

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

L'implantation d'un système de suivi global et intégré

de la performance du programme-services
Déficience physique

Le présent rapport ne lie pas le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne constitue pas ses orientations. Il représente l'opinion du groupe de travail sur les indicateurs de performance du Programme-services Déficience physique. Son contenu n'engage que ses auteurs.

Édition

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

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

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016

Bibliothèque et Archives Canada, 2016

ISBN : 978-2-550-77003-9 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion du présent document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète du document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire du Québec et à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2016

COLLABORATIONS

AVIS : Les consultations préalables à la réalisation du document, la rédaction ainsi que les activités du groupe de travail sur les indicateurs du Programme-services Déficience physique ont eu lieu avant l'entrée en vigueur de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences nationales. Conséquemment, l'établissement ou la direction d'appartenance de chacune des personnes nommées dans cette page ne correspondent plus à la réalité actuelle.

Cette publication a été produite conjointement par la Direction des personnes ayant une déficience (DPAD) et par la Direction générale adjointe de la performance (DGAP) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Rédacteurs

M^{me} Ginette Côté, DGAP

M^{me} Christine Lanctôt, DPAD

D'autres personnes ont collaboré à la rédaction du document, soit M^{me} Amélie Martins, DPAD, M^{me} Édith Caron, Direction des études et des analyses, M. Walter Chavaria, Direction de l'évaluation, en plus de certains membres du groupe de travail.

Membres du groupe de travail sur les indicateurs du Programme-services Déficience physique

Représentants des centres de santé et de services sociaux (CSSS)

M^{me} Isabelle Émond, CSSS Pierre Boucher (Montréal)

M^{me} Johanne Mathon, CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent (Montréal)

Représentante des CRDP

M^{me} Christine Boyle, MAB-Mackay (Montréal)

Représentant des agences de la santé et des services sociaux (ASSS)

M. Stéphane Aubut, Montréal

Représentants d'associations d'établissements

M^{me} Anne-Marie Cloutier, Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS)

M. Michel Dumaine, Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (AERDPQ)

Représentants du MSSS

M^{me} Viviane Cantin, Direction des études et des analyses

M^{me} Édith Caron, Direction des études et des analyses

M^{me} Ginette Côté, Direction de l'évaluation

M. Harold Côté, Direction de l'évaluation

M^{me} Christiane Hamel, pilote du Système d'information pour les personnes ayant une déficience

M^{me} Christine Lanctôt, DPAD

M^{me} Amélie Martins, DPAD

Autres directions du MSSS consultées

Direction générale du personnel réseau et ministériel

Direction générale de la coordination, du financement, des immobilisations et du budget

Remerciements

Nos remerciements vont d'abord à chacune des personnes qui composent le groupe de travail Déficience physique. Toutes ces personnes ont fait preuve d'une grande disponibilité au cours des travaux. Leur point de vue et leur contribution aux diverses étapes ont permis d'enrichir la réflexion. Nous tenons aussi à remercier la contribution de collègues du MSSS pour leur apport judicieux aux différentes étapes des travaux.

NOTE AUX LECTEURS

Ce document repose sur les réflexions menées par un groupe de travail qui a tenu sa dernière rencontre en septembre 2014, c'est-à-dire avant l'adoption de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre 0-7.2).

En conséquence, dans ce rapport, il faut lire les références aux responsabilités d'une agence comme étant dévolues dorénavant à un centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou à un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS). De plus, le terme CSSS fait référence à la mission centre local de services communautaires (CLSC) du CISSS ou du CIUSSS, soit les services spécifiques (première ligne), et le centre de réadaptation (CR) fait référence à la mission services spécialisés (deuxième et troisième lignes).

Enfin, certains indicateurs pourront être revus en fonction de la création des CISSS.

AVANT-PROPOS

Le MSSS a la responsabilité d'évaluer la performance du système de santé et des services de soins. Pour y arriver, il entend notamment mettre en place un système de suivi global et intégré de la performance composé d'indicateurs organisés sous forme de tableaux de bord standardisés.

À cet effet, différents groupes de travail ont été mis sur pied pour déterminer et recommander des indicateurs au Ministère selon les principales composantes du système de santé et de services sociaux, par exemple :

- Programme santé publique, sous la responsabilité de Lyne Jobin;
- Services spécialisés – chirurgie, sous la responsabilité de Lise Caron;
- Programme Jeunes en difficulté, sous la responsabilité de Pascale Lemay;
- Programme de cancérologie, sous la responsabilité de Frédéric Abergel et d'Éric Fournier;
- Soins palliatifs et de fin de vie, sous la responsabilité de Brigitte Laflamme et d'Éric Fournier;
- Réseaux locaux de services (RLS), sous la responsabilité d'Éric Fournier.

Ce document s'inspire des travaux précédents tout en étant adapté à la spécificité des travaux du groupe de travail pour la mise en place d'un système de suivi de la performance du programme-services Déficience physique. Ainsi, certaines sections du rapport sont volontairement communes, en tout ou en partie, avec le rapport *L'implantation d'un système de suivi global et intégré de la performance des réseaux locaux de services (RLS) : Un outil indispensable à la gestion des RLS*, MSSS.

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire	1
Le mandat du groupe de travail sur les indicateurs du programme-services Déficience physique	5
1. Pourquoi un système de suivi global et intégré de la performance en DP?	9
1.1. Qu'est-ce qu'un système de suivi de la performance?	9
1.2. Pourquoi suivre la performance en DP?	9
1.3. Quels changements le système de suivi de la performance en DP peut-il apporter à la gestion du programme-services?	10
2. La démarche adoptée en vue du choix des indicateurs en DP	11
2.1. Une démarche rigoureuse qui s'appuie sur les documents de référence ministériels relatifs à la mesure de la performance et aux fondements du programme-services DP	11
2.2. Une démarche consultative	14
2.3. Les objectifs poursuivis par la démarche	14
2.3.1. Un nombre limité d'indicateurs intégrés et cohérents à l'échelle nationale, régionale et locale mesurant globalement la performance du programme DP	14
2.3.2. Renforcer les liens entre les indicateurs de ressources et les indicateurs de résultats	15
3. Les indicateurs recommandés	17
3.1. Les indicateurs de performance du système public de santé et de services sociaux	17
3.1.1. Les indicateurs d'accessibilité	17
3.1.2. Les indicateurs de qualité	19
3.1.3. Les indicateurs d'utilisation optimale des ressources	21
3.2. Les indicateurs de conditions structurelles	23
3.3. Les indicateurs : autres déterminants	23
3.4. Les indicateurs d'état de santé et de bien-être	24
4. Les travaux à réaliser	29
4.1. Élaboration et diffusion du tableau de bord du programme-services DP	29
4.2. Mise à jour en temps opportun des données utiles à la gestion de la performance	29
4.3. Mobiliser les acteurs et les sensibiliser à une démarche d'amélioration continue de la performance	29
4.4. Déterminer les cibles de performance du programme-services DP	30
Conclusion	31
Annexe 1	
Cadre de référence ministériel	33
Annexe 2	
Modèle logique DP	35
Annexe 3	
Enchaînement logique menant au choix des indicateurs en DP	37
Annexe 4	
Fiches de pertinence des indicateurs	43

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Figure 1 Indicateurs d'accès

Figure 2 Indicateurs de qualité

Figure 3 Indicateurs d'utilisation optimale des ressources

Figure 4 Un système de suivi global et intégré de la performance en DP

Tableau 1 Indicateurs à développer en priorité

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

AAOR	Accueil, analyse, orientation référence (service d')
Agence	Agence de la santé et des services sociaux
AERDPQ	Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec
AQESSS	Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
AVQ	Activités de vie quotidienne
AVD	Activités de vie domestique
BDJ	Banque de données jumelées
BDC	Banque de données commune
CLSC	Centres locaux de services communautaires
CR	Centre de réadaptation
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DP	Déficience physique
EQLAV	Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement
HPS	Heures de prestation de service
I-CLSC	Information sur la clientèle et les services des CLSC (Système d')
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
ISO-SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (norme ISO)
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MHAVIE	Mesure des habitudes de vie
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Plan d'accès	Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience
PI	Plan d'intervention
PSI	Plan de services individualisé
PSIAS	Plan de services individualisé et d'allocation de services
PRAAC	Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité
RLS	Réseau local de services (de santé et de services sociaux)
RRQ	Régie des rentes du Québec
RSIPA	Réseau de services intégrés aux personnes âgées
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
SIPAD	Système d'information pour les personnes ayant une déficience
Stat. Can	Statistique Canada

SOMMAIRE

Dans le plan stratégique 2010-2015, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) s'est engagé à évaluer la performance de l'ensemble du système public de santé et de services sociaux ainsi qu'à assurer une rétroaction sur les résultats. Afin de donner suite à cet engagement, le MSSS s'est doté d'un plan d'action qui prévoit notamment la mise sur pied d'un groupe de travail en vue de sélectionner les indicateurs pour le programme-services Déficience physique (DP). Ce groupe de travail a été formé en février 2013. Il s'est appuyé sur une démarche rigoureuse et concertée avant de proposer les indicateurs. Enfin, le groupe de travail a formulé des recommandations afin de soutenir la démarche d'amélioration continue de la performance du programme-services DP.

Pourquoi un système de suivi de la performance du programme-services DP?

Depuis la réforme amorcée en décembre 2003¹, l'organisation des services de santé et des services sociaux au Québec est basée dorénavant sur 93 réseaux locaux de services (RLS). Ultimement, la constitution de ces réseaux vise l'amélioration de la santé et du bien-être de la population d'un territoire donné en assurant une meilleure intégration de services, qui doivent être plus accessibles et offerts de façon plus continue.

Dans la foulée de cette transformation, une planification fondée sur une gestion par programme-services, dont un concernant la DP, a donc été adoptée. Cette réforme prévoyait également instaurer une « gestion axée sur les résultats » en associant des cibles mesurables à « l'accessibilité des services, leur qualité, leur coût et leurs effets sur la santé », et ce, pour chacun des programmes-services. Or, cet exercice n'a pas été effectué jusqu'à maintenant, et c'est ce que propose de réaliser le système de suivi de la performance du programme-services DP.

Le système de suivi de la performance en DP est un outil pouvant aider les acteurs locaux et régionaux œuvrant en DP. Il présente de façon globale et intégrée les principaux indicateurs d'état de santé et de bien-être, les principaux indicateurs relatifs aux ressources disponibles (humaines, financières, etc.) et les autres déterminants les plus significatifs qui influent sur les résultats. De plus, il permet d'apprécier la performance des services (accès, qualité et utilisation optimale des ressources).

Ainsi, le CSSS et le CRDP, avec leurs partenaires sectoriels et intersectoriels, privés, publics et communautaires, pourront analyser les indicateurs et discuter des résultats. Ils pourront convenir des meilleurs moyens d'action pour corriger des situations qu'aura révélées le système de suivi de la performance.

À l'échelle locale, le système de suivi de la performance devrait permettre à chacun des CSSS et des CRDP d'interagir avec leurs équipes et avec leurs partenaires sectoriels et intersectoriels, publics ou privés et communautaires, de manière à mobiliser tous les acteurs dans une démarche d'amélioration continue de la performance. À l'échelle régionale, ce système de suivi devrait permettre aux agences d'interagir avec les établissements de leur région. À l'échelle nationale, ce système de suivi permettra d'interagir à son tour avec les agences.

1. Loi sur les agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. L.R.Q. c. 21.

La démarche adoptée en vue du choix des indicateurs du programme-services DP

Les travaux ayant mené à la sélection des indicateurs s'inscrivent dans un processus plus large d'évaluation de la performance de l'ensemble du système public de santé et de services sociaux. Ainsi, la sélection des indicateurs proposés a été réalisée à partir des documents de référence ministériels relatifs à l'évaluation de la performance, à savoir :

- Plan d'action 2012-2015 en matière d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion;
- Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion;
- Guide de sélection et d'élaboration des indicateurs aux fins de l'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux.

De plus, la démarche du groupe de travail s'est appuyée sur les fondements mêmes du programme-services DP.

Les indicateurs recommandés par le groupe de travail

En conformité avec le cadre de référence ministériel, 23 indicateurs sont proposés, dont 11 indicateurs de performance. Le système de suivi de la performance présente de façon globale et intégrée les principaux indicateurs :

- de conditions structurelles et de ressources disponibles sur le territoire du RLS (humaines, financières, etc.);
- de performance (accessibilité et qualité des services et utilisation optimale des ressources) des services sur le territoire du RLS, et ce, dans une perspective de responsabilité populationnelle;
- d'autres déterminants que le système public de santé et de services sociaux;
- d'état de santé et de bien-être.

Puisque le nombre d'indicateurs est limité, d'autres pourront être ajoutés à l'échelle régionale ou locale en fonction du contexte et des priorités de ces instances.

Par ailleurs, en raison de la disponibilité et de la qualité des données actuelles, le groupe de travail propose que certains indicateurs évoluent lorsque les systèmes d'information seront améliorés en vue de les développer ou de les raffiner. En ce sens, l'amélioration des systèmes d'information devient un enjeu important pour suivre la performance du programme. Le groupe de travail est d'avis que l'accent doit d'abord être mis sur le déploiement complet du SIPAD, première étape de la création de la banque de données commune pour les CRDP. Par la suite, l'arrimage entre I-CLSC et SIPAD pourra être entrepris.

Enfin, la non-concordance des populations ciblées dans les enquêtes et les sondages populationnels avec celle du programme-services (déficience, incapacité, handicap) rend difficile l'identification d'indicateurs portant sur les autres déterminants ainsi que sur l'état de santé et de bien-être des personnes ayant une DP.

Les travaux à réaliser

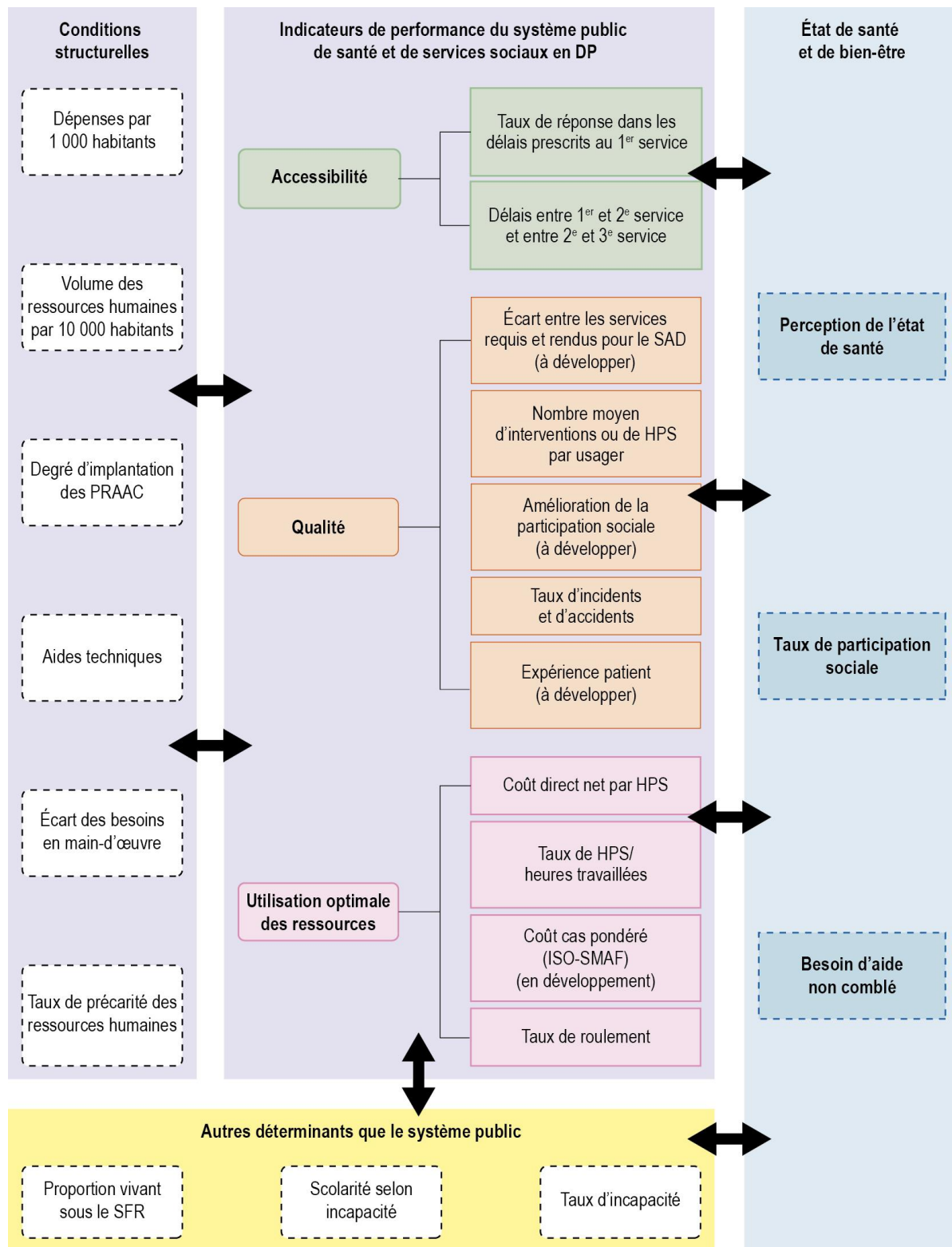
Afin de mobiliser les différents acteurs dans une démarche d'amélioration continue, on doit s'assurer que tous les outils nécessaires à l'exercice d'appréciation de la performance leur soient accessibles. Ainsi, les indicateurs devront être calculés à l'échelle nationale, régionale et locale et présentés dans un tableau de bord qui est accessible, et ce, en continu au moyen d'un site Web convivial. Par ailleurs, chaque instance responsable de la gestion ou de la coordination des services sur un territoire donné devra se mobiliser dans un processus d'amélioration continue du programme DP, à savoir :

- le CSSS et le CRDP, avec leurs partenaires sectoriels et intersectoriels (publics, privés et communautaires), en ce qui concerne le RLS correspondant;
- l'agence, en ce qui concerne la région sociosanitaire correspondante;
- le Ministère, en ce qui concerne l'ensemble du Québec.

