les urgences. Depuis peu, les services dits « psychosociaux » offerts par les CSSS font l'objet de réelles études de performance. Les services généraux psychosociaux, les services aux jeunes en difficulté et aux familles doivent, au même titre que les services de santé physique ou que les services de santé mentale, être offerts de façon optimale à la population du Québec. Plusieurs initiatives nationales et régionales témoignent actuellement de cette préoccupation tel que présenté ci-après.

### **Projet d'expérimentation d'une nouvelle méthodologie d'analyse de la performance du continuum du programme Jeunes en difficulté**

Au cours des deux dernières années, le Centre jeunesse des Laurentides et celui de Lanaudière ont réalisé un projet visant à développer une nouvelle méthode d'analyse de la performance en centre jeunesse. Le projet ayant donné des résultats très intéressants, il a été décidé par le MSSS d'élargir le terrain d'expérimentation à tout le continuum du programme Jeunes en difficulté. Ainsi, les deux CSSS de la région de Lanaudière et deux CSSS des Laurentides<sup>3</sup> sont maintenant impliqués dans la phase II du projet enclenchée au printemps 2011. Cette deuxième phase poursuivra le développement et l'expérimentation d'une méthode d'analyse de la performance principalement basée sur des principes d'évaluation de programmes et sur la notion de coût par épisode de services du programme Jeunes en difficulté. La notion de trajectoire de services entre la première et la deuxième ligne en jeunesse est au cœur de la méthode d'analyse de la performance utilisée et explorée. L'AQESSS, qui fait partie du comité de pilotage<sup>4</sup>, suit avec grand intérêt ces travaux afin de faire bénéficier l'ensemble des CSSS des résultats qui seront disponibles à la fin de 2012.

---

<sup>3</sup> Le CSSS de Thérèse-De-Blainville et le CSSS de Saint-Jérôme.

<sup>4</sup> La firme Raymond, Chabot, Grant, Thornton assume le soutien méthodologique de ce projet parrainé par le MSSS.

## Profil de la clientèle jeunesse et offre de service des CSSS

Dans la foulée de la révision de la LPJ en 2006-2007, un constat était fait par les gestionnaires et intervenants ainsi que par des chercheurs<sup>5</sup> à l'effet que le profil clinique d'une partie de la clientèle jeunesse suivie en première ligne tendait à se rapprocher de celui des jeunes et des familles pris en charge par les centres jeunesse. De ce fait, l'AQESSS a enclenché une réflexion et produit un document pour aller plus loin dans la définition de l'offre de service des CSSS aux jeunes en difficulté et à leur famille, et des caractéristiques des clientèles à desservir. Ce document de l'AQESSS, qui s'inscrit en harmonie avec les orientations du MSSS, a été diffusé en mai 2011<sup>6</sup>. Tous les CSSS ne sont actuellement pas en mesure d'offrir l'ensemble des services de cette offre optimale. Pour que la première ligne puisse jouer pleinement son rôle, c'est l'ensemble des services requis qui devrait pouvoir être rendu avec l'intensité nécessaire par un nombre suffisant de ressources qualifiées. Ces travaux mettent également en lumière le fait que l'encadrement clinique et administratif devrait être assuré.

## Démarche en cours pour bonifier les indicateurs en JED

Les indicateurs disponibles et utilisés pour rendre compte des services donnés en première ligne par les CSSS ne permettent actuellement qu'un suivi partiel de la performance<sup>7</sup>. En effet, au cours des dernières années, on ne retrouvait que des indicateurs de volume. Il n'est donc pas possible pour les CSSS de mettre en évidence, à partir des ententes de gestion, tous les services offerts et, par le fait même, de rendre compte de la performance globale du programme Jeunes en difficulté.

En juin 2009, conscient de la nécessité de bonifier les indicateurs, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) formait un comité dont le mandat était de le conseiller dans la détermination de nouveaux indicateurs qui lui permettraient de faire une évaluation de la performance et une reddition de comptes adéquate en termes d'accessibilité, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience du programme JED. Ce comité est formé de représentants de centres jeunesse, de CSSS, d'agences régionales de santé et de services sociaux, du MSSS, ainsi que de l'AQESSS qui s'inscrit dans cette démarche depuis ses débuts.

---

<sup>5</sup> Chamberland, Claire et autres. *Caractéristiques des enfants et des familles recevant des services de prévention et de protection*, Montréal, communication faite lors du congrès de l'ACJQ, octobre 2010.

<sup>6</sup> AQESSS. *Offre de service des CSSS aux jeunes en difficulté et à leur famille*, mai 2011.

<sup>7</sup> Entente de gestion 2011-2012 :

Fiche 1.6.10 : Pourcentage de territoires locaux où un programme d'intervention en négligence reconnu efficace est offert

Fiche 1.6.11 : Pourcentage de territoires locaux où un programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu reconnu est offert

Fiche 1.6.14 : Taux de signalement suivant la fin de l'application des mesures en protection de la jeunesse

## **Besoin de balises cliniques partagées**

Fait aussi partie du contexte actuel le fait qu'il existe peu de balises cliniques et de normes administratives partagées par l'ensemble des gestionnaires de CSSS, que ce soit en termes de charges de cas par intervenant, de nombre moyen d'interventions psychosociales à réaliser par type de clientèle, d'intensité d'encadrement clinique à assurer, de durée des suivis, etc. La mise en place de telles balises et normes connues, comprises et recherchées par tous, est pourtant essentielle pour tendre vers une offre optimale de service aux jeunes en difficulté et à leur famille dans tous les CSSS. Plusieurs gestionnaires jeunesse en CSSS ont exprimé, au cours des dernières années, la nécessité de convenir ensemble de telles balises.

Voilà donc, en bref, les principaux éléments du contexte ayant incité le Comité de coordination stratégique « Jeunes en difficulté » de l'AQESSS<sup>8</sup> à amorcer la démarche ayant mené à la réalisation du présent document.

---

<sup>8</sup> Comité de coordination stratégique JED AQESSS -2010 : Réal Lizotte, CSSS de la Montagne; Christiane Goyette, CSSS du Grand Littoral; Diane Filiatrault, CSSS de Laval; Claude Marchand, CSSS-IUG de Sherbrooke; Natalie Petitclerc, CSSS de Québec-Nord; Julie Vaillancourt, CSSS du Sud de Lanaudière; Normand Ricard, CSSS du Suroît; Monick Coupal, AQESSS.



## DÉMARCHE

À l'automne 2010, l'AQESSS interpellait ses membres avec un sondage de trois questions pour connaître l'état de la situation en termes de réalisations d'analyses et de démarches d'amélioration de la performance des services aux jeunes en difficulté.

- Soixante (60) établissements de toutes les régions ont répondu à cette collecte d'information.
- De ce nombre, plus de la moitié, soit trente-quatre (34), ont signifié avoir réalisé au cours des deux dernières années, à l'interne ou avec les services d'une firme externe, une analyse et une démarche d'amélioration de la performance du programme Jeunes en difficulté. La majorité d'entre eux disposait d'un rapport témoignant de ces travaux.
- Vingt-sept (27) établissements ont déclaré qu'ils s'inscrivaient dans une telle démarche mais n'avaient pas encore de rapport.
- Vingt-trois (23) répondants avaient réalisé, au cours des deux dernières années, une étude plus large analysant la performance des services psychosociaux de première ligne incluant les services aux personnes âgées, mais également les services aux jeunes.