Ainsi, chaque instance devra notamment :

- analyser, valider et améliorer la qualité des données, le cas échéant;
- analyser les résultats avec ses équipes ainsi que ses partenaires et, au besoin, forer les données à des échelles plus fines;
- utiliser les résultats pour convenir des meilleurs moyens à mettre en place ou des actions à entreprendre en vue d'améliorer la performance et de préciser les contributions attendues des différents partenaires;
- mettre en œuvre les moyens d'action et assurer périodiquement le suivi.

Un système de suivi global intégré de la performance en DP



LE MANDAT DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LES INDICATEURS DU PROGRAMME-SERVICES DÉFICIENCE PHYSIQUE

L'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux constitue une fonction qui est conforme au cadre de gestion axé sur les résultats et sur le principe de la transparence, instauré par la Loi sur l'administration publique, adoptée en 2000². Elle est aussi prévue par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)³, qui stipule que le ministre apprécie et évalue les résultats en matière de santé et de services sociaux (article 431, paragraphe 13).

Dans le Plan stratégique 2010-2015, le MSSS s'est engagé à évaluer la performance de l'ensemble du système public de santé et de services sociaux ainsi qu'à assurer une rétroaction sur les résultats.

Afin de donner suite à cet engagement, le MSSS s'est doté d'un plan d'action⁴ qui prévoit notamment l'élaboration d'un cadre de référence⁵, d'un guide de sélection des indicateurs⁶ et la formation de groupes de travail chargés de la sélection des indicateurs de performance du système public de santé et de services sociaux. L'un des groupes de travail proposés devait se pencher sur les indicateurs du programme-services DP.

Ce groupe de travail a été mis sur pied au cours de l'hiver 2013. Il est composé de représentants des trois paliers de gouvernance du système public de santé et de services sociaux, soit du MSSS, des agences et des établissements ainsi que de l'AQESSS et de l'AERDPQ. Les membres du groupe se sont rencontrés à six reprises entre février et décembre 2013. Des échanges téléphoniques et par courriel ont aussi soutenu la démarche de sélection des indicateurs. Enfin, une rencontre portant sur le bilan des travaux s'est déroulée en septembre 2014.

Le mandat du groupe de travail était de proposer un nombre limité d'indicateurs intégrés et cohérents à l'échelle nationale, régionale et locale. Ces indicateurs devaient être les plus stratégiques et déterminants possible pour le programme-services DP. Les indicateurs devaient également être sélectionnés en conformité avec la démarche ministérielle d'évaluation de la performance du système de santé et de services sociaux.

Afin de remplir le mandat qui lui a été confié, le groupe de travail s'est engagé dans une réflexion sur le système de suivi de la performance et, plus spécifiquement, sur les changements que pourrait amener ce système à la gestion du programme-services DP. De plus, il s'est appuyé sur une démarche rigoureuse et concertée avant de recommander les indicateurs qui composeront le système de suivi global et intégré de la performance.

Mentionnons que ce mandat comportait des leviers et des défis importants.

2. Loi sur l'administration publique, L.R.Q. chapitre A-6.01.

3. Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q. chapitre S-4.2.

4. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action ministériel 2012-2015 en matière d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*, Québec, 2012, 12 p.

5. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*, Québec, 2012, 25 p.

6. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Guide de sélection et d'élaboration des indicateurs aux fins de l'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux*, Québec, 2012, 22 p.

LEVIERS

Pour l'évaluation de la performance, l'implantation du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience⁷ (ci-après nommé le plan d'accès) est un levier puissant pour la dimension de l'accessibilité et de la continuité. L'avantage du plan d'accès réside dans l'introduction et le suivi de standards quantitatifs (taux de respect des délais liés à des niveaux de priorité) et de mécanismes qualitatifs (p. ex. : mesures d'appoint, intervenant-pivot réseau, gestion intégrée).

De plus, la structure de concertation impliquant les paliers national, régional et local ainsi que le suivi rigoureux des deux types de données a permis :

- d'assurer une meilleure qualité des données au fil du temps;
- une révision de l'organisation des services;
- une amélioration de l'accessibilité et de la continuité des services pour les usagers.

Enfin, l'inscription des indicateurs dans les ententes de gestion a mobilisé les gestionnaires et les intervenants vers l'atteinte des résultats souhaités.

DÉFIS

Au cours de ces rencontres, divers éléments sont ressortis comme étant des défis à relever pour la poursuite des travaux afin de mieux rendre compte de l'ensemble des dimensions de la performance. De manière plus particulière, tout ce qui entoure les données, de la saisie jusqu'au jumelage éventuel de différentes banques, se révèle être l'enjeu le plus important :

- Le manque de précisions dans l'interprétation des cadres normatifs (I-CLSC et SIPAD) et dans la codification des données entraîne un problème de qualité des données, notamment en ce qui concerne la classification d'une intervention dans le programme-services approprié;
- La présence de plusieurs banques de données qui ne communiquent pas entre elles;
- Les frontières du programme-services DP ne sont pas toujours claires avec celles des autres programmes-services (p. ex. : Personnes âgées, Santé physique).

Plus spécifiquement :

- En CSSS :
 - les données ne sont pas nécessairement ventilées par programme-services;
 - la difficulté à obtenir des rapports fiables.
- En CRDP :
 - le système d'information SIPAD n'est pas déployé dans tous les centres de réadaptation;
 - l'absence d'une banque de données commune, ce qui pose problème pour l'extraction des données;
 - la difficulté à obtenir des rapports fiables.

7. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience. Afin de faire mieux ensemble*, Québec, 2008, 44 p.

- Le rythme des enquêtes et des sondages populationnels (Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement [EQLAV], organismes d'agrément, etc.) ainsi que la différence des critères (déficience, incapacité, handicap) ne permettent pas d'avoir un portrait en continu et comparable;
- La participation sociale des personnes ayant une DP est difficile à évaluer;
- La mesure de l'intégration de services constitue toujours un enjeu primordial pour l'évaluation de la performance du programme.

1. POURQUOI UN SYSTÈME DE SUIVI GLOBAL ET INTÉGRÉ DE LA PERFORMANCE EN DP?

1.1. Qu'est-ce qu'un système de suivi de la performance?

Conformément au Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion, un système de suivi de la performance est constitué d'indicateurs organisés sous forme de tableaux de bord. Les indicateurs doivent couvrir les quatre composantes du système de santé et de bien-être, soit l'état de santé et de bien-être de la population, les déterminants autres que le système public de santé et de services sociaux, le système public de santé et de services sociaux lui-même et, enfin, les conditions structurelles qui le sous-tendent. Le choix d'un bon indicateur repose sur un certain nombre de critères de sélection décrits dans le Guide de sélection des indicateurs. Les indicateurs de performance doivent être associés à des cibles, ce qui sera fait ultérieurement.

Un système de suivi de la performance s'avère un outil indispensable pour apprécier la performance d'un programme-services. Les indicateurs sont organisés dans un tout cohérent. Considérés globalement, ces indicateurs facilitent les liens devant être établis entre les ressources investies et les résultats obtenus en matière de prestation de services et en matière de santé et de bien-être. Ultimement, le système de suivi de la performance sera mis à jour régulièrement, permettant ainsi aux gestionnaires de suivre, en temps opportun, les résultats relatifs aux activités stratégiques de leur organisation. Il permet également de repérer rapidement les forces et les faiblesses de leur environnement et peut devenir ainsi un puissant levier pour entreprendre des actions qui contribuent au processus d'amélioration continue. Enfin, il offre la possibilité de forer les données à des échelles plus fines.

1.2. Pourquoi suivre la performance en DP?

Depuis la réforme amorcée en décembre 2003⁸, l'organisation des services de santé et des services sociaux au Québec repose dorénavant sur 93 réseaux locaux de services (RLS). La constitution de ces réseaux vise l'amélioration de la santé et du bien-être de la population d'un territoire donné en assurant une meilleure intégration de services qui doivent être plus accessibles et offerts de façon plus continue.

Pour y parvenir, et guidés par les principes de responsabilité populationnelle et de hiérarchisation des services, le CSSS, principale entité du RLS, et ses partenaires sectoriels et intersectoriels, privés, publics et communautaires doivent s'assurer que la population du territoire a accès de façon continue à une large gamme de services de santé et de services sociaux de qualité en mettant un accent particulier sur les services de première ligne offerts à proximité du milieu de vie. L'accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité ou ayant des conditions particulières de même que l'accès aux services spécialisés et surspécialisés, en l'occurrence ceux offerts par les CRDP, doivent également être assurés⁹. Rappelons que le CSSS a également un rôle de premier plan en matière d'animation et de mobilisation des partenaires ainsi que de coordination des services sur le territoire du RLS.

8. Loi sur les agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, L.R.Q. c. 21.

9. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Projet clinique. Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux – Document principal*, Québec, 2004, 75 p.

Dans la foulée de cette transformation, une planification fondée sur une gestion par programme-services, dont un concernant la DP, a donc été adoptée. Cette réforme prévoyait également instaurer une « gestion axée sur les résultats » en associant des cibles mesurables à « l'accessibilité des services, leur qualité, leur coût et leurs effets sur la santé », et ce, pour chacun des programmes-services¹⁰.

Cet exercice n'a pas été effectué jusqu'à maintenant, et c'est ce que propose de réaliser le système de suivi de la performance du programme-services DP.

1.3. Quels changements le système de suivi de la performance en DP peut-il apporter à la gestion du programme-services?

Le programme-services DP vise à permettre aux personnes ayant une déficience physique d'atteindre un degré optimal d'autonomie et de participation sociale. Il contribue ainsi à la politique gouvernementale *À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité afin d'accroître la participation sociale des personnes handicapées*¹¹.

Le système de suivi de la performance en DP est un outil pouvant aider les acteurs locaux et régionaux œuvrant en DP. Il présente de façon globale et intégrée les principaux indicateurs d'état de santé et de bien-être, les principaux indicateurs relatifs aux ressources disponibles (humaines, financières, etc.) et les autres déterminants les plus susceptibles d'influencer les résultats. De plus, il permet d'apprécier la performance des services (accessibilité et qualité des services, et utilisation optimale des ressources).

Ainsi, le CSSS, le CRDP et leurs partenaires sectoriels et intersectoriels, privés, publics et communautaires pourront analyser les indicateurs et discuter des résultats. Ils pourront convenir des meilleurs moyens d'action visant à corriger des situations qu'aura révélées le système de suivi de la performance.

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

11. OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC. *À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité. Politique pour accroître la participation sociale des personnes handicapées*, Drummondville, 2009, 74 p.

2. LA DÉMARCHE ADOPTÉE EN VUE DU CHOIX DES INDICATEURS EN DP

Les indicateurs proposés sont le reflet d'une démarche rigoureuse et concertée avec différents acteurs du RSSS. Cette démarche s'inscrit dans un processus plus large d'évaluation de la performance de l'ensemble du système public de santé et de services sociaux.

2.1. Une démarche rigoureuse qui s'appuie sur les documents de référence ministériels relatifs à la mesure de la performance et aux fondements du programme-services DP

Ainsi, la sélection des indicateurs proposés a été réalisée à partir des documents de référence ministériels sur l'évaluation de la performance et de ceux qui concernent le programme-services DP.

Cette démarche a débuté par l'appropriation des documents de référence suivants :

- Plan d'action 2012-2015 en matière d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion;
- Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion;
- Guide de sélection et d'élaboration des indicateurs aux fins de l'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux.

Rappel : Le cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion

Le Cadre de référence ministériel a pour objectifs de guider la systématisation de la fonction d'évaluation de la performance à des fins de gestion au Ministère et dans son réseau; ainsi que de jeter les bases conceptuelles nécessaires à la construction d'un système de suivi et d'appréciation de la performance, dont une définition de la performance. Il préconise un cadre théorique qui tient compte de tous les éléments qui concourent à l'état de santé et de bien-être de la population et des relations qui les unissent. Le cadre théorique comprend les quatre composantes suivantes :

- Le système public de santé et de services sociaux;
- Les conditions structurelles qui soutiennent le système public (ressources humaines, financières, etc.);
- Les autres déterminants de la santé et du bien-être;
- L'état de santé et de bien-être.

Le cadre de référence prévoit également une définition de la performance basée sur les principales caractéristiques que les services de santé et les services sociaux doivent présenter, et qui sont regroupées dans les trois grandes dimensions (et les huit dimensions) suivantes : les caractéristiques liées à l'accessibilité des services (accessibilité et équité d'accès), les caractéristiques relatives à la qualité des services (efficacité, sécurité, réactivité et continuité) et, enfin, les caractéristiques relatives à l'utilisation optimale des ressources (efficience et viabilité). Un système public de santé et de services sociaux performant est un système qui atteint ses objectifs en matière :

- d'accessibilité des services;
- de qualité des services;
- d'utilisation optimale des ressources.

Ainsi, les indicateurs proposés couvrent chacune des quatre composantes du Cadre de référence ministériel (voir l'annexe 1) et répondent aux critères de sélection décrits dans le Guide de sélection des indicateurs. Mentionnons toutefois qu'à cette étape l'accent a été mis sur les critères de pertinence, de validité et de faisabilité; d'autres travaux concernant les critères de fiabilité et de convivialité suivront. Ces travaux seront achevés au moment du calcul des indicateurs et de l'élaboration du tableau de bord.

Les membres du groupe de travail se sont également assurés d'avoir une compréhension commune des Orientations ministérielles en déficience physique¹², du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience¹³ et de la gamme de services requis pour les personnes ayant une déficience physique (en élaboration), en les schématisant à l'aide d'un modèle logique (voir les encadrés et l'annexe 2). L'approche consistant à poser les bonnes questions afin d'obtenir de bons indicateurs a guidé les réflexions du groupe de travail tout au long de la démarche (voir l'annexe 3).

LES FONDEMENTS DU PROGRAMME-SERVICES DP

Le programme DP s'inscrit dans la foulée de la réforme amorcée en 2003 qui met l'accent, entre autres, sur l'accès à une large gamme de services, plus particulièrement ceux offerts en 1^{re} ligne à proximité du milieu de vie, et sur l'instauration de conditions d'organisation qui facilitent le cheminement des personnes dans le RSSS par la mise en place de mécanismes de référence et de suivi pour assurer l'accès aux services de 2^e et 3^e lignes.

Permettre aux personnes ayant une déficience physique d'atteindre un degré optimal d'autonomie et de participation sociale constitue la raison d'être du programme-services DP.

Ce programme s'adresse aux personnes de tous âges, dont la déficience d'un système organique entraîne ou risque d'entraîner, selon toute probabilité, des incapacités significatives et persistantes (y compris épisodiques) liées à l'audition, à la vision, au langage ou aux activités motrices, et dont la réalisation des activités courantes ou des rôles sociaux est ou risque d'être réduite.

Les services spécifiques que requièrent les personnes ayant une déficience physique sont offerts par le CSSS¹⁴, alors que les CRDP offrent des services spécialisés et surspécialisés¹⁵. Des services peuvent également être donnés par d'autres partenaires du RLS comme les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les commissions scolaires, les services de garde et la Société d'habitation du Québec.

Afin de soutenir le programme-services DP, le MSSS a élaboré, en 2008, le Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience. Les deux objectifs principaux poursuivis par ce plan sont d'assurer aux personnes ayant une déficience un accès aux services dont elles ont besoin dans des délais raisonnables et d'optimiser les processus, la gestion de l'accès aux services et l'organisation des services. Pour ce faire, le plan d'accès introduit des standards d'accès qui associent des niveaux de priorité et des délais d'accès, des standards de continuité (intervenant-pivot et plan de services individualisés [PSI]) et des mécanismes pour assurer une approche systématique de la gestion de l'accès (gestionnaire d'accès, mécanisme d'accès, gestion

12. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Pour une véritable participation à la vie de la communauté. Orientations ministérielles en déficience physique : objectifs 2004-2009*, Québec, 2003, 93 p.

13. Ce plan s'adresse également aux personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement.

14. Les CSSS assurent des services à long terme visant à compenser les incapacités des personnes dans leurs activités courantes et à assurer leur maintien dans la communauté (p. ex. : les services professionnels pour le maintien des acquis, l'aide à domicile, le soutien à la famille et aux proches).