En décembre 2010, un groupe de travail se réunissait pour la première fois. Les travaux ont alors été enclenchés sur la base des rapports d'établissements reçus, dont une dizaine jugés particulièrement pertinents, ainsi qu'à partir des connaissances et de la grande expérience des membres du groupe de travail. Nous tenons ici à les remercier :

**Hugo Lemay**, directeur enfance-jeunesse-famille, CSSS de Gatineau

**Marie-Josée Levasseur**, directrice adjointe aux programmes FEJ et santé mentale, CSSS de Québec-Nord

**Denis Marleau**, DGA par intérim, CSSS de Gatineau

**Denis Paquin**, directeur du programme Multiclientèles, CSSS du Sud-Ouest-Verdun

**Nicole Payant**, coordonnatrice amélioration qualité/performance en FEJ-DI-DP-TED, CSSS Haut-Richelieu—Rouville

**Julie Vaillancourt**, directrice des programmes et service Enfance-jeunesse-famille, CSSS du Sud de Lanaudière

**Guylaine Allard**, conseillère, direction de la performance et de la qualité, AQESSS

**Monick Coupal**, responsable du groupe de travail, conseillère en organisation de services, direction de l'organisation des services, des affaires médicales et universitaires, AQESSS



## POINTS CONVERGENTS DES RAPPORTS CONSULTÉS

Les aspects que nous avons jugé pertinent de retenir dans le document incluent différentes balises favorisant un processus clinique de qualité ainsi que des normes et standards de pratique. Pour faciliter la lecture, nous avons choisi de les étudier selon les quatre standards énoncés par le MSSS dans le document d'orientation sur l'offre de service du programme Jeunes en difficulté 2007-2012<sup>9</sup>, soit l'accessibilité, la continuité, l'efficacité-efficience (productivité) et la qualité des services.

### **Accessibilité aux services**

L'accessibilité fait référence à la facilité avec laquelle la clientèle (enfants, jeunes et familles en difficulté) peut rejoindre les services ainsi qu'à la rapidité avec laquelle elle recevra une réponse personnalisée. En général, les CSSS examinant la « performance » de leur accès aux services jeunesse vont considérer les indicateurs suivants :

- Les délais d'attente pour l'évaluation et le début des services;
- La disponibilité jour, soir et fin de semaine pour s'adapter à la demande individuelle ou familiale;
- La disponibilité 24 heures / 7 jours pour certains services;
- Le nombre de personnes en attente.

### **Accueil, analyse, orientation et accès aux services**

Le processus d'accueil, d'analyse et d'orientation doit être bien défini et il est recommandé d'identifier clairement le gestionnaire chargé de l'assignation des nouvelles demandes.

---

<sup>9</sup> MSSS. *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience - Programme-services Jeunes en difficulté - Offre de service 2007-2012*, 2007, 92 pages.

Peu importe où se fera l'accueil, que ce soit aux services généraux psychosociaux<sup>10</sup>, par un accueil centralisé ou par l'équipe jeunesse, les études consultées recommandent :

- d'accueillir et de statuer sur l'urgence de toute nouvelle situation d'un jeune ou d'une famille dans les 24 heures (premier contact);
- de compléter l'analyse et l'orientation à l'intérieur de 5 à 7 jours ouvrables suivant la demande;
- d'intervenir immédiatement s'il y a urgence;
- de donner, de façon générale, le premier rendez-vous dans les 30 jours suivant la demande de services.

Ces normes se dégagent des études consultées, que ce soit pour des services aux enfants et à leur famille, ou des services de réadaptation ou de suivi intensif pour les adolescents. Plusieurs établissements se sont dotés de tableaux de bord pour en faire le monitoring. Il est à noter que ces standards correspondent de près aux standards mis de l'avant par le MSSS dans le document d'orientation sur l'offre de service 2007-2012<sup>11</sup>.

Par ailleurs, le problème de la clientèle qui ne se présente pas aux rendez-vous est majeur. Aussi, l'importance du respect des rendez-vous par les usagers doit-elle leur être communiquée clairement dès le départ ainsi que leur responsabilité d'aviser ou de motiver une absence le cas échéant. Cette façon de faire permet d'utiliser la plage horaire annulée pour rencontrer un autre usager.

Dans certains CSSS, on estime que près de 25 % des rendez-vous en jeunesse ne seraient pas respectés. Devant l'importance de ce phénomène, nous recommandons aux gestionnaires de documenter cette question et d'analyser les façons de trouver les moyens d'optimiser le lien avec les usagers. Les rendez-vous non respectés ont une conséquence directe sur l'accessibilité aux services.

Il est fortement recommandé qu'un document simple, de type aide-mémoire, soit remis aux usagers au premier rendez-vous. Ce document vise à préciser le fonctionnement, les règles liées à la confidentialité et leur responsabilité en termes d'assiduité aux rendez-vous. Ce document peut être signé en présence de l'intervenant.

<sup>10</sup> Dans le cadre de sa participation, en 2011, à la consultation du MSSS sur les services généraux psychosociaux, l'AQESSS a souligné le fait que de plus en plus de CSSS orientent toute nouvelle demande de services de la part d'un jeune, de parents ou d'une famille directement à l'équipe « jeunes en difficulté », l'équipe des services généraux se concentrant principalement sur les clientèles adultes.

<sup>11</sup> MSSS. *Id.*

## Gestion de la liste d'attente pour un premier service du programme JED

Bien que les efforts doivent toujours être déployés pour offrir les services dans les délais les meilleurs, il est difficile d'éliminer complètement la liste d'attente. Seul le service Crise-adolescence-famille-enfance (CAFE) ne devrait pas avoir de liste d'attente puisqu'il s'agit d'intervention de crise devant être déployée dans les heures suivant la demande.

La liste d'attente doit évidemment être gérée et un gestionnaire doit en être formellement responsable. Le processus de la gestion de la liste d'attente et de l'assignation des dossiers doit être clair et formalisé.

Il est recommandé, au-delà de l'analyse clinique de chaque cas en attente, d'utiliser un outil de mise en priorité incluant des critères objectifs, peu importe l'origine de la demande.

Les critères convenus permettent d'établir le niveau de priorité de la situation et donc le délai à respecter pour une première intervention. Ces critères de mise en priorité de l'établissement doivent être connus des principaux partenaires, dont les centres jeunesse. Certaines régions se sont dotées d'un outil commun.

Il est à noter que l'AQESSS, en collaboration avec l'Association des centres jeunesse du Québec et l'équipe de soutien à la LPJ, a produit en 2008 un guide de mise en priorité incluant une annexe sur les facteurs de risque et de protection, qui a été diffusé à tous les CSSS et centres jeunesse<sup>12</sup>. Plusieurs CSSS ont aussi produit des outils intéressants. Les références se trouvent dans la liste des documents consultés.

### Durée d'un épisode de services

Dans la pratique psychosociale, on entend par épisode de services « la réalisation d'un plan d'intervention avec l'utilisateur en fonction de sa demande initiale. Lorsque le plan d'intervention est complété ou pour toute autre raison conduisant à la cessation des services, le terme *fin de l'épisode de services* est couramment employé par les intervenants psychosociaux<sup>13</sup> ».

La durée de l'épisode de services est évidemment variable en fonction de chaque situation. Par ailleurs, mise à part l'intervention en situation de négligence qui nécessite continuité et persévérance dans le temps pouvant aller jusqu'à 2 ans, ainsi que les services aux jeunes parents (PSJP) dans le cadre du programme SIPPE<sup>14</sup> qui s'échelonnent sur 5 ans, un épisode de services en jeunesse/famille (programme Jeunes en difficulté), qualifié de « moyen long terme », a généralement une durée se situant en deçà d'une année.

---

<sup>12</sup> Équipe de soutien LPJ-AQESSS-ACJQ. *Balises pour la mise en priorité des demandes de services en CSSS*, décembre 2008.

<sup>13</sup> CSSS du Nord de Lanaudière. *Cadre de référence sur les normes et standards de pratiques psychosociales*, septembre 2010, p. 14.

<sup>14</sup> SIPPE : Soutien et intervention en périnatalité et en petite enfance.

Il est essentiel que la durée estimée de l'épisode de services fasse l'objet d'une entente avec le jeune et sa famille dès l'élaboration du plan d'intervention. En ciblant clairement les objectifs à rencontrer, cette entente orientera la durée de l'épisode de services. Toute prolongation de l'épisode de services devrait être justifiée lors de la révision du plan d'intervention. La cadence des rencontres devrait aussi faire l'objet d'une entente.

On s'entend généralement pour un maximum de 25 rencontres par demande de services (habituellement entre 15 et 25 rencontres). Ces rencontres peuvent se dérouler en mode individuel ou familial.

Si le jeune et sa famille ont des difficultés qu'on pourrait qualifier de plus ponctuelles et réversibles, ils bénéficieront alors d'un épisode de services généralement moins long, prévoyant un maximum de 12 rencontres<sup>15</sup>.

### **Continuité des services**

Pour assurer la continuité des services, des modes efficaces de collaboration et de coordination doivent être mis en place à l'interne aussi bien qu'à l'externe avec les partenaires du réseau local, dont les centres jeunesse et les écoles. Des processus efficaces de réorientation vers d'autres services ou programmes, le cas échéant, doivent aussi être identifiés. De plus, la stabilité des intervenants est un facteur majeur de continuité. Pour favoriser cette continuité, il est donc important de bien baliser certains aspects.

### **La coordination interne entre les programmes et services**

Certains rapports ont mis en lumière le fait que les équipes jeunesse ne connaissent pas toujours bien ce qui se fait dans d'autres services ou programmes du CSSS. À titre d'exemple, certains intervenants ne sont pas toujours au courant de la portée des interventions de santé publique en petite enfance (SIPPE), ou de ce qui se fait en intervention de crise par les équipes de type CAFE<sup>16</sup>, ou encore de ce qui se fait en santé mentale adulte, notamment pour assurer une continuité des services auprès d'un parent présentant un trouble mental. Il est pourtant de première importance de connaître ce qui se fait plus globalement au CSSS, de se doter de mécanismes de coordination interne et de trajectoires de service. Cela permet une fluidité inter-programmes.

---

<sup>15</sup> Cet épisode de services s'inscrit généralement à l'intérieur du programme *Services généraux psychosociaux*. L'offre de service de ce programme doit être diffusée par le MSSS en 2012.

<sup>16</sup> CAFE : Crise-ado-famille-enfance.

L'amélioration de la continuité et de la performance générale des services aux enfants et aux jeunes en difficulté implique aussi une bonne communication entre les équipes ainsi que l'existence de mécanismes de coordination entre les services (transversalité). La mise en place, au CSSS, de tables cliniques multidisciplinaires s'avère un moyen intéressant.

L'intervenant pivot jeunesse a, quant à lui, un rôle majeur à jouer à ce chapitre. On entend, par intervenant pivot, « l'interlocuteur principal pour l'utilisateur et sa famille. Il permet d'assurer l'intégration des interventions et des services<sup>17</sup> ».

De plus, il est essentiel, dans l'analyse de la situation et le suivi à donner à un jeune et sa famille, de prendre en compte les évaluations déjà réalisées par un professionnel d'un autre service du CSSS (voire d'un autre établissement). Cela doit évidemment se faire avec le consentement des personnes. Le souci de ne pas répéter inutilement des démarches d'évaluation auprès de l'utilisateur doit toujours être présent. Des études consultées ont noté une tendance, par certaines équipes et intervenants, à trop s'investir dans les évaluations et analyses au détriment des services et du suivi à rendre aux personnes.

### **La collaboration externe**

Le rôle des intervenants pivots est crucial à l'interne, mais également à l'externe du CSSS. À partir du moment où un enfant et sa famille sont dirigés vers une ressource externe pour y recevoir d'autres services en ajout à ceux reçus du CSSS, les études consultées identifient clairement la nécessité de désigner un intervenant pivot chargé d'établir, avec les partenaires et la famille, le plan de services individualisé (PSI) – dans certains cas intersectoriel avec l'éducation (PSII) – et de le coordonner. Ce facteur contribuerait à améliorer la performance des services. L'intervenant pivot est habituellement l'intervenant du CSSS.

### **La stabilité des ressources humaines**

La question de la stabilité des intervenants est au cœur de la dimension de la continuité des services. Or, les intervenants psychosociaux, incluant les travailleurs sociaux, les psycho-éducateurs, les psychologues, les techniciens en travail social ou les éducateurs spécialisés connaissent actuellement, à l'instar d'autres professionnels de la santé et des services sociaux, un roulement important. Cela sans compter une certaine pénurie et difficulté de rétention des intervenants, phénomènes particulièrement vécus en région éloignée. Il est donc de première importance que des mesures de rétention, voire de fidélisation des ressources humaines soient pensées et mises en place.

---

<sup>17</sup> Définition tirée du *Plan d'accès pour les personnes ayant une déficience intellectuelle*, MSSS, juin 2008, page 21.

Parmi les facteurs contribuant à la rétention des ressources humaines, l'encadrement, le soutien, la supervision clinique ainsi que le mentorat sont identifiés comme particulièrement porteurs. Ainsi, certains CSSS ont décidé de créer des postes « d'adjoint clinique », de « superviseur professionnel », voire de « mentor ».

Les personnes occupant ce type de fonction contribuent à des niveaux différents : amélioration et développement des pratiques, supervision des intervenants, soutien de la relève et amélioration de la qualité. Des études ont souligné l'importance pour les organisations d'accorder davantage de ressources à la formation des superviseurs afin d'en améliorer l'efficacité. Une supervision efficace des intervenants contribuerait non seulement à améliorer le rendement de ces derniers, mais aussi à réduire le stress et l'épuisement professionnel<sup>18</sup>. Ces conditions favorisent le maintien en emploi.

Au-delà de ces mesures, il est capital que, dès leur entrée en fonction, les intervenants soient sensibilisés à leurs responsabilités quant au suivi de la clientèle. Les départs et absences autorisés doivent évidemment être bien gérés et, en cas d'absence prolongée ou de départ définitif d'un intervenant, le transfert des dossiers personnalisés devrait toujours être effectué.

## **Efficacité et efficience des services**

L'efficacité et l'efficience des services réfèrent plus directement à la productivité qui est au cœur de la notion de performance. Fait-on tout ce qu'il faut au meilleur coût? Les ressources humaines sont-elles utilisées de façon optimale tout en conservant une qualité de vie au travail? Les recommandations faites, dans les rapports lus, pour améliorer la performance générale des services aux jeunes ont toutes abordé l'importance de bien circonscrire la charge de travail, la charge de cas, le nombre d'entrevues et le temps à leur consacrer ainsi que la mise en place de mécanismes pour assurer le monitoring de ces éléments.

### **La charge de travail**

La charge de travail est globale, elle réfère au temps utilisé à des tâches cliniques et administratives.

Les *tâches cliniques* sont définies comme étant *les interventions directes et indirectes centrées sur l'utilisateur*. On fait alors généralement référence à la charge de cas. Les *tâches administratives* correspondent aux autres activités de type clinico-administratif *qui ne sont pas liées à un usager-individu, un usager-groupe ou un usager communautaire* (ex. : comités internes ou externes, formations, activités de liaison avec les partenaires, statistiques, création d'outils de travail, feuilles de temps, etc.).

---

<sup>18</sup> Portail canadien de la recherche en protection de l'enfance. *Méta-analyse : la supervision efficace améliore les résultats de l'intervenant*, octobre 2010. (<http://www.cecw-cepb.ca/fr/researchwath/2042>)

Certains établissements ont constaté qu'un temps trop important était consacré à certaines tâches clinico-administratives. Dans leur démarche d'amélioration de la performance, ils ont donc effectué une revue complète de ces tâches et allégé tout ce qui pouvait l'être afin d'augmenter le temps d'intervention auprès des usagers.