15. Les CRDP ont une offre de services caractérisée par des épisodes d'intervention plus ou moins longs, et souvent nécessaires à plusieurs reprises pour une même personne (p. ex. : le développement de l'autonomie personnelle, sociorésidentielle, scolaire et professionnelle, et la réadaptation fonctionnelle intensive (interne et externe)).

centralisée et standardisée des listes d'attente et gestion intégrée de l'accès). Une reddition de comptes tant quantitative que qualitative est également réalisée.

Le portrait du programme-services DP en quelques chiffres

DÉPENSES DU PROGRAMME

Ventilation des dépenses pour le programme Déficience physique

Services	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	TCAM
1^e ligne	171 043 021	175 369 210	182 226 316	187 915 096	202 785 143	3,46 %
services à domicile	169 798 866	174 065 623	180 764 536	185 724 887	200 561 872	3,39 %
2^e-3^e lignes	319 518 980	332 038 109	352 120 368	361 522 398	376 270 486	3,32 %
services spécialisés de réadaptation	256 066 508	267 074 857	285 381 416	290 599 771	302 306 351	3,38 %
sous-total	490 562 001	507 407 319	534 346 683	549 437 495	579 055 629	3,37 %
communautaires	16 712 753	20 125 657	20 924 823	22 443 771	24 223 223	7,71 %
TOTAL	507 274 754	527 532 976	555 271 506	571 881 266	603 278 852	3,53 %

Source : Contour financier

- Les dépenses totales pour le programme DP ont augmenté en moyenne de 3,53 % annuellement de 2009-2010 à 2013-2014.
- Bien que la part des dépenses de 1^{re} ligne soit plus faible (entre 33 et 34 %), celles-ci ont eu un taux de croissance annuel moyen comparable à celui des dépenses de 2^e et 3^e lignes (3,46 % contre 3,32 %).
- Les services à domicile représentent plus de 99 % des dépenses de 1^{re} ligne. Quant aux dépenses de 2^e et 3^e lignes, 80 % de celles-ci sont destinées aux services spécialisés de réadaptation pour cette même période.

INTENSITÉ DES SERVICES EN CSSS

Nombre d'usagers et d'interventions en CSSS pour le programme

	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	Variation 5 ans
Usagers	40 338	44 216	45 159	44 381	43 918	9 %
Interventions	1 226 331	1 389 314	1 487 354	1 697 886	1 867 014	52 %

Source : GESTRED 503-10

Le nombre d'interventions en CSSS au cours des cinq dernières années a augmenté plus rapidement que le nombre d'usagers pour cette même période, soit de 52 % contre 9 %.

Services à domicile en CSSS

		2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	Variation 5 ans
Interventions professionnelles	Nombre d'usagers	29 520	30 691	32 131	32 544	32 211	9 %
	Nombre total d'heures	183 236	212 499	230 308	262 066	289 250	58 %
	Nombre moyen d'heures	6,2	6,9	7	8	9	45 %
Heures totales d'aide à domicile	–	4 236 121	4 199 416	4 131 886	4 199 416	4 131 886	-2 %

Source : GESTRED 554

Le nombre moyen d'heures d'interventions professionnelles par usager pour les services à domicile était de 6,2 heures, en 2010-2011, comparativement à 9,0 heures en 2014-2015. Cette augmentation de 45 % s'explique par le fait que le nombre total d'heures d'intervention a crû de 58 % contre 9 % pour le nombre d'usagers au cours de la période. Si l'on prend en considération les heures totales de services à domicile, celles-ci ont diminué de 2 % au cours de cette même période.

INTENSITÉ DES SERVICES EN CRDP**Nombre total d'usagers (admis et inscrits) et d'heures de prestations de service (HPS) pour les services d'adaptation et de réadaptation dans les CRDP**

	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	Variation 4 ans
Usagers	65 666	72 467	75 768	78 371	19 %
HPS totales	2 915 071	2 960 645	3 073 024	3 057 743	5 %

Source : GESTRED 501

Le nombre total d'usagers fréquentant les CRDP a crû de 19 % de 2011-2012 à 2014-2015. Malgré cette hausse, le nombre de HPS totales n'a augmenté que de 5 % au cours de cette même période.

2.2. Une démarche consultative

Le groupe de travail est composé de représentants des établissements, des agences, d'associations d'établissements, du ministère, y compris la personne qui pilote le système d'information SIPAD. La composition du groupe de travail permet d'avoir une vision d'ensemble des besoins d'information à des fins de gestion à l'échelle nationale, régionale et locale.

2.3. Les objectifs poursuivis par la démarche**2.3.1. Un nombre limité d'indicateurs intégrés et cohérents à l'échelle nationale, régionale et locale mesurant globalement la performance du programme DP**

La surabondance d'indicateurs entraîne souvent de la confusion dans leur interprétation et dans les décisions et les orientations que doivent prendre les gestionnaires. L'utilisation des documents de référence et la composition du groupe de travail avaient pour objectif d'obtenir, au terme de la démarche, un nombre limité

d'indicateurs intégrés et cohérents aux trois paliers de gouvernance afin de mesurer globalement la performance du programme-services DP.

2.3.2. Renforcer les liens entre les indicateurs de ressources et les indicateurs de résultats

Un bilan de la mise en œuvre de la Loi sur l'administration publique¹⁶, laquelle instaure la gestion axée sur les résultats, révèle que la gestion des ministères et des organismes publics est encore trop axée sur les intrants et les processus, et pas assez sur les résultats. Ce constat s'applique au RSSS et a incité le groupe de travail :

- à sélectionner de véritables indicateurs de résultats (accès, qualité et utilisation optimale des ressources) et non de processus;
- à présenter la répartition des ressources (humaines, financières, etc.) du programme-services selon les grandes orientations stratégiques;
- à sélectionner des indicateurs facilitant les liens entre les ressources et les résultats en matière de services (accès, qualité, etc.) et en matière de santé et de bien-être.

Précisons que ces liens sont plus difficiles à établir et que des travaux additionnels seront nécessaires pour les mesurer à l'aide de données probantes.

16. Pierre CLICHE, « La gestion et la budgétisation axées sur les résultats : Où en est le Québec », *Les Cahiers de L'Observatoire*, cahier n° 1, L'Observatoire de l'administration publique, École nationale d'administration publique, 2012, 30 p.

3. LES INDICATEURS RECOMMANDÉS

Vingt-trois indicateurs sont proposés, dont 11 indicateurs pour mesurer la performance du programme-services DP. Ces derniers se répartissent entre les trois grandes catégories de dimensions de la performance (accessibilité des services, qualité des services et utilisation optimale des ressources). Les indicateurs proposés, selon leur nature respective, sont associés aux composantes et/ou à une des huit dimensions du cadre de référence. De plus, comme des liens entre les indicateurs pourraient éventuellement être établis, les résultats du système de suivi de la performance permettront de mieux soutenir les gestionnaires et les équipes dans l'amélioration continue de la performance. Il est important de souligner ici que le groupe de travail recommande un nombre restreint d'indicateurs. Toutefois, d'autres indicateurs pourront être ajoutés en fonction du contexte et des priorités locales et régionales¹⁷. L'annexe 4 expose les raisons qui ont justifié le choix de chacun des indicateurs.

3.1. Les indicateurs de performance du système public de santé et de services sociaux

Comme il a été mentionné précédemment, l'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux s'appuie sur trois grandes dimensions de la performance, soit l'accessibilité des services, la qualité des services et l'utilisation optimale des ressources.

3.1.1. Les indicateurs d'accessibilité

Selon le cadre de référence, l'accessibilité est définie par les deux dimensions suivantes, soit l'accessibilité des services et l'équité d'accès. Le modèle logique du programme-services DP fait ressortir les éléments suivants relativement à l'accès. L'accent doit être mis sur :

- l'actualisation de l'offre de services;
- la mise en place de mécanismes et de standards d'accès, dont l'association de niveaux de priorité à des délais d'accès.

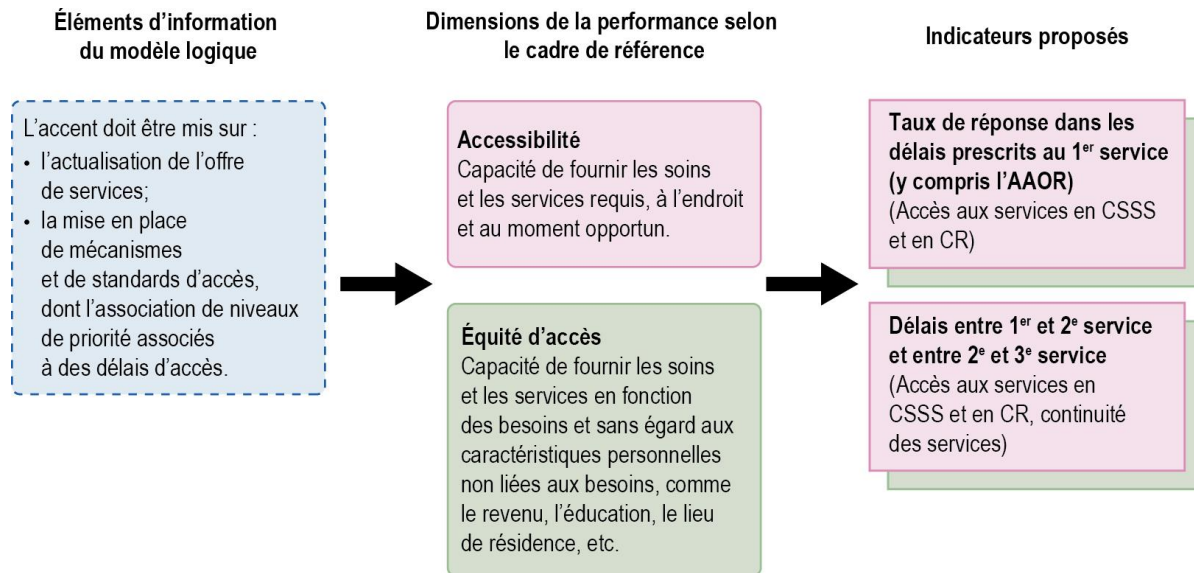
Les indicateurs d'accessibilité proposés par le groupe de travail et illustrés à la figure 1 témoignent de l'accessibilité à l'ensemble des services qui doivent être offerts aux personnes ayant une DP. Notons que ces services sont aussi influencés par le degré de collaboration et la complémentarité avec les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les autres partenaires privés et intersectoriels du RLS.

L'un des deux indicateurs retenus témoigne du respect du délai d'accès prévu dans le plan d'accès pour le premier service. L'autre indicateur permet d'aller plus loin dans la mesure de l'accessibilité en calculant les délais entre les services subséquents au premier service. Bien qu'il s'agisse d'un indicateur d'accessibilité, il nous informe également sur la « continuité » des services offerts aux personnes ayant une DP.

Notons que les indicateurs, pour la sous-dimension accessibilité, ciblent principalement les délais d'accès aux services. L'équité d'accès sera appréciée par l'analyse des indicateurs d'accessibilité en fonction de différents sous-groupes (régions, conditions liées à la défavorisation matérielle et sociale, etc.). Ces deux indicateurs devraient permettre, d'une part, de rendre compte de l'accessibilité des services dans les principaux lieux où ils sont offerts, soit les CSSS et les CRDP, et, d'autre part, de mieux cibler les zones où il faut agir.

17. Denis A. ROY, Eric LITVAK et Fred PACCAUD, *Des réseaux responsables de leur population : moderniser la gestion et la gouvernance en santé*, Le point en administration de la santé et des services sociaux, Québec, 2010, 30 p.

Figure 1
Indicateurs d'accès



3.1.2. Les indicateurs de qualité

Selon le cadre de référence, la qualité des services comprend quatre dimensions, soit l'efficacité, la continuité, la sécurité et la réactivité. De plus, le modèle logique du programme-services DP fait ressortir les éléments suivants relativement à la qualité. L'accent doit être mis sur :

- l'actualisation de l'offre de services;
- la mise en place de mesures visant à faciliter la complémentarité, l'intégration et la continuité des services requis par une personne et sa famille;
- une planification concertée entre les partenaires;
- l'atteinte d'un degré optimal d'autonomie et de participation sociale qui constitue la raison d'être du programme-services DP;
- la satisfaction des usagers.

Les cinq indicateurs de qualité proposés par le groupe de travail et présentés à la figure 2 ont surtout trait à l'efficacité.

Le premier indicateur, qui mesure l'écart entre les services requis et rendus pour les usagers adultes bénéficiant de services à domicile en CSSS, nous informe de la planification des services sur la base des besoins de l'utilisateur.

Le deuxième indicateur permet de mesurer l'efficacité des services offerts en fonction du nombre moyen d'interventions par usager pour les CSSS ou d'HPS en CRDP. Il permet également d'observer la progression ou l'intensité des services offerts aux personnes ayant une DP.

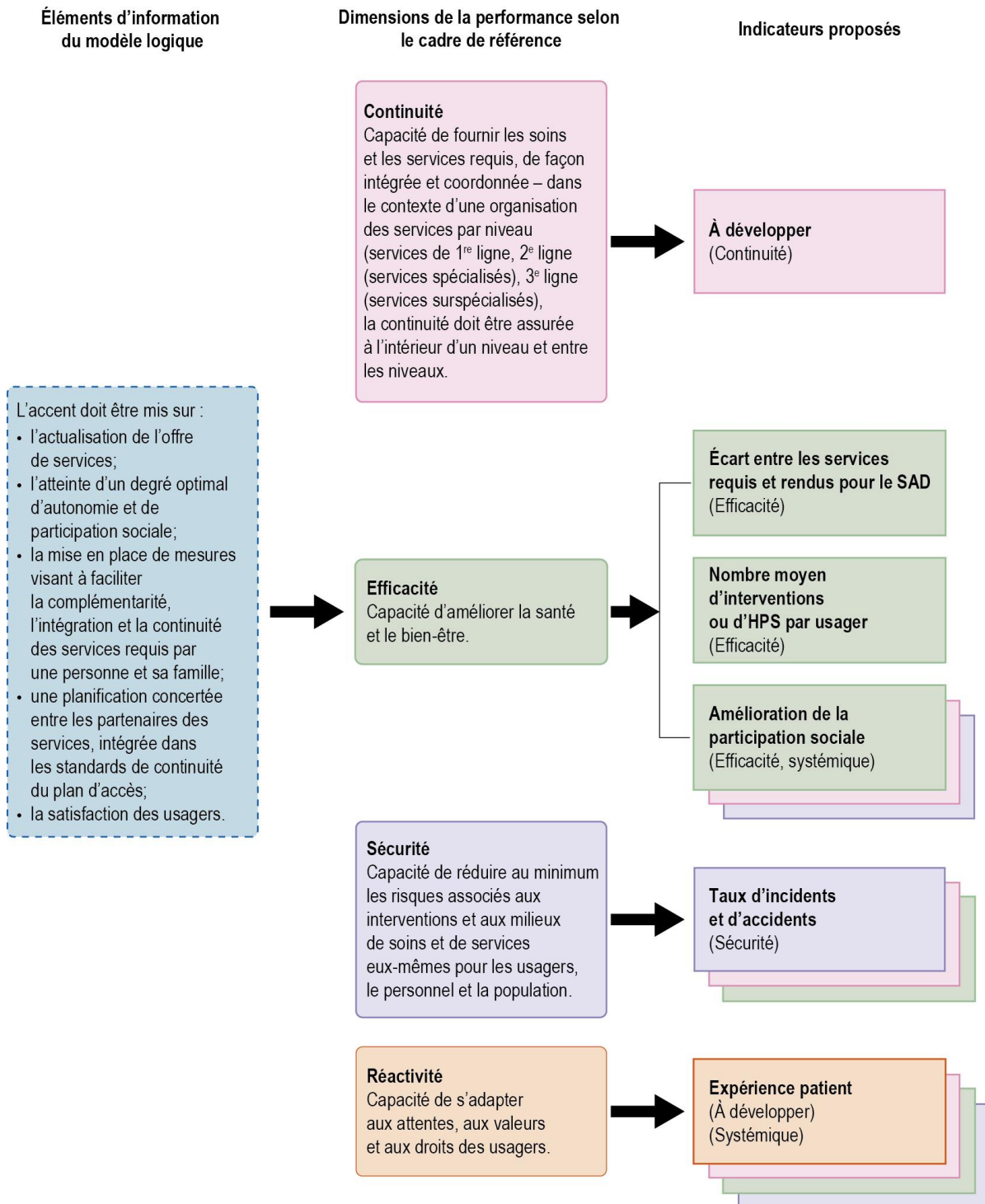
L'amélioration de l'autonomie et une participation sociale optimale des usagers sont des révélateurs puissants de l'efficacité du programme-services en DP.

Le taux d'incidents et d'accidents est un indicateur de sécurité. Les chutes et les erreurs liées à la médication représentent la majorité des déclarations d'incidents ou d'accidents pour l'ensemble des établissements du RSSS.

L'évaluation par les usagers de leur expérience est considérée comme l'un des principaux leviers permettant d'améliorer non seulement la qualité, mais aussi la performance globale des soins et des services.