Ils ont dressé la « cartographie » d'un usager standard à partir de la réception de la demande. Tous les irritants ont été étudiés et considérés. Par exemple, chaque formulaire à remplir a fait l'objet d'une attention particulière, soit pour en changer le format ou encore le rendre accessible plus rapidement et plus facilement sur l'intranet. Aussi, les formulaires de remboursement du kilométrage non informatisés, le classement des notes au dossier antérieur de l'utilisateur, le classement aux archives, les notes d'évolution jugées trop longues, les confusions de rôles entre les intervenants à certaines étapes du processus ont fait l'objet d'une révision. Une série de solutions ont été mises de l'avant.

Cette démarche axée sur l'utilisateur s'inspire de l'approche « minceur » (*lean*), « une approche managériale fondée sur l'élimination des pertes qui résultent du gaspillage d'efforts et de ressources associé aux activités sans valeur ajoutée<sup>19</sup>. » Cette approche, en vigueur dans le secteur manufacturier depuis une quinzaine d'années et de plus en plus utilisée dans la gestion des services de santé, vise à assurer une plus grande accessibilité des soins et une meilleure continuité. Cette façon de faire, qui implique l'adoption d'une culture de gestion centrée sur les services directs à l'utilisateur et qui, de plus, semble contribuer à la mobilisation des employés, commence à être de plus en plus utilisée dans la gestion des services psychosociaux.

### La charge de cas

La charge de cas est un élément fort important dans la planification du travail des intervenants psychosociaux. Tel que présenté ci-après, la charge de cas fait partie de la charge de travail, plus globale.

Théoriquement, les services aux usagers (charge de cas) devraient représenter au moins 80 % de la charge globale de travail, puisqu'ils constituent la raison d'être du programme et de l'établissement.

L'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec définit la *charge de cas* pour ses membres comme étant « l'ensemble des services directs et indirects que le travailleur social doit offrir aux personnes dans le cadre de sa fonction. Nous référons ici à tous les gestes professionnels déployés en lien avec les différentes demandes de services<sup>20</sup> ». Cette définition peut s'appliquer à l'ensemble des intervenants auprès des jeunes en difficulté et de leur famille.

---

<sup>19</sup> Pierre Joron. *Le lean management : oui, mais pas à tout prix !*, Affaires RH. ([www.affairesrh.ca/impression/default.aspx?f=74127](http://www.affairesrh.ca/impression/default.aspx?f=74127)).

<sup>20</sup> Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. *Cadre d'analyse de la charge de cas et de la charge de travail des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux*, 2009, page 8.

Chaque situation ou « cas » peut être très différent, que ce soit en vertu de la nature des problèmes et difficultés vécus ou du profil de la demande qui peut être familiale, de couple ou individuelle. Voici les différents facteurs devant être pris en compte dans l'élaboration de la *charge de cas* des intervenants selon les CSSS qui ont répondu à notre collecte d'information. Ces facteurs, parfois libellés de façons différentes d'un rapport à l'autre, reflètent néanmoins les mêmes préoccupations :

- Le nombre de situations individuelles, de couple ou familiale;
- Le nombre de situations pour lesquelles l'intervenant est l'intervenant pivot;
- Les autres intervenants du CSSS impliqués dans le dossier ainsi que les partenaires du réseau local de santé et de services sociaux;
- L'ampleur et la nature des difficultés (complexité);
- L'intervention auprès d'un groupe dans le cadre d'un suivi structuré.

En tenant compte de ces facteurs et à la lumière de l'amélioration que l'équipe doit apporter sur le plan de l'efficacité et de l'efficience, une répartition équitable des charges de cas devrait être assurée.

Ce qui se dégage des études consultées est que le nombre de « situations » prises en charge par intervenant semble se situer autour de 20 à 25 situations différentes. Cette charge de cas se base sur différentes normes quant au nombre d'entrevues, à la durée de celles-ci et à la fréquence attendue de ces rencontres par semaine<sup>21</sup>.

Ainsi, la plupart des rapports consultés identifient les normes suivantes :

- *Les entrevues ou interventions directes*<sup>22</sup>.

L'intervention en présence de l'utilisateur est définie comme « une rencontre, une entrevue au CSSS, à domicile, à l'école, dans un établissement du réseau, dans une ressource communautaire, dans une ressource d'hébergement, etc., à laquelle le client ou les clients est ou sont en présence. L'intervention peut se faire auprès de la famille, auprès d'un jeune, d'un des parents ou des deux à la fois. Ainsi, une rencontre avec la famille constitue une intervention<sup>23</sup> ».

---

<sup>21</sup> Par ailleurs, la charge de cas des intervenants de l'équipe de suivi intensif et de crise 24/7 (de type CAFE) serait moindre, compte tenu de la fréquence plus grande des rencontres.

<sup>22</sup> Ces normes correspondent aux interventions directes en présence de l'utilisateur.

<sup>23</sup> CSSS du Grand Littoral. *Rapport sur l'encadrement clinique et la norme de charge de cas des travailleurs sociaux du programme jeunes en difficulté au CSSS du grand Littoral*, mai 2008, version révisée novembre 2009, page 7.

Le temps qu'on devrait allouer à chacune des interventions directes (ou en présence) est variable selon, entre autres, qu'il s'agisse d'une entrevue individuelle, de couple, familiale (fréquentes en JED) ou de groupe. Dans les études consultées, les avis se partagent de la façon suivante :

- Intervention individualisée : une moyenne de 50 minutes pour certains et de 60 pour d'autres. Certains établissements ont normé en fonction de l'âge des usagers, accordant aux enfants et aux familles plus de temps par entrevue qu'aux adolescents. Ainsi, pour les enfants de 0 à 11 ans et leurs parents, une intervention de 90 minutes, en présence de l'utilisateur, peut être prévue.
- Intervention de couple ou de famille : une moyenne de 60 à 90 minutes.
- Intervention de groupe : une moyenne de 90 à 180 minutes<sup>24</sup> selon le sujet traité et l'approche préconisée.

Nombre d'interventions directes/jour/semaine : le nombre d'interventions directes en présence de l'utilisateur ou de toute autre personne en lien direct avec ce dernier (père mère, etc.) pour un intervenant (ETC) au programme jeunesse est ciblé à 20 rencontres par semaine, soit une moyenne d'au moins 4 interventions directes par jour en vis-à-vis. D'autres visent plutôt 15 rencontres par semaine, ce qui implique un minimum de 3 rencontres en moyenne par jour. Il semble que la réalité des CSSS situés sur de grands territoires où l'intervenant doit effectuer davantage de déplacements peut influencer à la baisse les normes visées.

Par ailleurs, dans une optique d'optimisation de la performance, on peut se questionner sur la pertinence du « facteur de multiplication », tel qu'appliqué actuellement au programme Jeunes en difficulté. Présentement, une intervention effectuée par exemple avec un jeune en présence de ses deux parents « comptera » pour trois interventions directes. Si le petit frère est présent, ce sera quatre interventions. Le calcul du nombre d'interventions directes par jour en fonction du nombre d'utilisateurs présents à une même entrevue doit certainement faire l'objet d'une attention particulière de la part du gestionnaire et les standards visés devraient être ajustés en conséquence.

Il est également à noter que certains établissements n'ont pas de poste affecté aux fonctions d'accueil des demandes. Deux fonctionnements sont alors privilégiés : soit que chacun des intervenants effectue la fonction d'accueil pour « ses » demandes, soit que cette fonction est effectuée à tour de rôle par les membres de l'équipe selon un horaire prédéfini. L'activité d'un intervenant ainsi appelé à faire une intervention de type « accueil-analyse » (impliquant des notes au dossier) devrait alors être considérée comme une entrevue (une intervention directe). L'activité d'un intervenant en milieu scolaire constitue un bon exemple de ce type de situation.