Les indicateurs de qualité devraient permettre de témoigner notamment de la qualité technique. Ils devraient aussi rendre compte de l'expérience de soins et de services vécue par les usagers et ultimement des points critiques sur lesquels l'attention doit être portée afin de cibler les actions à entreprendre.

Figure 2
Indicateurs de qualité



3.1.3. Les indicateurs d'utilisation optimale des ressources

Selon le cadre de référence, l'utilisation optimale des ressources couvre les deux dimensions suivantes, soit l'efficacité et la viabilité. Par ailleurs, le modèle logique du programme-services DP fait ressortir les éléments suivants relativement à l'utilisation optimale des ressources, soit que l'accent doit être mis sur :

- une adéquation entre les besoins et les services offerts aux personnes ayant une déficience;
- une amélioration de l'organisation et de la coordination des services (plan d'accès : optimiser et harmoniser les processus).

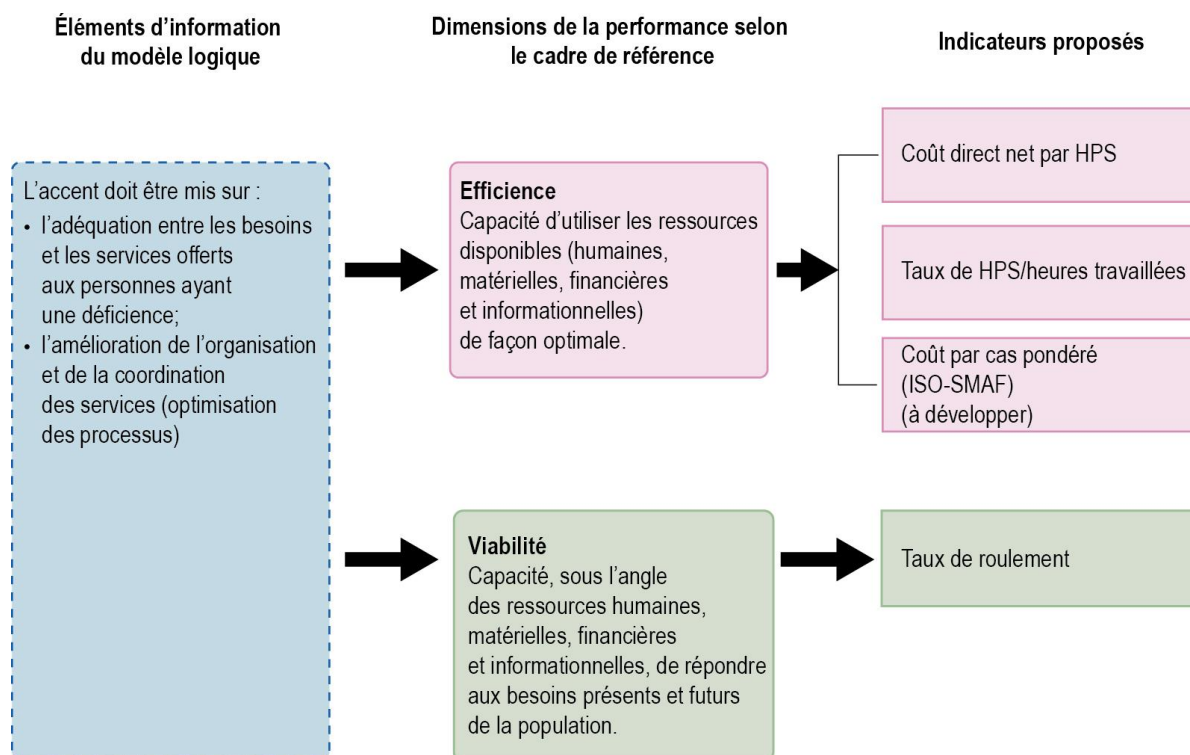
Les indicateurs d'utilisation optimale des ressources proposés par le groupe de travail et présentés à la figure 3 renvoient aux deux dimensions du cadre de référence.

Parmi les quatre indicateurs d'efficacité, deux sont associés à des coûts, soit par heure de prestation de services, soit par cas pondéré. Le troisième indicateur a trait aux heures de prestation de services sur l'ensemble des heures travaillées.

Un autre indicateur rend compte de la viabilité, soit le taux de roulement du personnel. Des problèmes de roulement de la main-d'œuvre traduisent une utilisation non optimale des ressources humaines qui, en plus d'entraîner une perte d'expertise, a une incidence importante sur les coûts du système de santé (p. ex. : recours aux heures supplémentaires et à la main-d'œuvre indépendante).

Les indicateurs de cette dimension devraient permettre de cerner les enjeux en vue d'assurer l'utilisation optimale des ressources.

Figure 3
Indicateurs d'utilisation optimale des ressources



Les liens présumés entre les indicateurs de performance du programme-services DP

Les indicateurs d'accessibilité « taux de réponse, dans les délais prescrits, au 1^{er} service » et « délais entre le 1^{er} et le 2^e service et entre le 2^e et le 3^e service » sont liés entre eux et pourraient être liés à certains indicateurs d'utilisation optimale des ressources (coût direct net par HPS, et taux de HPS/heures travaillées).

L'indicateur de viabilité « taux de roulement » pourrait avoir une incidence sur l'accessibilité et la qualité des services, et notamment sur leur continuité.

Par ailleurs, l'amélioration des résultats de l'ensemble des indicateurs devrait contribuer à l'« amélioration de la participation sociale » des personnes ayant une DP.

3.2. Les indicateurs de conditions structurelles

Le programme-services DP dépend des conditions structurelles qui le sous-tendent. Les ressources financières, humaines, matérielles, technologiques et informationnelles constituent autant d'éléments qui contribuent à son édification. Les aspects de contexte, notamment la gouvernance, y participent également.

Le modèle logique du programme-services DP fait ressortir les éléments suivants relativement aux conditions structurelles. L'accent doit être mis sur :

- l'intégration et la complémentarité des services;
- la mise en place de standards et de mécanismes assurant l'accessibilité et la qualité des services.

Quatre des indicateurs de conditions structurelles proposés par le groupe de travail et présentés à la figure 4 sont associés aux ressources humaines ou financières. Ainsi, le volume des ressources humaines, l'écart des besoins en main-d'œuvre, le taux de précarité de la main-d'œuvre ainsi que les dépenses par 1 000 habitants selon les lignes de services s'avèrent cruciaux pour le programme DP.

Un autre indicateur permet d'apprécier le degré d'implantation des standards et des mécanismes assurant l'accessibilité et la continuité des services offerts aux personnes ayant une DP. L'ensemble de ces standards et mécanismes fait l'objet d'une reddition de comptes qualitative colligée dans les PRAAC.

L'indicateur qui concerne les aides techniques est associé aux ressources matérielles.

Les indicateurs choisis devraient permettre d'apprécier notamment les possibilités et les contraintes avec lesquelles les organisations composent ainsi que de cibler les mécanismes prioritaires qui facilitent la coordination et l'intégration des services. En fait, on estime que les services publics offerts, si les conditions structurelles sont bien en place, seront plus susceptibles d'être accessibles et de qualité, et que l'utilisation des ressources sera optimale.

Liens présumés entre les indicateurs de conditions structurelles et les indicateurs de résultats du système public de santé et de services sociaux

- L'indicateur ayant trait aux « dépenses par 1 000 habitants » pourrait être en lien avec tous les indicateurs d'accès aux services. Cet indicateur, en plus d'être lié à l'utilisation optimale des ressources, est également un révélateur de l'ensemble du système (indicateur systémique).
- L'indicateur « volume des ressources humaines par 10 000 habitants » pourrait être lié à tous les indicateurs d'accès aux services. Cet indicateur, en plus d'être lié à l'utilisation optimale des ressources, est également un révélateur de l'ensemble du système (indicateur systémique). En fait, les résultats associés à ces indicateurs seront tributaires des ressources humaines prévues à cet effet.
- L'indicateur « degré d'implantation du PRAAC » pourrait être lié aux deux indicateurs mesurant l'accès aux services, et plus particulièrement avec un indicateur de qualité (écart entre les services requis et rendus pour le SAD).
- L'indicateur de ressources matérielles « aides techniques » pourrait être lié à un indicateur de qualité (amélioration de la participation sociale).
- Les indicateurs « écart des besoins en main-d'œuvre » et « taux de précarité de la main-d'œuvre » pourraient être liés à l'indicateur d'utilisation optimale des ressources « taux de roulement ».

3.3. Les indicateurs : autres déterminants

D'autres facteurs déterminants du système public de santé et de services sociaux contribuent à l'état de santé et de bien-être des personnes, dont les services privés de santé et de services sociaux, les habitudes de vie, le profil démographique, les conditions environnementales et socioéconomiques.

Le modèle logique du programme-services DP fait ressortir les éléments suivants relativement aux autres déterminants. L'accent doit être mis sur :

- l'importance de travailler avec les partenaires intersectoriels (commissions scolaires, municipalités, etc.);
- l'idée qu'une meilleure intégration des soins et des services contribue à développer et à maintenir l'autonomie fonctionnelle, à compenser les incapacités et à soutenir l'intégration sociale.

Les trois indicateurs concernant les autres déterminants proposés par le groupe et présentés à la figure 4 mettent l'accent sur les conditions socioéconomiques et le taux d'incapacité.

Les indicateurs associés aux autres déterminants doivent permettre de rendre compte des résultats du travail intersectoriel entre les partenaires. Ils doivent aussi aider à déterminer les actions à convenir ainsi que les interventions de sensibilisation à concevoir auprès des autres secteurs qui contribuent également à l'état de santé et de bien-être.

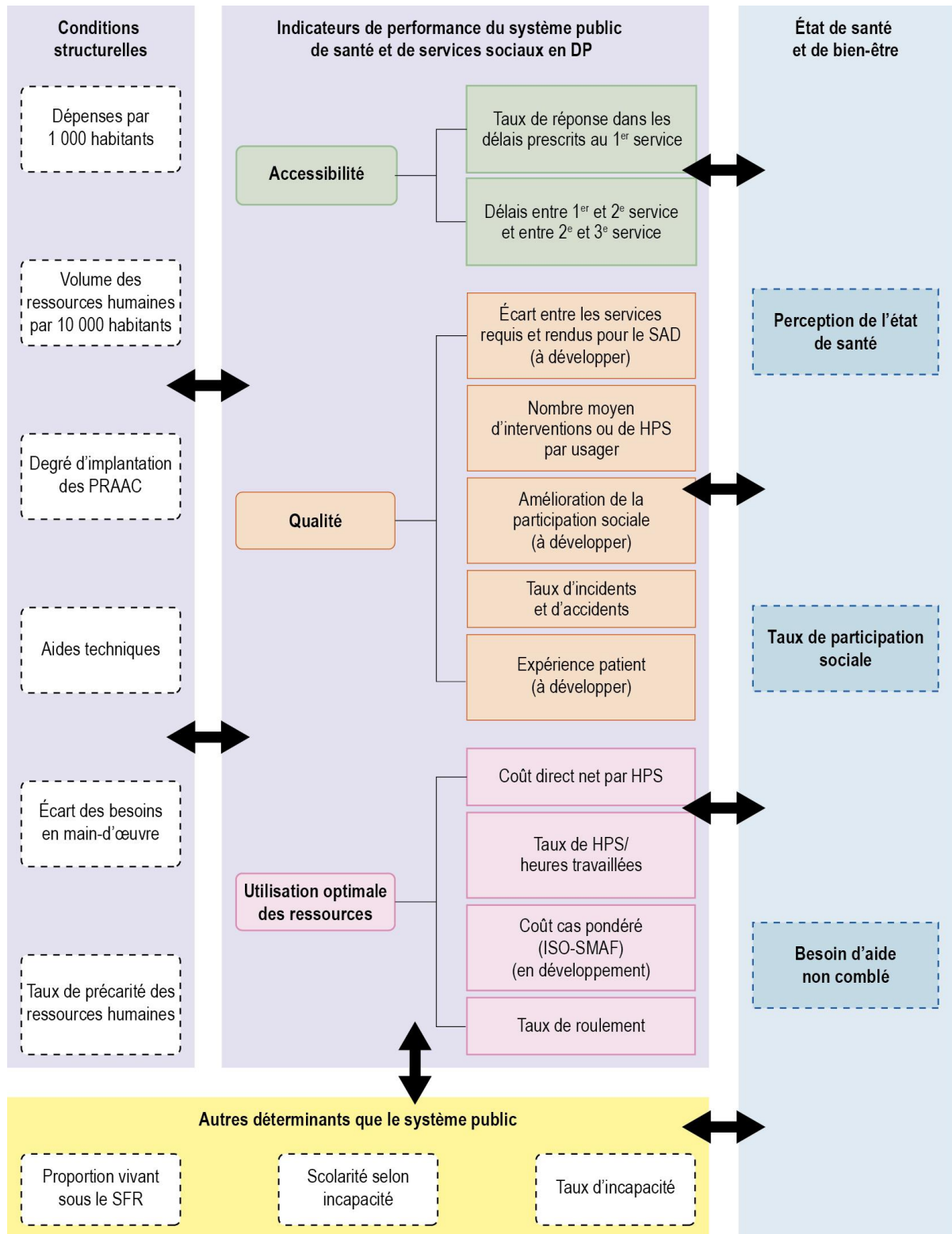
3.4. Les indicateurs d'état de santé et de bien-être

Selon le cadre de référence, l'état de santé et de bien-être d'une population est généralement illustré par sa situation en rapport à la morbidité, à la mortalité, à l'espérance de vie et à l'intégration sociale. Les indicateurs d'état de santé et de bien-être proposés par le groupe sont illustrés à la figure 4. Le modèle logique du programme-services DP fait ressortir les éléments suivants relativement à l'état de santé et de bien-être. L'accent doit être mis sur :

- la participation sociale pleine et entière des personnes ayant une DP;
- l'adéquation entre les besoins et les services.

Le groupe de travail a privilégié trois indicateurs qui portent sur une population ayant des « incapacités » (EQLAV) et qui couvrent un ensemble plus large que les personnes ayant une DP. Ces indicateurs populationnels peuvent également avoir une incidence sur le programme-services.

Figure 4
Un système de suivi global intégré de la performance en DP



Vers une vision prospective des indicateurs

La sélection des indicateurs est limitée par la disponibilité et la qualité des données. Dans le but d'arriver à une meilleure adéquation entre ce que l'on cherche à mesurer et ce que l'on mesure, le groupe de travail propose, pour certains indicateurs, des modifications aux systèmes d'information de manière à les faire évoluer dans la direction souhaitée. De plus, la non-concordance des populations ciblées dans les enquêtes et les sondages populationnels avec celle du programme-services (déficience, incapacité, handicap) rend difficile le développement d'indicateurs portant sur les autres déterminants ainsi que sur l'état de santé et de bien-être des personnes ayant une DP.

Tableau 1

Indicateurs à développer en priorité

INDICATEURS DE QUALITÉ

Indicateurs à développer ciblés par le comité	Source de données	Échéances	Commentaires
Écart entre les services requis et rendus pour les services à domicile	RSIPA	2017-2018	<ul style="list-style-type: none"> L'indicateur est à développer. Le développement des derniers modules du RSIPA permettant de comparer les services requis et les services rendus aux usagers sera terminé en 2017.
Taux d'incidents et d'accidents	Système d'information sur la sécurité des soins et services (SISSS)	Moyen terme	<ul style="list-style-type: none"> Indicateur à améliorer. Inexistant dans les CSSS, car on ne peut pas départager les programmes-services. L'AERDPQ fournissait les données selon les usagers admis et inscrits. Il faudrait modifier le SISSS afin que nous ayons les données à notre niveau.
Expérience patient	Enquête ou sondage	Long terme	<ul style="list-style-type: none"> L'indicateur est à développer. S'effectuera de façon intégrée puisqu'il est à développer dans tous les groupes de travail portant sur l'évaluation de la performance.
Amélioration de la participation sociale	Enquête	Long terme	<ul style="list-style-type: none"> L'indicateur est à développer à l'aide d'une enquête ciblant la clientèle DP spécialement. La raison d'être du programme est d'améliorer la participation sociale des personnes ayant une DP.

INDICATEURS D'UTILISATION OPTIMALE DES RESSOURCES

Indicateurs à développer ciblés par le comité	Source de données	Échéances	Commentaires
Coût par cas pondéré	Réseau de services intégrés aux personnes âgées (RSIPA)	2017-2018	<ul style="list-style-type: none"> L'indicateur est à développer. Le développement des derniers modules du RSIPA permettant d'évaluer le coût des services rendus aux usagers selon leur ISO-SMAF sera terminé en 2017.

4. LES TRAVAUX À RÉALISER

Le groupe de travail suggère de réaliser certains travaux afin de soutenir la démarche d'amélioration continue.

4.1. Élaboration et diffusion du tableau de bord du programme-services DP

Une fois les indicateurs sélectionnés, le travail doit consister à s'assurer que tous les outils nécessaires à l'exercice d'appréciation de la performance sont accessibles aux divers acteurs concernés. Comme le prévoit le cadre de référence, les indicateurs seront calculés à l'échelle nationale, régionale et locale, et présentés dans un tableau de bord qui devra être accessible au RSSS, et ce, en temps continu au moyen d'un site Web convivial. Dans un cycle ultérieur, le tableau de bord pourra être rendu accessible au grand public afin que la population puisse prendre connaissance des résultats.