- *Les entrevues ou interventions indirectes à l'utilisateur*

---

<sup>24</sup> Tiré des *Cadres de référence sur les normes et standards de pratiques psychosociales des CSSS du Sud de Lanaudière et du Nord de Lanaudière*, septembre 2009-septembre 2010.

Au sens du cadre normatif I-CLSC, la définition d'une *intervention* inclut toute action faite pour l'utilisateur, auprès de ce dernier ou de toute autre personne en relation avec lui. Ce qui signifie qu'une intervention indirecte, telle une démarche auprès d'un organisme dans l'intérêt de l'utilisateur, est comptabilisée dans le système. Par ailleurs, contrairement aux interventions directes, il semble n'exister aucune norme ayant fait l'objet d'une entente au niveau local pour encadrer les interventions indirectes.

### **La saisie des données**

La rigueur dans la prise et la mise à jour des données statistiques est essentielle. Il est important que les membres des équipes jeunesse procèdent adéquatement à l'enregistrement des données dans le système d'information I-CLSC afin de bien rendre compte des services rendus. Les données recueillies permettent d'identifier la clientèle rejointe, les problèmes rencontrés, les actions effectuées ainsi que les différents collaborateurs sollicités dans la livraison des services.

Il est indispensable pour les gestionnaires d'avoir ces informations et de les analyser afin d'identifier les services à adapter, à développer ou à améliorer. Or, plusieurs des rapports consultés ont souligné le fait qu'à l'intérieur d'un même CSSS, d'une installation de mission CLSC à une autre, la saisie des données dans le système d'information I-CLSC ne se faisait pas de façon uniforme. La principale raison invoquée est que la définition des interventions et des règles de comptabilisation n'étaient pas interprétées de la même façon. Il semble que les intervenants responsables de colliger leurs données statistiques n'aient pas tous la même compréhension de l'application du cadre normatif. Cette situation contribue à biaiser le portrait réel des activités réalisées. Les notions d'intervention individuelle, de couple ou familiale ainsi que les règles de comptabilisation, telles que définies dans le système I-CLSC, gagneraient notamment à être interprétées et prises en compte de façon harmonisée d'un CLSC à l'autre.

Le pilote local I-CLSC, souvent un archiviste de profession, a un rôle majeur à jouer à ce chapitre : il s'avère gagnant de simplifier les outils (guides de codification spécifique), de soutenir la formation continue et d'effectuer de façon rigoureuse et périodique des validations de la saisie des données ainsi que des rétroactions, lorsque nécessaires, auprès des intervenants.

Il est jugé essentiel de normaliser la saisie des données et de voir au suivi de la qualité de la codification auprès des intervenants. À cet effet, l'organisation doit mettre en place les ressources nécessaires. Soulignons aussi que la collaboration entre les gestionnaires du programme-services Jeunes en difficulté, les superviseurs cliniques et le personnel des archives et des finances est un incontournable pour l'atteinte d'une performance intégrant la productivité, l'efficacité et la qualité.

## Qualité des services

La qualité des services est un concept large. Néanmoins, pour améliorer sa performance, on doit se soucier non seulement de la productivité, mais aussi de la qualité. Le Conseil québécois d'agrément définit la qualité des services comme étant « La capacité d'une organisation à satisfaire les besoins et les attentes des clients (usagers), par l'utilisation des meilleures pratiques et la conformité aux normes établies, de façon efficiente et au moindre risque, au regard des ressources disponibles. Cette qualité se reflète tant au niveau des attitudes et des contacts humains établis entre le personnel et les clients, qu'au niveau des procédures et des services rendus<sup>25</sup>. »

La qualité passe notamment par l'élaboration de balises cliniques, de normes de pratique ainsi que par le soutien aux pratiques cliniques et professionnelles et par le développement des compétences.

### Balises cliniques et normes de pratique

Les rapports consultés ont mis l'accent sur la nécessité pour l'établissement de statuer clairement sur quelques balises cliniques et normes de pratique, et que celles-ci soient colligées et partagées par tous. Voici les éléments qui, dans une optique d'amélioration de la qualité, devraient faire l'objet d'une attention particulière :

- Le cheminement de la demande de services (accueil et analyse de la situation, utilisation d'un outil spécifique, ouverture du dossier et notes d'évolution, nombre de rencontres, moment de la réévaluation, transfert du dossier, fermeture du dossier, etc.);
- Le plan d'intervention : les balises de sa rédaction;
- Les règles de tenue du dossier;
- La fermeture et la réouverture du dossier<sup>26</sup>;
- L'encadrement clinique;
- Les meilleures pratiques;
- Le plan de service individualisé et le plan de services individualisé intersectoriel;
- Le développement des compétences de base et les formations d'appoint pour progresser;
- La satisfaction de la clientèle (il est recommandé d'évaluer la satisfaction de la clientèle au moment de la fermeture du dossier).

Plusieurs rapports recommandent la création d'un cartable d'orientation dans lequel l'ensemble des balises cliniques et des normes en vigueur dans l'établissement seraient colligées.

---

<sup>25</sup> Conseil québécois d'agrément, 2007.

<sup>26</sup> Normalement, un dossier est fermé lorsque les objectifs du plan d'intervention sont atteints.

### **Création d'un comité de performance clinique**

L'implication des intervenants et des gestionnaires est essentielle pour améliorer la performance générale des services. Afin de favoriser l'adhésion de l'équipe jeunesse au processus d'amélioration continue de la qualité et à une culture de performance, il est fortement recommandé de créer un comité. Ce comité peut prendre différentes formes et avoir différentes appellations. Certains le nomment « comité des balises cliniques », d'autres « comité d'amélioration des pratiques ».

Peu importe son nom, ce comité formé de gestionnaires et d'intervenants est responsable de définir les balises cliniques en regard de l'intervention psychosociale et de voir à ce que tous fassent des efforts pour optimiser leur performance en plaçant l'utilisateur au cœur de leur travail. Ce comité peut faire des recommandations à la direction du programme.

## QUELQUES CONSTATS ET ENJEUX

Les lectures effectuées et la grande expérience en gestion de programmes des membres du groupe de travail ont suscité des échanges très fructueux au cours des réunions. Dans cette partie du document, les membres du groupe ont voulu rendre compte brièvement de quelques réflexions, constats et enjeux en matière de performance des services aux jeunes en difficulté et à leur famille. Ces constats et enjeux n'étaient pas soulignés comme tels dans les rapports des CSSS. Le groupe de travail a toutefois jugé pertinent de les communiquer dans la même optique de partage des connaissances ayant guidé le présent ouvrage.

### **Les services aux jeunes et à leur famille : des services offerts à travers plusieurs programmes du CSSS**

Une des particularités des services psychosociaux de première ligne aux jeunes et à leur famille en CSSS est qu'ils sont livrés à travers plusieurs programmes-services, dont évidemment le programme JED. Ces programmes sont les suivants :

- Programme de santé publique : les tout-petits (0-5 ans) sont rejoints notamment par les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE);
- Programme de services généraux psychosociaux : jeunes et familles présentant des problèmes plus ponctuels, voire réversibles plus facilement. (L'offre de service révisée de ce programme doit être diffusée en début 2012 par le MSSS.);
- Programme de santé mentale : enfants et jeunes aux prises avec des problèmes de santé mentale et leur famille;
- Programme Déficience intellectuelle-TED : enfants présentant des décalages dans le développement ou des symptômes pouvant indiquer la présence d'une déficience intellectuelle ou d'un trouble envahissant du développement;
- Programme Dépendances : jeunes à risque de dépendance aux drogues, à l'alcool, au jeu, etc.