4.2. Mise à jour en temps opportun des données utiles à la gestion de la performance

Le groupe de travail est d'avis que les données relatives aux indicateurs, pour être utiles à la gestion de la performance, doivent être mises à jour en temps opportun. Si les délais sont trop longs, la qualité de l'information en souffrira et, par conséquent, les gestionnaires, les intervenants et les cliniciens se tourneront vers d'autres sources d'information.

4.3. Mobiliser les acteurs et les sensibiliser à une démarche d'amélioration continue de la performance

Le groupe de travail souhaite que le système de suivi global et intégré de la performance du programme-services DP mobilise toutes les instances responsables de la gestion ou de la coordination des services sur un territoire donné, soit :

- le CSSS et le CRDP, avec leurs partenaires sectoriels et intersectoriels (publics, privés et communautaires), en ce qui concerne le RLS correspondant;
- l'agence, en ce qui concerne la région sociosanitaire correspondante;
- le Ministère, en ce qui concerne l'ensemble du Québec.

En outre, chaque instance devra :

- analyser, valider et améliorer la qualité des données, le cas échéant;
- analyser les résultats avec ses équipes et, au besoin, forer les données à des échelles plus fines, c'est-à-dire :
 - établir des liens entre les résultats du tableau de bord et les objectifs poursuivis concernant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population déjà convenus à chacun des paliers (p. ex. : entre le CSSS et ses partenaires dans le cadre des projets cliniques),
 - déterminer les forces qu'aura révélées le tableau de bord ainsi que les zones d'amélioration et les éléments explicatifs associés;
- utiliser les résultats pour convenir des meilleurs moyens d'action en vue d'améliorer leur performance et préciser les contributions attendues des différents partenaires;
- mettre en œuvre les moyens d'action et assurer le suivi périodiquement.

Enfin, les niveaux régional et national devront offrir l'appui et le soutien au RSSS à chacune des étapes suggérées.

4.4. Déterminer les cibles de performance du programme-services DP

Pour apprécier pleinement la performance du programme-services DP, il convient de mettre en perspective les mesures de la performance. Idéalement, une telle analyse devrait reposer sur la détermination de cibles pour chacun des indicateurs de performance. Cet exercice nécessite une excellente connaissance des possibilités et des contraintes auxquelles fait face le système de santé et de services sociaux, y compris les éléments de contexte. Il a ainsi été convenu qu'une période d'observation serait nécessaire afin de parfaire cette connaissance. L'établissement de cibles de performance sera donc examiné dans une phase ultérieure.

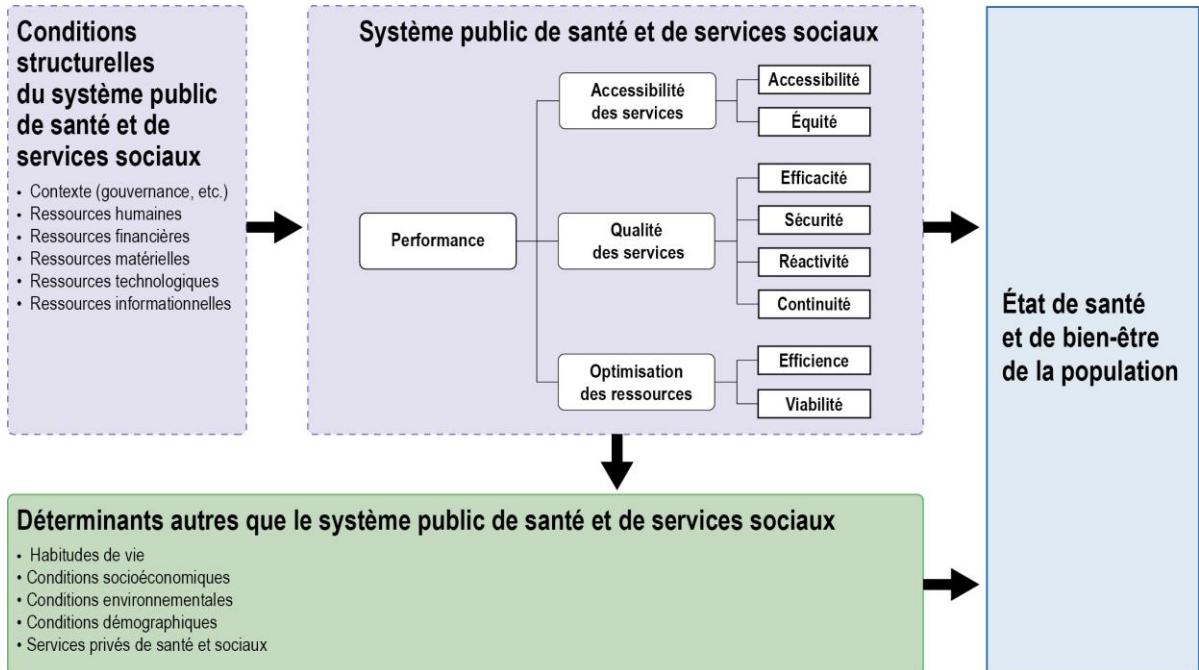
CONCLUSION

Au terme de son rapport, le groupe de travail souhaite que les indicateurs proposés constituent l'assise d'un système de suivi global et intégré du programme-services DP. Il ne lui fait aucun doute que ce système de suivi de la performance est un outil indispensable à la gestion du programme et que ce premier pas guidera les travaux subséquents qui devraient s'appuyer sur les recommandations suivantes :

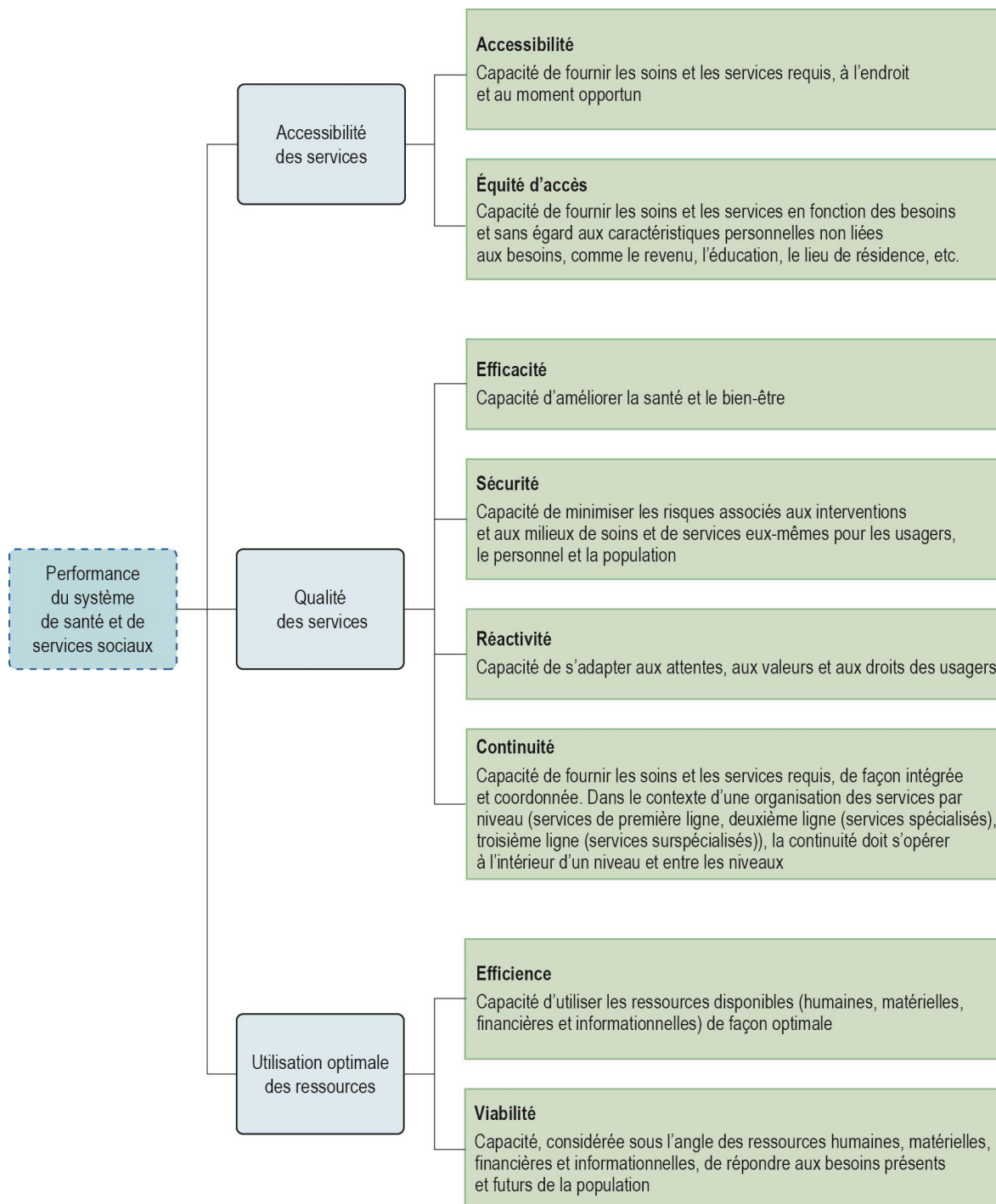
- Donner priorité au déploiement complet de SIPAD et à la création de la banque de données commune;
- Donner priorité au jumelage des banques de données I-CLSC et SIPAD. Dans un premier temps, les données seront extraites à partir de chacune;
- Établir un jumelage entre I-CLSC et RSIPA qui permettrait de lier les interventions prévues (dans le PSIAS) à celles réalisées (dans I-CLSC);
- Clarifier les frontières du programme-services DP avec d'autres, notamment Santé physique et Soutien à l'autonomie des personnes âgées;
- Recommander à l'INESSS de mener des travaux et des recensions des écrits concernant les standards cliniques en matière d'intensité d'intervention;
- Étudier la possibilité de développer ou de bonifier une ou des enquêtes auprès des usagers ayant une DP concernant, notamment :
 - l'expérience patient,
 - le taux de participation sociale;
- Établir une stratégie de communication pour l'appropriation du tableau de bord de la performance en DP;
- Déployer une stratégie visant l'amélioration de la qualité des données;
- Ventiler les données par programme-services dans les différents systèmes d'information;
- Le MSSS devra se pencher sur le déploiement d'un outil commun pour obtenir un indice de besoins de la clientèle (p. ex. : MHAVIE);
- Suivre de près les travaux sur le PSIAS :
 - Arrimage avec la banque I-CLSC pour une codification automatique,
 - Rendre accessible le module informatique du PSIAS à l'ensemble des usagers (enfants) et des établissements (CRDP);
- Concevoir une méthode pour évaluer la continuité et l'intégration des services.

ANNEXE 1 CADRE DE RÉFÉRENCE MINISTÉRIEL

Schématisation du système de santé et de bien-être

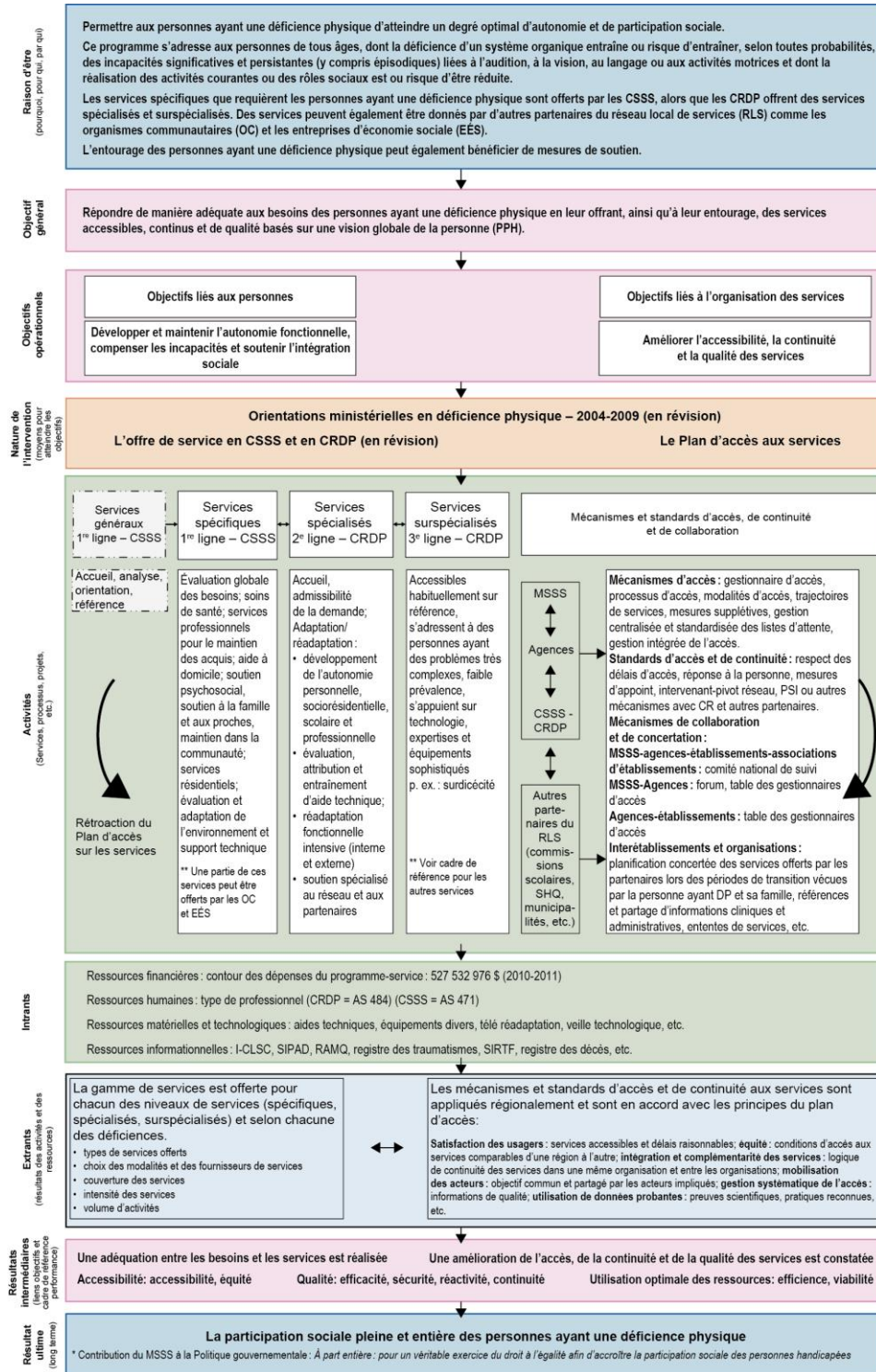


Dimensions de la performance selon le cadre de référence ministériel



ANNEXE 2 MODÈLE LOGIQUE DP

Modèle logique programme-service Déficience physique



ANNEXE 3 ENCHAÎNEMENT LOGIQUE MENANT AU CHOIX DES INDICATEURS EN DP

Indicateurs d'accessibilité

Ce que sous-tend le programme-services DP (modèle logique)	Dimensions de la performance (selon le cadre de référence) Questions d'évaluation But	Indicateurs retenus (dimensions)
<p>L'accent doit être mis sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'actualisation de l'offre de services en DP; • la mise en place de mécanismes et de standards d'accès, dont l'association de niveaux de priorité à des délais d'accès. 	<p>L'accessibilité est définie selon les deux dimensions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'accessibilité des services, soit la capacité de fournir les soins et les services requis, à l'endroit et au moment opportun; • L'équité d'accès, soit la capacité de fournir les soins et les services en fonction des besoins et sans égard aux caractéristiques personnelles non liées aux besoins, comme le revenu, l'éducation, le lieu de résidence, etc. <p>La question d'évaluation Dans quelle mesure les personnes ayant une DP ont-elles accès, dans des délais opportuns, à des services, et ce, de manière équitable?</p> <p>Le but Les indicateurs d'accessibilité doivent permettre notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • de rendre compte de l'accessibilité des services aux principaux lieux de prestation des services (CSSS, CRDP); • de mieux cibler les zones où il faut agir. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Taux de réponse, dans les délais prescrits, au 1^{er} service (y compris l'AAOR) (accessibilité) 2. Délais entre le 1^{er} et le 2^e service et entre le 2^e et le 3^e service (accessibilité) <p>Majeure : accessibilité des services P.-S. – L'équité d'accès sera appréciée par l'analyse de l'accessibilité en fonction de différents sous-groupes (p. ex. : entre les régions, conditions associées à la défavorisation matérielle et sociale).</p>

Indicateurs de qualité

Ce que sous-tend le programme-services DP (modèle logique)	Dimensions de la performance (selon le cadre de référence) Questions d'évaluation But	Indicateurs retenus (dimensions)
<p>L'accent doit être mis sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'actualisation de l'offre de services en DP; • l'atteinte d'un degré optimal d'autonomie et de participation sociale; • la mise en place de mesures visant à faciliter la complémentarité, l'intégration et la continuité des services requis par une personne et sa famille; • une planification concertée entre les partenaires des services, intégrée dans les standards de continuité du plan d'accès; • la satisfaction des usagers. 	<p>La qualité est définie selon les quatre dimensions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La continuité, la capacité à fournir des soins et des services de façon coordonnée et intégrée; • L'efficacité, soit la capacité d'améliorer la santé et le bien-être; • La sécurité, soit la capacité de réduire au minimum les risques associés aux interventions et aux milieux de soins et de services eux-mêmes pour les usagers, le personnel, et la population; • La réactivité, soit la capacité de s'adapter aux attentes, aux valeurs et aux droits des usagers. <p>Les questions d'évaluation Dans quelle mesure les services offerts aux personnes ayant une DP sont-ils offerts de façon à éviter les ruptures de services, de manière efficace, de sorte qu'ils diminuent la récurrence des situations problématiques? L'expérience de soins et de services vécue par les personnes ayant une DP est-elle satisfaisante?</p> <p>Le but Les indicateurs de qualité doivent permettre de témoigner notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • des résultats relatifs à la mise en place des mécanismes permettant une plus grande fluidité; • de l'expérience des soins et des services vécue par les usagers; • des points critiques sur lesquels devra porter l'action. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Écart entre les services requis et rendus pour le SAD (à développer) (efficacité) 2. Nombre moyen d'interventions ou d'heures de prestation de services par usager (efficacité) 3. Amélioration de la participation sociale (à développer) (efficacité, systémique) 4. Taux d'incidents et d'accidents (sécurité) 5. Expérience patient (à développer) Actuellement, on ne dispose que de données mesurant le taux de satisfaction des usagers (sondages, enquêtes, organismes d'agrément) (réactivité) <p>Majeure : efficacité</p>

Indicateurs d'utilisation optimale des ressources

<p>Ce que sous-tend le programme-services DP (modèle logique)</p>	<p>Dimensions de la performance (selon le cadre de référence) Questions d'évaluation But</p>	<p>Indicateurs retenus (dimensions)</p>
<p>L'accent doit être mis sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'adéquation entre les besoins et les services offerts aux personnes ayant une déficience; • l'amélioration de l'organisation et de la coordination des services (plan d'accès : optimisation des processus). 	<p>L'utilisation optimale des ressources est définie selon deux dimensions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'efficacité, soit la capacité d'utiliser les ressources disponibles (humaines, matérielles, financières et informationnelles) de façon optimale; • La viabilité, soit la capacité, sous l'angle des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles, de répondre aux besoins présents et futurs de la population. <p>Les questions d'évaluation Dans quelle mesure les ressources sont-elles utilisées de façon optimale pour répondre aux besoins des personnes ayant une déficience? Des mesures sont-elles en place pour assurer la capacité de répondre aux besoins présents et futurs de la population ayant une déficience?</p> <p>Le but Les indicateurs devraient nous permettre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • de cerner les enjeux cruciaux en vue d'améliorer l'utilisation des ressources. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coût direct net par HPS (efficacité) 2. Taux HPS/heures travaillées (efficacité) 3. Coût par cas pondéré (ISO-SMAF) (à développer) (efficacité) 4. Taux de roulement (viabilité) <p>Majeure : efficacité</p>

Indicateurs de conditions structurelles

Ce que sous-tend le programme-services DP (modèle logique)	Autres composantes du cadre de référence Questions d'évaluation But	Indicateurs retenus
<p>L'accent doit être mis sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'intégration et la complémentarité des services; • la mise en place de standards et de mécanismes assurant l'accessibilité et la qualité des services. 	<p>Les conditions structurelles concernent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles. Les éléments de contexte, notamment la gouvernance, y participent également. <p>La question d'évaluation Dans quelle mesure les conditions structurelles sont-elles en place pour assurer aux personnes ayant une DP des services accessibles et de qualité, et pour lesquels les ressources sont utilisées de manière optimale?</p> <p>Le but Les indicateurs se rattachant aux conditions structurelles doivent permettre notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • d'apprécier les possibilités et les contraintes avec lesquelles les CSSS et les CRDP doivent composer; • de cibler les mécanismes prioritaires qui facilitent la coordination et l'intégration des services sur l'ensemble du continuum. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dépenses par 1 000 habitants (ressources financières) 2. Volume de ressources humaines par 10 000 habitants (ressources humaines) 3. Degré d'implantation des PRAAC (gouvernance) 4. Aides techniques (ressources matérielles) 5. Écart des besoins en main-d'œuvre (ressources humaines) 6. Taux de précarité des ressources humaines (ressources humaines)

Indicateurs « autres déterminants que le système public de santé et de services sociaux »

Ce que sous-tend le programme-services DP (modèle logique)	Autres composantes du cadre de référence Questions d'évaluation But	Indicateurs retenus
<p>L'accent doit être mis sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'importance de travailler avec les partenaires intersectoriels (commissions scolaires, municipalités, etc.); • l'idée qu'une meilleure intégration des soins et des services contribue à développer et à maintenir l'autonomie fonctionnelle, à compenser les incapacités et à soutenir l'intégration sociale. 	<p>D'autres déterminants que le système public de santé et de services sociaux contribuent à l'état de santé et de bien-être, entre autres :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les services privés de santé et de services sociaux; • les habitudes de vie, le profil démographique, les conditions environnementales et socioéconomiques d'une population. <p>La question d'évaluation Quels sont les principaux déterminants autres que le système public qui contribuent à l'état de santé et de bien-être des personnes ayant une DP?</p> <p>Le but Les indicateurs associés aux autres déterminants que le système public de santé et de bien-être doivent permettre de rendre compte notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • des résultats du travail intersectoriel entre les partenaires; • des secteurs plus sensibles afin de convenir des actions et des interventions de sensibilisation à concevoir auprès des autres partenaires qui contribuent également à l'état de santé et de bien-être. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proportion vivant sous le seuil de faible revenu (conditions socioéconomiques) 2. Scolarité selon l'incapacité (conditions socioéconomiques) 3. Taux d'incapacité (conditions socioéconomiques)

Indicateurs d'état de santé et de bien-être

Ce que sous-tend le programme-services DP (modèle logique)	Autres composantes du cadre de référence Questions d'évaluation But	Indicateurs retenus (dimensions)
<p>L'accent doit être mis sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la participation sociale pleine et entière des personnes ayant une DP; • l'adéquation entre les besoins et les services. 	<p>L'état de santé et de bien-être d'une population est généralement reflété par sa situation par rapport à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la morbidité, la mortalité, l'espérance de vie et l'intégration sociale. <p>La question d'évaluation Quels sont les résultats en matière de santé et de bien-être des personnes ayant une DP?</p> <p>Le but Les indicateurs relatifs à l'état de santé et de bien-être doivent permettre de rendre compte notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • des résultats sur une population ayant des « incapacités » (EQLAV) et qui couvrent un ensemble plus large que les personnes ayant une DP. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perception de l'état de santé 2. Taux de participation sociale 3. Besoin d'aide non comblé

ANNEXE 4

FICHES DE PERTINENCE DES INDICATEURS

INDICATEURS DE PERFORMANCE – DIMENSION ACCESSIBILITÉ (ACCESSIBILITÉ) Taux de réponse dans les délais prescrits au 1^{er} service

1. Pourquoi mesurer l'accès aux services

- Un accès rapide aux services de 1^{re}, 2^e et 3^e lignes évite une détérioration de la condition de l'utilisateur.
- Le Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience est l'avenue privilégiée par le MSSS pour soutenir le programme-services DP dans l'amélioration de l'accès, de la continuité et de l'intégration des services offerts aux personnes ayant une déficience et à leur entourage.
- L'une des orientations mises de l'avant dans le *Plan stratégique 2010-2015 du MSSS* (MSSS, 2010; orientation 3.1.1, p. 31) pour les personnes ayant une déficience est de leur assurer l'accès aux services dans des délais acceptables.

2. Quel est l'indicateur et comment l'interpréter?

Cet indicateur vise à estimer le taux de demandes de services traitées, selon les délais définis comme standards dans le plan d'accès.

En CSSS :

Demandes de niveau de priorité
« urgent » : 3 jours

Demandes de niveau de priorité
« élevé » : 33 jours

Demandes de niveau de priorité
« modéré » : 360 jours

En CRDP :

Demandes de niveau de priorité
« urgent » : 3 jours

Demandes de niveau de priorité
« élevé » : 97 jours

Demandes de niveau de priorité
« modéré » : 360 jours

Afin de permettre une évaluation éclairée des résultats, ceux-ci seront mis en rapport avec les données rattachées aux indicateurs suivants :

- Le nombre d'utilisateurs ayant reçu un service;
- L'intensité des services (nombre d'HPS en CR et nombre d'interventions en CSSS);
- L'écart entre le délai moyen observé et le standard.

3. Évolution souhaitée de l'indicateur

Ne s'applique pas.

Références :

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, Québec, 2010, 52 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience*, Québec, 2008, 44 p.

INDICATEURS DE PERFORMANCE – DIMENSION ACCESSIBILITÉ (ACCESSIBILITÉ)

Délais entre le 1^{er} et le 2^e service et entre le 2^e et le 3^e service

1. Pourquoi mesurer le délai d'accès aux services subséquents au 1^{er} service?

- De longs délais dans la séquence des services à offrir aux personnes ayant une DP peuvent conduire à des situations non souhaitées allant de la fragilisation des habiletés acquises jusqu'à la détérioration de leur condition.
- Le plan d'accès est l'avenue privilégiée par le MSSS pour soutenir le programme-services DP dans l'amélioration de l'accès, de la continuité et de l'intégration des services offerts aux personnes ayant une déficience et à leur entourage.
- Dans le cadre du plan d'accès, la reddition de comptes qui porte sur le respect des délais s'applique uniquement au 1^{er} service. Il importe alors de savoir si les personnes reçoivent l'ensemble des services requis ou si l'on a seulement déplacé la liste d'attente vers les services subséquents au 1^{er} service (Côté, G., 2012).

2. Quel est l'indicateur et comment l'interpréter?

L'indicateur mesure le délai d'attente entre le 1^{er} et le 2^e service et le délai entre le 2^e et le 3^e service aux personnes ayant une DP.

- On suppose que plus les délais sont courts entre les services, plus cela contribue à permettre aux personnes ayant une DP d'atteindre rapidement un degré optimal d'autonomie et de participation sociale.

3. Évolution souhaitée de l'indicateur

Ne s'applique pas.

Références :

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Évaluation de l'implantation du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience 2008-2011 – Afin de mieux faire ensemble*, Québec, 2012, 104 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience*, Québec, 2008, 44 p.

INDICATEURS DE PERFORMANCE – DIMENSION QUALITÉ (EFFICACITÉ)
Écart entre les services requis et rendus pour les usagers adultes bénéficiant des services de soutien à domicile en CSSS

1. Pourquoi mesurer l'efficacité des services en CSSS?

- Des services qui ne sont pas efficaces ont des conséquences importantes tant pour les usagers, dont le problème n'est pas résolu, que pour le système, qui doit déployer des ressources additionnelles lorsque la situation se dégrade.
- Selon les données d'enquête sociale générale (ESG) de 2012, les bénéficiaires de soins à domicile ayant une incapacité physique étaient plus à risque d'avoir des besoins partiellement comblés (18 %) que les bénéficiaires de soins sans incapacité (10 %) (Stat. Can, 2014).
- La politique gouvernementale *À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité* (OPHQ, 2009) fait de la généralisation de la planification individualisée et coordonnée des services l'une des priorités d'intervention afin de relever le défi d'une société respectueuse des choix et des besoins des personnes handicapées et de leur famille.
- Le module informatique du RSIPA, appelé PSIAS, soutient cette planification et cette coordination des services. Il facilite l'élaboration du plan d'intervention (PID global, PII ou PSI) découlant de l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC), et il permet la détermination, avec l'usager, des besoins prioritaires et des services requis (MSSS, 2014).
- Les services offerts aux personnes ayant une DP doivent être donnés de manière efficace et de telle sorte qu'ils diminuent la récurrence des situations problématiques et l'interruption de services.

2. Quel est l'indicateur et comment l'interpréter?

L'indicateur mesure l'écart existant entre les services de soutien à domicile requis¹⁸ et ceux rendus¹⁹ aux adultes présentant une déficience physique en CSSS.

Plus précisément, l'indicateur mesure l'écart moyen pour ces services selon les profils ISO-SMAF. Il sera disponible à l'échelle provinciale, régionale et par établissement.

3. Évolution souhaitée de l'indicateur

L'efficacité des services de soutien à domicile offerts aux usagers de 18 ans et moins devrait également être évaluée. Pour ce faire, le module RSIPA devrait intégrer cette clientèle au même titre que la clientèle adulte.

18. Les services requis dépendront des capacités de l'usager, de ses préférences, de ses ressources personnelles et du jugement clinique de l'évaluateur.

19. Les services rendus seront ceux qui auront été réellement donnés à l'usager. Ils peuvent différer des services requis en raison de certaines contraintes organisationnelles, techniques, financières ou propres à l'usager. Les raisons de cette disparité seront connues dans le module RSIPA.

Références :

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Le soutien à l'autonomie des clientèles adultes à domicile*. Document de travail. Équipe de soutien à l'autonomie, Québec, 2014, 2 p.

STATISTIQUE CANADA. *Regards sur la société canadienne : les Canadiens dont les besoins en soins à domicile sont non comblés*, Québec, 2014, 14 p.

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC. *À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité. Politique gouvernementale pour accroître la participation sociale des personnes handicapées*, Québec, 2009, 51 p.

INDICATEURS DE PERFORMANCE – DIMENSION QUALITÉ (EFFICACITÉ)
Nombre moyen d'interventions ou d'heures de prestation de services par personne

1. Pourquoi mesurer l'intensité des services?

- Des services qui ne sont pas efficaces ont des conséquences importantes tant pour les usagers, dont le problème n'est pas résolu, que pour le système, qui doit déployer des ressources additionnelles lorsque la situation se dégrade.
- La reddition de comptes prévue dans le plan d'accès devait permettre d'apprécier non seulement la conformité aux standards, mais aussi le virage que le RSSS doit effectuer vers l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience de ses processus, y compris l'intensité des services offerts (MSSS, 2008, p. 36).
- Dans les Orientations ministérielles en déficience physique, l'annexe 3 indique qu'il faut « Identifier, pour chaque catégorie de déficience et groupe d'âge, des indices de besoins permettant de situer le niveau d'intensité des services requis » (MSSS, 2003, p. 79).

2. Quel est l'indicateur et comment l'interpréter?

Cet indicateur mesure le nombre moyen d'interventions reçues par usager différent ayant une déficience physique, en CSSS, ou le nombre moyen d'heures de prestation de services (HPS) par usager différent ayant une déficience physique, données en CRDP.

- Cet indicateur permet d'observer la progression du nombre moyen d'interventions par usager différent, ayant une déficience, en CSSS.
- Il permet d'observer la progression du nombre de HPS par usager différent, ayant une déficience, dans les CRDP.
- Il contribue à évaluer l'intensité des services offerts.
- Il faudra être prudent dans l'interprétation de l'indicateur puisqu'il manque de standards cliniques en matière d'intensité d'intervention par type de déficience.

3. Évolution souhaitée de l'indicateur

Ultimement, la « lourdeur » des cas devrait être prise en considération. Les travaux sur le soutien à l'autonomie des clientèles adultes à domicile seront des plus pertinents pour faire évoluer l'indicateur à l'aide de l'OEMC.

Références :

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience*, Québec, 2008, 44 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Pour une véritable participation à la vie de la communauté. Orientations ministérielles en déficience physique : objectifs 2004-2009*, Québec, 2003, 93 p.

INDICATEURS DE PERFORMANCE – DIMENSION QUALITÉ (EFFICACITÉ)

Amélioration de la participation sociale

1. Pourquoi mesurer l'autonomie et la participation sociale?

- Des services qui ne sont pas efficaces auront des conséquences importantes tant pour les usagers, dont le problème n'est pas résolu, que pour le système, qui doit déployer des ressources additionnelles lorsque la situation se dégrade.
- L'article 1.2 de la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale précise que « les orientations suivantes guident l'Office, les ministères et leurs réseaux, les municipalités et les organismes publics ou privés : [...] b) favoriser l'autonomie des personnes handicapées et leur participation à la prise de décisions individuelles ou collectives les concernant ainsi qu'à la gestion des services qui leur sont offerts ».
- La participation sociale des personnes ayant une déficience physique est ciblée comme étant la finalité de l'ensemble des 18 objectifs poursuivis dans les Orientations ministérielles en déficience physique (MSSS, 2003).
- Permettre aux personnes ayant une déficience physique d'atteindre un degré optimal d'autonomie et de participation sociale constitue la raison d'être du programme-services Déficience physique (cf. modèle logique).