Chacun des six programmes-services dispose de son contour financier et le MSSS a mis de l'avant des standards d'accessibilité, de continuité, d'efficacité et d'efficience pour chacun de ces programmes. Par ailleurs, ces dispositions administratives liées aux impératifs de la budgétisation et de la reddition de comptes posent des défis et rendent parfois difficile le suivi de la performance dans les établissements.

Dans les faits, pour plusieurs CSSS, particulièrement ceux de petite taille ou ceux situés en région, plusieurs de ces services sont offerts par la ou les mêmes équipes multidisciplinaires affectées aux clientèles « famille, enfance, jeunesse ».

En fonction de la demande de services, l'un ou l'autre des intervenants de l'équipe assumera le suivi de la demande. Par exemple, un jeune présentant un problème de santé mentale sera suivi par un psychologue et un jeune aux prises avec un problème d'adaptation par un psychoéducateur de la même équipe. Les services aux jeunes sont imbriqués et une vision globale du jeune et de sa famille est privilégiée. Cela constitue certainement un atout dont il faut tenir compte dans la recherche d'une performance optimale.

Il devient difficile pour les CSSS de faire un suivi de performance des services aux jeunes uniquement par programme-services. Cela ne rend pas compte de la réalité. Nous croyons qu'il serait plus fructueux pour les CSSS d'envisager l'ensemble des programmes-services « psychosociaux » de première ligne visant les jeunes et les familles pour faire un état de situation sur la performance des services rendus à ces derniers.

## **Cadre normatif et système d'information I-CLSC**

### **Donner les moyens aux gestionnaires de « monitorer » les services**

Le *cadre normatif I-CLSC* est le document de référence soutenant la saisie des informations normalisées dans le système d'information I-CLSC pour la constitution de la banque de données provinciales. Son contenu vise à documenter le contexte du système d'information, les éléments saisis, la nature de leur codification, les procédures de validation et de transmission des données de même que les principales informations qui en sont tirées. Il aide à mieux comprendre les données à traiter et facilite l'interprétation des résultats. Le cadre normatif a été conçu pour connaître les caractéristiques des clientèles et l'offre de service à celles-ci. Il n'a pas été pensé au départ pour mesurer et suivre la performance proprement dite.

Le *système d'information I-CLSC* supporte la saisie des données normalisées et offre davantage de fonctionnalités en soutien à l'activité clinique au niveau local (RV, gestion de la charge de cas, rappel des évaluations annuelles, notes d'évolution, etc.). Les statistiques ainsi que différents rapports issus du système d'information peuvent servir à documenter certaines dimensions de la performance. Par ailleurs, il semble que ces fonctionnalités, disponibles dans le système d'information, soient méconnues par plusieurs établissements.

Actuellement, le gestionnaire qui veut assurer un suivi de gestion des durées des épisodes de services de son programme ou du nombre d'entrevues par intervenant par jour, par exemple, doit se reporter au pilote local de son CSSS pour obtenir, par le biais d'une requête, un rapport spécifique pour répondre à ses besoins. Nous constatons que chacun des CSSS tend à développer ce même type de requête.

Il serait certainement plus efficace, voire plus « lean », soit de simplifier le système d'information pour permettre au gestionnaire d'extraire lui-même les données dont il a besoin, soit de disposer d'un outil provincial standardisé, possiblement par programme-services, adapté au défi de la performance et à la reddition de comptes. Il est actuellement ardu pour les gestionnaires de suivre les résultats périodiques en équipe et de documenter les écarts de productivité sans que le pilote local ait extrait un ou plusieurs rapports spécifiques.

Évidemment, il faut s'assurer d'aller au bout des possibilités offertes par le système I-CLSC, ce qui n'est pas toujours le cas. Par ailleurs, force est de constater qu'il y a présentement un manque d'outils cliniques simples et adaptés pour suivre la performance du programme JED. Certaines démarches visant à développer de tels outils adaptés au secteur jeunesse ont été réalisées ou sont en cours actuellement, en collaboration avec le secteur privé.

Chose certaine, les pilotes locaux doivent assumer un leadership local et il est impératif que le pendant soit assuré aux niveaux régional et provincial. Nous constatons que les difficultés d'harmonisation de la saisie de données existent entre les établissements. Cette réalité a une répercussion directe sur le degré de fiabilité des exercices de comparaison de la productivité inter-établissements ou interrégionale. Cet état de fait a un impact direct sur la qualité de la reddition de comptes.

Nous croyons qu'un outil de gestion de la productivité adapté au programme-services Jeunes en difficulté, ou du moins à tout service destiné aux enfants et aux jeunes, est nécessaire. Cet outil devrait pouvoir mettre en relation, pour chaque période, le nombre d'interventions avec le nombre d'heures travaillées, incluant la possibilité de faire un suivi comparatif sur trois années. Gestionnaires et intervenants auraient ainsi la possibilité d'étudier leur performance et d'atteindre les cibles fixées.

### **La question de l'utilisateur : jeune, fratrie, parents, famille**

Actuellement, selon la LSSSS, l'utilisateur est la personne qui reçoit les services. Dans le cadre d'un suivi pour un problème familial, au programme JED, tous les membres de la famille visés par le plan d'intervention sont considérés comme des utilisateurs distincts. Chaque utilisateur aura son dossier et des notes seront colligées, selon le cas, dans chacun des dossiers concernés. Il peut aussi arriver que la mère soit vue par les services généraux psychosociaux ou encore par l'équipe de santé mentale de première ligne et qu'un ou deux de ses enfants soient suivis en Jeunes en difficulté.

Tout en reconnaissant la pertinence que chaque membre de la famille d'un jeune en difficulté soit un utilisateur distinct, il serait souvent utile de pouvoir recomposer la famille. Or, le système I-CLSC ne le permet pas. Ceci est problématique car, en matière de démarche d'amélioration de la performance des services aux jeunes et aux familles, il serait très utile de pouvoir évaluer le nombre de familles rejointes par le programme voire par le CSSS.

### **La documentation de la liste d'attente**

Tel que cité plus avant dans le texte, la gestion des listes d'attente est essentielle et un gestionnaire doit être imputable de cette fonction. Actuellement, il semble que la façon de saisir les données relatives aux usagers jeunesse en attente d'un premier service du programme Jeunes en difficulté peut varier significativement d'un CSSS à un autre.

Il arrive le plus souvent que la demande soit identifiée au départ en services généraux (AAO-1<sup>er</sup> service au CSSS)<sup>27</sup> pour être par la suite acheminée vers le programme Jeunes en difficulté. Il peut aussi arriver que la demande soit reçue par le programme JED pour être ensuite orientée vers la santé mentale ou vers un autre programme. L'organisation des services en CSSS est complexe et doit être bien prise en compte pour que le nombre d'usagers et les délais d'accès aux services de ces derniers soient codifiés et saisis de façon pertinente et efficiente selon le programme-services.

Pour la gestion locale des listes d'attente il y a, dans le système d'information I-CLSC, une fenêtre « gestion des charges de cas » qui produit à l'écran la liste des usagers en attente (non encore rencontrés). Cette fonctionnalité, mal connue des établissements, permet de produire la liste d'attente par programme, par sous-programme (ex. : CAFE) ou par intervenant de façon globale pour l'ensemble du CSSS. Nous encourageons les pilotes locaux du système I-CLSC à faire la promotion de cette fonctionnalité auprès des gestionnaires et intervenants. Malgré cette possibilité du système d'information, on constate que plusieurs gestionnaires continuent de vouloir gérer les listes d'attente en jeunesse à leur façon au niveau local. Actuellement, plusieurs demandent un rapport « Impromptu » au pilote local pour identifier les usagers en attente d'un premier service en JED. D'autres ont développé des outils de type « Excel » qu'ils utilisent en parallèle au système d'information I-CLSC. De plus, plusieurs continuent, malgré les fusions, de vouloir procéder à des rapports par installation (de mission CLSC) plutôt que pour l'ensemble du CSSS.

Il est essentiel, pour faire le suivi de la performance, de bien documenter les listes d'attente au programme Jeunes en difficulté ainsi qu'aux autres programmes donnant des services aux enfants et aux jeunes. Les CSSS gagneraient à fonctionner de façon harmonisée pour les listes d'attente tant pour un premier service au CSSS (AAO-services généraux) que pour une intervention au programme Jeunes en difficulté. En plus de favoriser le suivi de la performance de l'accès local aux services, une telle saisie harmonisée nationalement donnerait des possibilités accrues pour documenter la pression exercée sur ces services. Cela pourrait contribuer significativement aux représentations à faire au niveau national quant aux besoins de ressources.

---

<sup>27</sup> AAO: Accueil-analyse-orientation

## ***Manuel de gestion financière et culture de performance***

Le *manuel de gestion financière*<sup>28</sup> est le document de référence du MSSS qui vise à assurer l'uniformité de la gestion administrative et financière des établissements. Il vise à normaliser le regroupement des données quantitatives financières et non financières par centre d'activités. Il accorde une large part au volume des services rendus qui découlent des activités en instituant des unités de mesure. Le manuel permet de suivre la répartition des dépenses entre les différents programmes-services. Le *manuel de gestion financière* a été révisé récemment pour simplifier la répartition des dépenses dans le programme Jeunes en difficulté. Le centre d'activités 5919 - « *Services psychosociaux pour les jeunes en difficulté et leur famille* » est maintenant dit exclusif à ce programme. Il semble par ailleurs que, dans les faits, ce ne soit pas vraiment le cas et que cela engendre certains problèmes. Selon plusieurs gestionnaires, respecter ce manuel à la lettre peut contribuer à induire certaines distorsions par rapport à la réalité des services réellement donnés. Par exemple, selon le manuel de gestion, le travail du *coordonnateur professionnel en psychosocial* doit être imputé au centre d'activités 5919 alors que, dans les faits, ce professionnel ne rencontre pas d'usagers dans le cadre de ses fonctions d'encadrement et de soutien clinique auprès des intervenants.

Un autre exemple de cette distorsion est le fait que les services de groupe ne soient pas pris en compte dans le *manuel de gestion financière* alors qu'on sait que l'intervention de groupe, qui peut rejoindre à la fois plusieurs personnes partageant des problèmes similaires, est souvent judicieuse et tout à fait indiquée auprès de certaines clientèles jeunesse et familles. Le fait de ne pas pouvoir témoigner de cette offre de service confronte le gestionnaire à certains paradoxes. D'un côté on vise une grande productivité, de l'autre on n'incite pas à rendre certains services par ailleurs jugés pertinents, efficaces et efficients (par exemple la supervision clinique ou des interventions de groupe), ceux-ci n'étant pas pris en compte dans le *manuel de gestion financière*. Il devient donc très difficile de suivre la performance réelle des services offerts. À la limite, le fait d'adhérer entièrement au manuel de gestion peut aller à l'encontre de la mise en place de pratiques plus efficaces et nuire au développement d'une réelle culture de performance.

Le suivi du *cadre normatif*, la gestion du *système I-CLSC* ainsi que le suivi du *manuel de gestion financière* interpellent plusieurs directions dans les organisations : les archives, la gestion financière, la gestion des programmes incluant les équipes cliniques. En matière de performance, il est important que tous ces acteurs aient une compréhension commune de l'offre de service du programme Jeunes en difficulté ainsi que des cibles à atteindre, des règles d'imputation et de la codification.

---

<sup>28</sup> MSSS. *Normes et pratiques de gestion*, (Tome 1).

## **Indicateurs et évaluation de résultats**

Actuellement, les indicateurs dont nous disposons pour le programme Jeunes en difficulté ne nous permettent pas d'évaluer les services rendus aux enfants et aux jeunes sous l'angle de la qualité et des résultats obtenus, que ce soit en termes de bien-être ou de résolution de problèmes psychosociaux et d'adaptation. Il est important que des indicateurs allant au-delà du nombre d'utilisateurs rencontrés, du nombre d'interventions livrées ou du nombre de personnes en attente soient développés. Cela constitue un travail à long terme et il est à souhaiter que le Comité ministériel sur les indicateurs du programme JED, duquel font partie trois représentants de l'AQESSS, reprenne ses travaux interrompus depuis le mois de juin 2011.

## CONCLUSION

Ce document témoigne du dynamisme et de la volonté des CSSS d'optimiser la performance des services aux jeunes en difficulté et à leur famille. Tel qu'indiqué dès le début, il n'est pas un cadre de référence : l'AQESSS a produit ce dossier dans le but de faire bénéficier l'ensemble des gestionnaires et intervenants jeunesse des CSSS des travaux d'amélioration de la performance des services psychosociaux aux jeunes, effectués par leurs pairs au cours des deux ou trois dernières années.

Ce document se veut un outil de plus dans la boîte des gestionnaires du programme Jeunes en difficulté. Nous invitons d'ailleurs ces derniers à en partager le contenu avec leurs équipes et à voir ce qui peut être applicable dans leur établissement. Ce document peut contribuer à la mobilisation des différents paliers impliqués et susciter la mise en place de nouvelles avenues pour optimiser l'accessibilité, la continuité, la qualité et la productivité du programme jeunesse.

Il est fort probable qu'entre le moment où l'AQESSS a fait sa collecte d'information et la diffusion du présent document, d'autres CSSS aient emboîté le pas et procédé à une étude de performance de leurs services jeunesse et à une démarche d'amélioration de celle-ci. Ces travaux pouvant être inspirants pour d'autres collègues, nous encourageons ces établissements à nous faire part de leurs résultats. De plus, il est à souhaiter que, à la lumière des quelques réflexions et constats partagés à la fin du document, des travaux subséquents soient entrepris pour bonifier le système d'information I-CLSC ou du moins pour doter l'ensemble des CSSS d'outils harmonisés provincialement pour favoriser l'optimisation des services psychosociaux aux jeunes et à leur famille.



## BIBLIOGRAPHIE ET RÉFÉRENCES

### Par ordre alphabétique

**ACCQ** (Association des CLSC et CHSLD du Québec), *Cadre de référence sur l'encadrement administratif et clinique des services psychosociaux dans le secteur Famille-Enfance-Jeunesse*, février 2003.

**ACJQ** (Association des centres jeunesse du Québec), *Cadre de référence pour l'étape : Application des mesures*, janvier 2007.

**AQESSS** (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux du Québec), *Balises pour la mise en priorité des demandes de services en CSSS*, équipe de soutien LPJ-AQESSS-ACJQ, décembre 2008.

**AQESSS** (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux du Québec), *Guide de la gestion intégrée de la qualité*, janvier 2009.

**AQESSS** (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux du Québec), *Offre de service des CSSS aux jeunes en difficulté et à leur famille*, mai 2011.

**AQESSS** (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux du Québec), *Rapport d'évaluation globale et intégrée de la performance 2011 - CSSS - données 2008-2009*, AQESSS –IRSPUM, 2011.

**ARSSS de la Montérégie** (Agence régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie), *Aide-mémoire : outil de priorisation*, juillet 2010. (disponible sur le site web de l'ASSSM)

**ARSSS de la Montérégie** (Agence régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie), *Appréciation de la performance du continuum d'intervention « Jeunes en difficulté et leur famille »*, rapport régional, août 2009.