2. Quel est l'indicateur et comment l'interpréter?

- L'indicateur (à développer) devrait mesurer la qualité de la participation sociale pour les personnes ayant une DP au moyen d'une enquête auprès des usagers du programme DP.
- La qualité de la participation sociale correspond au mode de réalisation des habitudes de vie d'une personne. Les habitudes de vie comportent deux dimensions, soit des activités courantes, soit des rôles sociaux correspondant aux projets de vie des personnes selon leur âge, leur sexe et leur identité socioculturelle (Boucher et coll., 2013).
- Le questionnaire sur la MHAVIE pourrait être utilisé. L'outil a pour but de recueillir de l'information sur un ensemble d'habitudes de vie que les personnes réalisent dans leur milieu (domicile, lieu de travail ou d'études, quartier) afin d'assurer leur épanouissement dans la société tout au long de leur existence (page Internet).
- La MHAVIE est un instrument de mesure qui se caractérise par une approche mettant l'accent sur le point de vue de la personne, sur la détermination du niveau d'aide humaine requis et de celui de la difficulté éprouvée dans la réalisation des habitudes de vie (activités courantes et rôles sociaux); cet instrument de mesure permet de dégager un niveau de réalisation qui s'accompagne d'un niveau de satisfaction exprimé par la personne ou ses proches (Boucher et coll., 2013).

3. Évolution souhaitée de l'indicateur

Ne s'applique pas.

Références :

RÉSEAU INTERNATIONAL SUR LE PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP. Disponible en ligne : <http://www.ripph.qc.ca/instruments-de-mesure/mhavie/echelle-mesure>, page consultée le 25-02-2014.

BOUCHER, Normand, et coll. *Projet d'expérimentation de la MHAVIE en sites-pilotes des centres de réadaptation en déficience physique et intellectuelle, trouble envahissant du développement et des centres de santé et de services sociaux, volet soutien à domicile*, Québec, 2013, 170 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Pour une véritable participation à la vie de la communauté. Orientations ministérielles en déficience physique : objectifs 2004-2009*, Québec, 2003, 93 p.

INDICATEURS DE PERFORMANCE – DIMENSION QUALITÉ (SÉCURITÉ)

Taux d'incidents et d'accidents en CRDP

1. Pourquoi mesurer la sécurité des soins et des services en CRDP?

- La LSSSS stipule, entre autres, que les « établissements ont pour fonction d'assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité, qui soient continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits des personnes (...) » (LSSSS, art. 100).
- Depuis décembre 2002, chaque établissement a l'obligation de compiler, aux fins d'analyse, les accidents et les incidents survenus durant la prestation de soins de santé et de services sociaux (MSSS, 2013).
- Les chutes et les erreurs liées à la médication représentent la majorité des déclarations d'incidents ou d'accidents pour l'ensemble des établissements du réseau (MSSS, 2013).

2. Quel est l'indicateur et comment l'interpréter?

Cet indicateur mesure le nombre d'incidents et d'accidents par jours-présences (usagers admis) ou par heures de prestation de services²⁰ (usagers inscrits) répertoriés durant l'année de référence.

- Depuis le 1^{er} avril 2009, tous les établissements ont l'obligation d'alimenter le système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS) en enregistrant toutes les données et les informations recueillies au moyen d'un rapport de déclaration. Ce formulaire est utilisé par l'ensemble du personnel de l'établissement, qui a la responsabilité de faire la déclaration de tout incident ou accident (MSSS, 2013).
- Dans le SISSS, les incidents et les accidents sont classés selon une échelle de gravité comprenant 10 niveaux allant de « Circonstance ou événement qui a la capacité de causer une erreur ou un dommage (situation à risque) » à « Accident ayant contribué ou résultant en la mort de la personne » (MSSS, 2013).

3. Évolution souhaitée de l'indicateur

Cet indicateur ne peut être ventilé par programme-services en CSSS. Cette ventilation nous permettrait d'avoir un portrait plus juste de l'ensemble des incidents et des accidents dans les différents lieux de prestation des soins et des services, y compris les services de soutien à domicile.

Références :

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q. chapitre S-4.2

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Rapport semestriel des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec : période du 1^{er} octobre 2012 au 31 mars 2013*, Québec, 2013, 113 p.

20. Seules les interventions en interaction avec l'utilisateur sont retenues (HPS de type 100).

INDICATEURS DE PERFORMANCE – DIMENSION QUALITÉ (RÉACTIVITÉ)

Expérience-patient

1. Pourquoi mesurer l'expérience-patient?

- La mesure de l'expérience-patient est une façon reconnue de porter un regard sur la qualité des soins à partir de l'angle des usagers (Robert Wood Johnson Foundation, 2012; Picker Institute Europe, 2009).
- L'expérience-patient donne un résultat plus près de la réalité que les sondages classiques de satisfaction qui ont tendance à surestimer la qualité des soins. Cette approche permet aussi plus facilement de cibler des pistes concrètes d'amélioration (Brown et coll., 2010; Coulter et Cleary, 2001; Robert Wood Johnson Foundation, 2012).

2. Quel est l'indicateur et comment l'interpréter?

L'indicateur est à développer. Entre-temps, les réponses à des questions ciblées dans le cadre du processus d'agrément pourraient servir de base aux travaux sur la performance en DP.

3. Évolution souhaitée de l'indicateur

- La question de *satisfaction globale* existe déjà et fait partie de quelques outils reconnus tels que le NHS Inpatient Survey et le questionnaire de type HCAHPS que l'ICIS utilise présentement. La question pourrait être reprise telle quelle et intégrée aux questionnaires d'expérience patient sélectionnés.
- Il faudra convenir des questionnaires qui seront utilisés pour mesurer l'expérience-patient. Comme aucun sondage existant ne correspond parfaitement aux besoins de mesure de la réactivité pour les personnes ayant une déficience, un travail de développement de nouveaux outils ou d'adaptation d'outils existants devra être fait.
- Le choix des outils conçus ou adaptés pourrait dépendre d'autres besoins du Ministère ou des établissements (p. ex., l'agrément).
- Dans le cadre des travaux entrepris pour évaluer la performance, il est prévu que des questionnaires d'expérience-patient différents seront utilisés pour chacune des clientèles des programmes-services. Il est également envisagé d'utiliser le plus de questions communes d'un questionnaire à l'autre, et d'adapter les autres questions selon le type de services reçus. Toutefois, la question de *satisfaction globale* devra être la même dans tous les questionnaires et être située à la toute fin de sorte que les gens posent un jugement sur leur expérience de soins tout en ayant en tête toutes les dimensions de cette expérience.
- Les résultats pourraient également être rapportés selon l'établissement ayant rendu les soins ou encore le type de soins reçus par le patient (soins et services à domicile, services en réadaptation, etc.).
- Si l'indicateur donne un score global, il pourrait tout de même être possible de forer dans les résultats et aller chercher plus d'informations au sujet de chacune des dimensions des soins mesurées dans le sondage. Des exemples de dimensions des soins seraient par exemple l'accès aux soins, la coordination et la continuité des soins, la sécurité, le respect du patient et de ses préférences, etc. (Wong et Haggerty, 2013; Picker Institute, 2011).

Références :

BROWNE, K., et coll. « Analysis & Commentary – Measuring Patient Experience As A Strategy for Improving Primary Care », *Health Affairs*, vol. 29, n° 5, 2010, p. 921-925.

COULTER, A., et P. D. CLEARY. « Patient's Experiences with Hospital Care in Five Countries », *Health Affairs*, vol. 20, n°- 3, 2001, p. 244-252.

PICKER INSTITUTE. *Always Events : Creating and Optimal Patient Experience*, 2011, 18 p.

PICKER INSTITUTE EUROPE. *Core domains for measuring inpatient's experience of care*, 2009, 24 p.

ROBERT WOOD JOHNSON FOUNDATION. *Measuring Patient Experience*, 2012, 2 p.

WONG, S.T., et J. HAGGERTY. « Measuring Patient Experiences in Primary Health Care – A review and classification of items and scales used in publicly-available questionnaires », *UBC Centre for Health services and Policy research*, 2013.

INDICATEURS DE PERFORMANCE – DIMENSION UTILISATION OPTIMALE DES RESSOURCES (EFFICIENCE)

Coût direct net par heure de prestation de services (HPS) dans les CRDP

1. Pourquoi mesurer le coût direct net par HPS?

- L'efficacité désigne la capacité d'utiliser les ressources humaines et financières disponibles de façon optimale (MSSS, 2012).
- Dans le contexte actuel où les dépenses en santé sont en croissance et où les revenus pour les financer sont restreints, il importe de connaître ce qu'il en coûte pour une heure de prestation de services. De 2009-2010 à 2013-2014, les dépenses de 2^e et 3^e lignes pour le programme de déficience physique ont crû à un rythme annuel moyen de 3,32 %. Or, les dépenses de 2^e et 3^e lignes sont composées à 80 % de dépenses en services spécialisés et de réadaptation.
- La reddition de comptes prévue dans le Plan d'accès devait permettre d'apprécier non seulement la conformité aux standards, mais aussi le virage que le réseau doit effectuer vers l'amélioration de l'efficacité et de l'efficacité de ses processus (MSSS, 2008).
- La relation entre le coût engagé et le temps réalisé pour offrir la prestation de services pour les services de réadaptation peut permettre d'étayer l'analyse sur l'utilisation optimale de ressources dans les CRDP.

2. Quel est l'indicateur et comment l'interpréter?

- L'indicateur est constitué du rapport entre le coût direct net²¹ assumé par les CRDP et le nombre total d'HPS données aux usagers à la même période, et pour une même gamme de services de réadaptation²².
- Cet indicateur vise à comparer le coût moyen d'une HPS reçue par les usagers dans un CRDP et d'en apprécier l'évolution dans le temps. Il permettra également de comparer le coût pour une heure de prestation de services entre les CRDP.
- *A priori*, ce coût unitaire devrait être comparable entre les CRDP pour une même gamme de services. Toutefois, les choix organisationnels et cliniques ainsi que la composition et la disponibilité de la main-d'œuvre constituent des facteurs pouvant entraîner des disparités de coûts. Il importe donc de mettre en relation cet indicateur avec les résultats obtenus au chapitre de l'accessibilité, de la qualité et de l'utilisation optimale des services.

3. Évolution souhaitée de l'indicateur

Lorsqu'il sera possible d'obtenir la ventilation des ressources humaines par programme-services dans les CSSS, il sera opportun d'évaluer le coût des services de soutien à domicile par heure travaillée. En effet, des travaux sont en cours au Ministère afin de ventiler l'ensemble des ressources humaines par programme-services, y compris les services de 1^{re}, 2^e et 3^e lignes.

21. Le coût direct net est composé des salaires, des avantages sociaux, des charges sociales ainsi que des autres charges directes telles que les fournitures et autres charges, et les allocations directes. Il exclut les ventes de services, les recouvrements et les transferts de frais généraux.

22. Réadaptation pour adultes – déficience motrice (8020), Réadaptation pour enfants – déficience motrice (8030), Adaptation/intégration sociale et adaptation professionnelle – déficience motrice (8040), Adaptation/réadaptation – déficience visuelle (8060), Adaptation/réadaptation – déficience auditive (8070), Adaptation/réadaptation – déficience du langage et de la parole (8080).

Références :

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*, Gouvernement du Québec, 2012.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience : afin de faire mieux ensemble*, Gouvernement du Québec, 2008, p. 36.

INDICATEURS DE PERFORMANCE – DIMENSION UTILISATION OPTIMALE DES RESSOURCES (EFFICIENCE)

Taux d'heures de prestation des services (HPS) sur les heures travaillées consacrées aux personnes présentant une déficience physique dans les CRDP

1. Pourquoi mesurer le taux d'HPS sur les heures travaillées?

- L'efficacité désigne la capacité d'utiliser les ressources financières et les ressources humaines disponibles de façon optimale (MSSS, 2012).
- Une coordination adéquate doit viser à offrir le bon service, au bon moment, au bon endroit, par le bon intervenant. Elle représente une garantie de sécurité pour les personnes servies et une garantie d'efficacité pour le système de services (MSSS, 2003).
- La reddition de comptes prévue dans le Plan d'accès devait permettre d'apprécier non seulement la conformité aux standards, mais aussi le virage que le réseau doit effectuer vers l'amélioration de l'efficacité et de l'efficacité de ses processus, y compris l'intensité des services offerts (MSSS, 2008).
- La relation entre les heures consacrées à la prestation de services directs aux usagers et le nombre total d'heures travaillées²³ permet d'illustrer le concept d'utilisation optimale des ressources humaines dans les CRDP.

2. Quel est l'indicateur et comment l'interpréter?

- Cet indicateur met en relation la proportion des services directs reçus par les usagers des CRDP. Les services offerts sont évalués en heures de prestation de services (HPS). L'indicateur est donc constitué du rapport entre le nombre d'HPS réalisées pour offrir des services directs²⁴ aux usagers et le nombre total d'heures travaillées, y compris les tâches administratives et les déplacements.
- Cet indicateur permet d'apprécier l'intensité des services offerts dans les CRDP en mettant l'accent sur la proportion des services reçus directement par les usagers présentant une déficience physique.

3. Évolution souhaitée de l'indicateur

Il serait souhaitable de calculer cet indicateur dans les CSSS. Toutefois, les interventions sont compilées en nombre et non en heures, à l'exception des services de soutien à domicile.

Références :

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*, Gouvernement du Québec, 2012.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience : afin de faire mieux ensemble*, Gouvernement du Québec, 2008, p. 36.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Chez soi : le premier choix. La Politique de soutien à domicile*, Gouvernement du Québec, 2003, p. 22.

23. Les heures travaillées dans ce contexte sont constituées des heures totales de prestation de services (HPS 25, 50, 100, 300, 400, 500, 600, 700 et 800) et des heures totales d'activités professionnelles (HAP 1000, 1100, 1200 et 1300). Cette somme est différente des heures travaillées totales au sens strict, qui incluent d'autres activités non cliniques. Nous utilisons ce terme pour alléger le texte.

24. Les HPS réalisées pour des services directs sont constituées des HPS 100, 300 et 500.

INDICATEURS DE PERFORMANCE – DIMENSION UTILISATION OPTIMALE DES RESSOURCES (EFFICIENCE)

Coût par cas pondéré pour les services rendus aux usagers bénéficiant de services de soutien à domicile en CSSS

1. Pourquoi mesurer l'efficacité des services de soutien à domicile en CSSS?

- L'efficacité désigne la capacité d'utiliser les ressources financières et les ressources humaines disponibles de façon optimale (MSSS, 2012).
- Un continuum de soins efficaces reflète un bon fonctionnement en réseau. Cela permet d'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins et des services puisqu'il est possible de traiter plus d'usagers avec un même budget et de mieux les prendre en charge.
- Plus particulièrement pour le programme de déficience physique (DP), une coordination adéquate doit viser à offrir le bon service, au bon moment, au bon endroit, par le bon intervenant. Elle représente une garantie de sécurité pour les personnes servies et une garantie d'efficacité pour le système de services (MSSS, 2003).
- En 2013-2014, les services à domicile représentent plus de 99 % des dépenses de 1^{re} ligne pour le programme de déficience physique et plus de 34 % des dépenses totales du programme.
- Le module informatique du RSIPA appelé « Plan de services individualisé et d'allocation de services (PSIAS) » soutient cette planification et cette coordination des services. Il facilite l'élaboration du plan d'intervention (PID global, PII ou PSI) découlant de l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) et il permet la détermination, avec l'usager, des besoins prioritaires et des services requis. Il permettra également, dans une phase ultérieure, l'évaluation des coûts pour chacun des services rendus (MSSS, 2014).

2. Quel est l'indicateur et comment l'interpréter?

- L'indicateur (à développer) mesure le coût des services rendus aux adultes présentant une déficience physique et recevant des services de soutien à domicile en CSSS. Plus précisément, l'indicateur mesure le coût pondéré pour ces services selon les profils Iso-SMAF. Il sera disponible à l'échelle provinciale, régionale et par établissement.
- Les données proviendront du module informatique RSIPA et seront disponibles en 2017-2018.

3. Évolution souhaitée de l'indicateur

Le coût par cas pondéré pour les services de soutien à domicile pour les usagers de 18 ans et moins devrait également être évalué. Pour ce faire, le module RSIPA devrait intégrer ces usagers au même titre que les usagers adultes.

Références :

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Le soutien à l'autonomie des clientèles adultes à domicile*, document de travail, Équipe de soutien à l'autonomie, 2014.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*, Gouvernement du Québec, 2012.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Chez soi : le premier choix. La Politique de soutien à domicile*, Gouvernement du Québec, 2003, p. 22.

INDICATEURS DE PERFORMANCE – DIMENSION UTILISATION OPTIMALE DES RESSOURCES (VIABILITÉ)

Taux de roulement du personnel de 55 ans et moins dans les CRDP

1. Pourquoi mesurer le taux de roulement du personnel?

- La viabilité des ressources humaines est la capacité de répondre aux besoins présents et futurs de la population (MSSS, 2012a). Cette capacité est tributaire d'enjeux importants tels que le roulement, la rétention et l'attraction du personnel ainsi que l'absentéisme au travail, la pénurie et la planification des effectifs. Cette disponibilité est différente de la notion de volume de ressources humaines qui ne fournit qu'une information descriptive sans se soucier de l'adéquation entre l'offre et la demande de services de santé.
- Le taux de roulement a également une incidence sur les coûts du système de santé. En effet, pour pallier le manque de main-d'œuvre, les établissements ont recours aux heures supplémentaires et à la main-d'œuvre indépendante (MSSS, 2010). Cela constitue une utilisation non optimale des ressources humaines.
- Les établissements connaissent un roulement important des intervenants psychosociaux, y compris les éducateurs spécialisés, et d'autres professionnels de la santé, dont ceux du secteur de la réadaptation physique. Ce phénomène est particulièrement vécu en région plus éloignée (MSSS, 2010). Le manque de stabilité des intervenants a une incidence importante sur la continuité et la qualité des services (AQESSS, 2012).
- Les établissements doivent être en mesure d'assurer l'attraction, la rétention et la planification de son personnel. Ils peuvent entreprendre des mesures leur permettant de remédier au problème de disponibilité de la main-d'œuvre, dont la rétention des effectifs. Effectivement, l'organisation efficace du travail, l'encadrement clinique ainsi que la formation et le perfectionnement constituent des exemples de mesures que peuvent exercer les établissements (AQESSS, 2012). Les CRDP et les CSSS ont par conséquent cette responsabilité.