**ARSSS de la Montérégie** (Agence régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie), *Guide d'utilisation de l'outil de priorisation à l'accueil-analyse-orientation (AAO)*, septembre 2010.

**Centre de santé Cloutier-du-Rivage**, *Normes de pratique au niveau des services psychosociaux*, avril 2004.

**CSSS de Québec-Nord**, *Cadre de gestion clinique et organisationnel*, Direction des programmes Famille-Enfance-Jeunesse et Santé mentale, version 1.0.

**CSSS de Québec-Nord**, *Organisation du travail en Famille-Enfance-Jeunesse*, Direction des programmes Famille-Enfance-Jeunesse et Santé mentale, novembre 2008.

**CSSS de Québec-Nord**, *Outil d'évaluation de la charge de cas Famille-Enfance-Jeunesse*.

**CSSS de Québec-Nord**, *Outil de priorisation des services gestion de la liste d'attente*, Famille-Enfance-Jeunesse, février 2010.

**CSSS de Québec-Nord**, *Proposition en regard de la clarification de l'offre de service en santé mentale jeunesse*, mars 2010.

**CSSS de Québec-Nord**, *Proposition en regard de la clarification de l'offre de service en trouble du comportement et difficultés d'adaptation*, mars 2010.

**CSSS de Trois-Rivières**, *Améliorer l'intensité des services de réadaptation et de suivi intensif pour la clientèle de 12 à 17 ans : projet*, février 2010.

**CSSS des Etchemins**, *Plan d'amélioration de la qualité du rendement*, février 2009.

**CSSS du Cœur-de-l'Île**, *Le soutien clinique chez les professionnels : un moyen facilitant l'adaptation au changement*, communication présentée au congrès de l'Association Internationale sur la formation, la recherche et l'intervention sociale (AIFRIS), J. Loiselle, P.C. Veilleux et C. Larivière, Tunis, avril 2009.

**CSSS du Grand Littoral**, *Rapport sur l'encadrement clinique et la norme de charge de cas des travailleurs sociaux du programme Jeunes en difficulté au centre de santé et de services sociaux du Grand Littoral*, mai 2008, révisé en novembre 2009.

**CSSS du Nord de Lanaudière**, *Cadre de référence Normes et standards de pratique psychosociale, Enfance-Jeunesse-Famille / Santé mentale jeunesse / Déficience intellectuelle, troubles envahissants du développement, déficience physique*, septembre 2010.

**CSSS du Sud de Lanaudière**, *Cadre de référence : Normes et standards de pratique psychosociale Service de 1<sup>re</sup> ligne, Enfance-Jeunesse-Famille, Santé mentale, Accueil et services psychosociaux courants*, septembre 2009.

**CSSS du Sud-Ouest-Verdun**, *Précisions en regard des performances attendues*, Programme multiclientèles / Programmes petite enfance et enfance jeunesse / Services psychosociaux petite enfance jeunesse, février 2009.

**CSSS Haut-Richelieu–Rouville**, *Analyse et optimisation de la performance des services de première ligne : Rapport final*, Raymond Chabot Grant Thornton Groupe-Conseil, mai 2009.

**CSSS Haut-Richelieu–Rouville**, *Cadre de référence, normes et standards de pratique, services psychosociaux famille-enfance-jeunesse DI-DP-TED*, septembre 2011 (inclut l'outil de priorisation régional).

**MSSS** (Ministère de la Santé et des Services sociaux), *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience : Programme-services Jeunes en difficulté : Offre de service 2007-2012*, 2007, 92 pages.

**RLS du Haut-Richelieu–Rouville**, *Appréciation de la performance du continuum d'intervention « Jeunes en difficulté et leur famille »*, décembre 2008.

### **Autres documents consultés**

**Black, John et David Miller**. *The Toyota way to Healthcare excellence – Increase efficiency and improve quality with lean*, Chicago, 1984, 295 pages.

**Chamberland, Claire et autres**. *Caractéristiques des enfants et des familles recevant des services de prévention et de protection*. Montréal, communication faite lors du congrès de l'ACJQ, octobre 2010.

**Liker, Jeffrey**. *Le modèle Toyota : 14 principes qui feront la réussite de votre entreprise*, France, Paris, 2006, 390 pages.

**MSSS**. *Plan d'accès pour les personnes ayant une déficience intellectuelle*, juin 2008, page 21.

**Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec**. *Cadre d'analyse de la charge de cas et de la charge de travail des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux*, 2009.

**Sites web**

**Affaires RH.** *Le lean management : oui, mais pas à tout prix !*, Pierre Joron.  
([www.affairesrh.ca/impression/default.aspx?f=74127](http://www.affairesrh.ca/impression/default.aspx?f=74127))

**Portail canadien de la recherche en protection de l'enfance.** *Méta-analyse : la supervision efficace améliore les résultats de l'intervenant*, octobre 2010. ([www.cecw-cepb.ca/fr/researchwath/2042](http://www.cecw-cepb.ca/fr/researchwath/2042))

**Samson Bélaïr/Deloitte & Touche.** *L'approche lean dans les soins de santé : Adopter une démarche axée sur le patient*. ([www.deloitte.ca](http://www.deloitte.ca))



## ANNEXE - POINTS CONVERGENTS DES RAPPORTS CONSULTÉS PAR DIMENSION

<b>Accessibilité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nommer un gestionnaire imputable de documenter et de gérer la liste d'attente;</li> <li>• Accueillir et statuer sur l'urgence de toute nouvelle situation d'un jeune ou d'une famille dans les 24 heures (premier contact);</li> <li>• Compléter l'analyse et l'orientation à l'intérieur de 5 à 7 jours ouvrables suivant la demande;</li> <li>• Intervenir immédiatement s'il y a urgence;</li> <li>• Donner de façon générale le premier rendez-vous dans les 30 jours suivant la demande de services;</li> <li>• Situer l'épisode de service JED en deça d'une année;</li> <li>• Accorder un maximum de 25 rencontres par demande de services;</li> <li>• Mettre tout en œuvre pour favoriser l'assiduité aux rendez-vous.</li> </ul>
<b>Continuité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rôle essentiel accordé à l'intervenant pivot;</li> <li>• Coordination interne nécessaire entre les programmes et services du CSSS;</li> <li>• Collaboration formalisée avec les partenaires du RLS;</li> <li>• Stabilité des ressources humaines à favoriser par différentes mesures.</li> </ul>
<b>Efficacité et efficience des services</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Charge de travail : alléger tout ce qui peut l'être pour augmenter le temps d'intervention auprès de l'utilisateur (revue des processus de type « lean » suggérée);</li> <li>• Charge de cas (services aux usagers) : devrait représenter au moins 80 % de la charge globale de travail;</li> <li>• Nombre de « situations » prises en charge par intervenant : de 20 à 25 situations différentes;</li> <li>• Interventions directes (en présence de l'utilisateur) : favorisées et normées (de 15 à 20 rencontres par semaine, soit un minimum de 3 ou 4 rencontres par jour selon notamment la grandeur du territoire couvert et les distances à parcourir);</li> <li>• Temps accordé à l'intervention : variable selon que celle-ci est individuelle, familiale ou de groupe, mais des balises de durée moyenne doivent être ciblées;</li> <li>• Saisie juste des données statistiques : primordiale avec un rôle majeur du pilote local I-CLSC à ce chapitre.</li> </ul>
<b>Qualité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instaurer une culture de qualité et de performance;</li> <li>• Créer un comité « de performance clinique »;</li> <li>• Colliger les balises cliniques et les normes de pratique dans un cartable d'orientation;</li> <li>• Soutenir les pratiques cliniques et professionnelles selon l'intensité requise;</li> <li>• Voir au maintien et au développement des compétences.</li> </ul>