2. Quel est l'indicateur et comment l'interpréter?

- Il établit le pourcentage que représente le nombre de personnes de 55 ans et moins, appartenant au personnel soignant²⁵, au personnel en réadaptation physique²⁶ et au personnel en services sociaux²⁷, quittant les CRDP de façon définitive à une période donnée par rapport au nombre de personnes à l'emploi de l'organisation au cours de cette même période (MSSS, 2012b).
- Cet indicateur nous informe de la part que représentent les départs volontaires sur l'actif total en main-d'œuvre. Les départs devront exclure les départs à la retraite²⁸ afin de fournir une information plus pertinente quant à la viabilité associée à la satisfaction et aux conditions de travail.
- Plus la valeur de ce taux est élevée, plus la perte de main-d'œuvre est importante pour l'organisation.

25. Le personnel soignant est constitué des infirmières techniciennes et cliniciennes, des infirmières auxiliaires, des inhalothérapeutes, des préposés aux bénéficiaires et des auxiliaires aux services de santé et sociaux.

26. Le personnel en réadaptation est constitué des audiologistes, des ergothérapeutes, des orthophonistes, des physiothérapeutes, des thérapeutes en réadaptation physique, des spécialistes en orientation et mobilité et en réadaptation en déficience visuelle ainsi que des techniciens en orthèses et prothèses.

27. Le personnel en services sociaux est constitué des travailleurs sociaux (TS), des agents de ressources humaines (ARH), des psychologues, des psychoéducateurs, des éducateurs et éducatrices, y compris les techniciens, et des techniciens en assistance sociale.

28. Raison pour laquelle nous considérons que les personnes de 55 ans et moins.

3. Évolution souhaitée de l'indicateur

Lorsqu'il sera possible d'obtenir la ventilation des ressources humaines par programme-services dans les CSSS, il sera opportun d'évaluer le taux de roulement dans ces établissements. En effet, des travaux sont en cours au Ministère afin de ventiler l'ensemble des ressources humaines par programme-services, y compris les services de 1^e, 2^e et 3^e lignes.

Références :

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES 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*, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, Bibliothèque et Archives Canada, 2012.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*, Gouvernement du Québec, 2012a.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Manuel de planification et de gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre*, Gouvernement du Québec, 2012b.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, Gouvernement du Québec, 2010.

INDICATEURS DE CONDITIONS STRUCTURELLES – RESSOURCES FINANCIÈRES

Dépenses par 1 000 habitants

1. Pourquoi mesurer les ressources financières disponibles pour le programme DP?

- Pour être en mesure d'apprécier les résultats en matière de performance du programme-services DP, il est important de les mettre en relation avec les ressources financières disponibles pour le programme.
- L'atteinte des objectifs du programme doit également être mise en relation avec la disponibilité des ressources financières disponibles à la fois pour les services de 1^{re}, 2^e et 3^e lignes ainsi que les crédits des organismes communautaires.
- Les CSSS, dans le cadre du programme DP, assurent aux personnes et à leur famille des services à long terme visant à compenser les incapacités des personnes dans l'accomplissement de leurs activités courantes et à assurer leur maintien dans la communauté (MSSS, 2008). Ces services spécifiques consistent par exemple en une évaluation globale des besoins, que ce soit pour des soins de santé, des services professionnels pour le maintien des acquis, de l'aide à domicile, du soutien psychosocial à la famille et aux proches, des services résidentiels, etc. Pour ce faire, les CSSS doivent disposer des ressources financières nécessaires pour ces services de 1^{re} ligne, en fonction des besoins de la population.
- Les CRDP ont pour mission d'offrir des services d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale aux personnes ayant une déficience physique. Leur offre de services spécialisés est caractérisée par des épisodes d'intervention plus ou moins longs, et souvent nécessaires à plusieurs reprises pour une même personne. Ainsi, les établissements doivent composer autant avec de nouvelles demandes de services qu'avec des demandes liées à des besoins persistants et récurrents (MSSS, 2008). Les CRDP doivent donc disposer, à l'instar des CSSS, des ressources financières nécessaires leur permettant de répondre aux besoins des personnes ayant une déficience physique et ainsi offrir ces services de 2^e ligne requis.
- La nécessité de disposer des ressources financières nécessaires pour les services de 1^{re}, 2^e et 3^e lignes est d'autant plus importante puisque les besoins des personnes ayant une déficience demeurent importants. Et dans un contexte de hiérarchisation des services, un certain équilibre doit être conservé entre les sommes investies pour les services spécifiques et les services spécialisés.

2. Quel est l'indicateur et comment l'interpréter?

- L'indicateur mesure les dépenses associées aux services de 1^{re}, 2^e et 3^e lignes ainsi que les crédits des organismes communautaires par 1 000 habitants afin d'illustrer l'offre de services du programme DP sur une base régionale.
- Il faut être prudent dans l'interprétation des résultats puisque cet indicateur demeure descriptif. Il nous fournit une photo des dépenses par 1 000 habitants à un moment donné. En aucun cas, il ne nous renseigne sur le niveau optimal à dépenser afin d'obtenir des résultats de performance donnés. Il n'est donc pas un indicateur d'efficacité.
- Cet indicateur est en lien avec l'accessibilité, la qualité ainsi que l'utilisation optimale des ressources. Il permet donc de contextualiser les différents résultats de performance liés aux services de 1^{re}, 2^e et 3^e lignes offerts dans le cadre du programme DP.

3. Évolution souhaitée de l'indicateur

Ne s'applique pas.

Référence :

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience*, Québec, 2008, 44 p.

INDICATEURS DE CONDITIONS STRUCTURELLES – RESSOURCES HUMAINES

Volume de ressources humaines par 10 000 habitants dans les CRDP

1. Pourquoi mesurer le volume de ressources humaines par 10 000 habitants?

- Afin d'apprécier les résultats du programme-services DP, il est important de mettre en relation les résultats obtenus au chapitre de l'accessibilité, de la qualité et de l'utilisation optimale des ressources avec les ressources humaines disponibles.
- Le RSSS fait face à une pénurie importante de main-d'œuvre à la fois pour les services de santé que pour les services sociaux, et particulièrement dans le secteur de la réadaptation. Certaines régions éloignées et certains établissements sont touchés, allant jusqu'à provoquer des ruptures de services (MSSS, 2010).
- À cet effet, l'accent doit être mis sur le volume de ressources humaines qui sont au cœur de cette prestation de services dans les CRDP et dans les CSSS, particulièrement au chapitre du personnel en réadaptation physique et en services sociaux.

2. Quel est l'indicateur et comment l'interpréter?

- Cet indicateur de ressources humaines mesure la proportion du personnel soignant²⁹, du personnel en réadaptation physique³⁰ et du personnel en services sociaux³¹ par 10 000 habitants. Plus précisément, cet indicateur est constitué du nombre total d'équivalents temps complet (ETC) de chacun de ces regroupements de personnel dans les CRDP par 10 000 habitants sur une base régionale.
- Cet indicateur fournit une information descriptive, soit une photo du volume de personnel soignant, du personnel en réadaptation et du personnel en services sociaux à une période donnée. Il ne permet pas d'apprécier les contraintes à court, moyen et long terme de disponibilité des ressources humaines destinées à l'ensemble des personnes présentant une DP. Également, il ne nous renseigne pas sur le niveau optimal des effectifs permettant d'obtenir des résultats de performance donnés au chapitre de l'efficacité ou de l'efficience.
- Il permet de contextualiser les résultats de performance au chapitre de l'accessibilité, de la qualité et de l'optimisation des ressources, entre autres pour la viabilité des ressources humaines. Les enjeux de rétention, d'attraction, de pénurie et de planification des effectifs sont autant de facteurs qui viendront compromettre la viabilité des ressources humaines, et par conséquent leur volume, ce qui pourra entraver la satisfaction des besoins présents et futurs de la clientèle DP.
- Cet indicateur est également complémentaire à l'écart des besoins en main-d'œuvre, autre indicateur contextuel dans le cadre du programme-services DP.

29. Le personnel soignant est constitué des infirmières techniciennes et cliniciennes, des infirmières auxiliaires, des inhalothérapeutes, des préposés aux bénéficiaires et des auxiliaires aux services de santé et sociaux.

30. Le personnel en réadaptation est constitué des audiologistes, des ergothérapeutes, des orthophonistes, des physiothérapeutes, des thérapeutes en réadaptation physique, des spécialistes en orientation et mobilité, des spécialistes en réadaptation en déficience visuelle et des techniciens en orthèses et prothèses.

31. Le personnel en services sociaux est constitué des travailleurs sociaux, des agents de ressources humaines, des psychologues, des psychoéducateurs, des éducateurs et éducatrices, y compris les techniciens, et les techniciens en assistance sociale.

3. Évolution souhaitée de l'indicateur

Cet indicateur devra être également disponible pour les services de 1^{re} ligne (CSSS). En effet, les ETC destinés au programme ne sont pas disponibles actuellement à ce niveau. Des travaux sont en cours au ministère afin de ventiler l'ensemble des ressources humaines par programme-services, y compris les services de 1^{re}, 2^e et 3^e lignes.

Références :

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Manuel de planification et de gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre*, Direction de l'analyse et du soutien informationnel, Québec, mise à jour en mai 2013, 115 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, Québec, 2010, 52 p.

INDICATEURS DE CONDITIONS STRUCTURELLES – GOUVERNANCE

Degré d'implantation du PRAAC

1. Pourquoi mesurer les résultats de l'implantation du PRAAC?

- Le Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience est l'avenue privilégiée par le MSSS pour soutenir le programme-services en DP dans l'amélioration de l'accès, de la continuité et de l'intégration des services offerts aux personnes ayant une déficience et à leur entourage.
- Dans le cadre du plan d'accès, la reddition de comptes est basée sur des données quantitatives (p. ex. : taux de respect des délais) et des données qualitatives. Ces dernières sont colligées dans un PRAAC.

2. Quel est l'indicateur et comment l'interpréter?

Cet indicateur vise l'appréciation qualitative de chaque PRAAC selon les résultats ministériels attendus définis à la reddition de comptes. L'appréciation de chaque PRAAC se mesure sur une échelle de valeurs selon la gradation suivante : processus faiblement avancé, processus moyennement avancé, processus avancé, processus très avancé concernant l'implantation des mécanismes d'accès et des standards d'accès et de continuité suivants :

- Mécanismes d'accès : gestionnaire d'accès, processus d'accès, modalité d'accès, trajectoires de services, mesures supplétives, gestion centralisée et standardisée des listes d'attente, gestion intégrée de l'accès et de la continuité;
- Standards d'accès et de continuité : respect des délais d'accès, réponse à la personne, mesures d'appoint, intervenant-pivot réseau, PSI.

Afin de permettre une évaluation éclairée des résultats, ceux-ci seront mis en relation avec les données rattachées à l'indicateur suivant :

- Taux de demandes de services traités selon les délais du plan d'accès.

3. Évolution souhaitée de l'indicateur

- Le PRAAC est un outil évolutif, il est donc prévu que certains éléments changent;
- Le PRAAC sera éventuellement un outil informatisé.

Référence :

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience*, Québec, 2008, 44 p.

INDICATEURS DE CONDITIONS STRUCTURELLES – RESSOURCES MATÉRIELLES

Dépenses des programmes d'aides techniques³² en CRDP par 1 000 habitants

1. Pourquoi mesurer le programme des aides techniques pour le programme DP?

- Pour être en mesure d'apprécier les résultats en matière de performance du programme-services en DP, il est important de les mettre en relation avec les dépenses engagées dans le cadre du programme d'aides techniques. En effet, les aides techniques sont des moyens concrets de compenser les incapacités et ainsi de contribuer à favoriser la participation à la vie sociale des personnes ayant une déficience (MSSS, 2003).
- Les aides techniques visent à compenser les incapacités que peut éprouver une personne ayant une déficience physique permanente dans la réalisation de ses habitudes de vie telles que les soins personnels, les activités domestiques, les déplacements, la scolarisation et le travail. En somme, elles servent à soutenir la personne dans la réalisation de ses activités courantes.
- Les programmes d'aides techniques ont pour but, d'une part, d'évaluer les capacités de la personne ainsi que les obstacles présents dans son environnement et, d'autre part, de proposer des solutions permettant de compenser ses incapacités afin d'éviter qu'elle se retrouve en situation de handicap dans son environnement domiciliaire et communautaire.
- De nombreux programmes d'aides techniques sont offerts par l'État. Il s'agit de programmes donnant accès gratuitement, sous forme de prêts d'équipements, à des aides compensant les déficiences motrice, visuelle, auditive ou du langage.

2. Quel est l'indicateur et comment l'interpréter?

- L'indicateur mesure les dépenses engagées pour l'attribution d'aides techniques par 1 000 habitants afin d'obtenir l'offre de services de ces programmes auprès de la population.
- Il faut être prudent dans l'interprétation des résultats puisque cet indicateur demeure descriptif. Il nous fournit une photo des dépenses par 1 000 habitants pour le programme d'aides techniques en CRDP. En aucun cas, il ne nous renseigne sur le niveau optimal à dépenser afin d'obtenir des résultats de performance donnés. Il n'est donc pas un indicateur d'efficacité.
- Cet indicateur est en lien avec l'efficacité du programme DP, car les programmes d'aides techniques visent à optimiser l'autonomie et la participation sociale de la personne par la compensation de ses incapacités.

3. Évolution souhaitée de l'indicateur

Cet indicateur devrait être également disponible en CSSS. Les données actuelles incluent des sommes engagées pour des aides techniques destinées à des personnes âgées en perte d'autonomie. Il serait opportun de concevoir une méthode permettant de ventiler ces dépenses selon les deux types de clientèles.

32. Les programmes d'aides techniques sont les suivants :

Déficience motrice : chien d'assistance à la motricité, aides motrices, triporteurs et quadriporteurs, ambulateurs, chaussures orthopédiques et appareillage de chaussure, tricycles et vélos adaptés;

Déficience auditive : aides auditives;

Déficience visuelle : aides visuelles;

Déficience du langage : aides à la communication.

Références :

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Pour une véritable participation à la vie de la communauté. Orientations ministérielles en déficience physique : objectifs 2004-2009*, Québec, 2003, 93 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Reddition de comptes annuelle des mandataires*, Québec.

INDICATEURS DE CONDITIONS STRUCTURELLES – RESSOURCES HUMAINES

L'écart des besoins en main-d'œuvre

1. Pourquoi mesurer l'écart des besoins en main-d'œuvre?

- Le RSSS fait face à une pénurie importante de main-d'œuvre à la fois pour les services de santé que pour les services sociaux, et particulièrement dans le secteur de la réadaptation. Certaines régions éloignées et certains établissements sont touchés, allant jusqu'à provoquer des ruptures de services (MSSS, 2010).
- Les nombreux départs à la retraite des employés du RSSS prévus au cours des prochaines années, l'accroissement des besoins de services de la population québécoise, un faible niveau de diplomation pour certaines professions et les changements dans l'offre de travail des nouvelles générations de travailleurs qui préconisent la conciliation travail-famille sont autant de facteurs qui compromettent la disponibilité des ressources humaines à court et long terme. Dans ce contexte, le renouvellement de la main-d'œuvre du RSSS est devenu une préoccupation majeure des établissements (MSSS, 2010).
- Afin d'apprécier les résultats du programme-services DP, il importe de savoir si les ressources humaines sont déployées de manière cohérente selon les priorités et les orientations ministérielles, telles qu'elles sont définies pour ce programme-services à l'échelle régionale et locale.

2. Quel est l'indicateur et comment l'interpréter?

- Cet indicateur de ressources humaines mesure l'écart des besoins en main-d'œuvre pour certains titres d'emploi appartenant au personnel soignant³³ en réadaptation³⁴ et en services sociaux³⁵. Plus précisément, il mesure l'écart relatif entre l'effectif disponible et l'effectif requis (projection tenant compte de certains facteurs tels que la croissance démographique, les départs à la retraite, le nombre de diplomations, etc.) pour certains titres d'emplois jugés vulnérables ou susceptibles de devenir vulnérables³⁶ dans le RSSS (MSSS, 2009).
- Cet indicateur nous informe des besoins futurs en main-d'œuvre qualifiée pour certaines professions clés. Toutefois, étant donné que ces projections de main-d'œuvre sont effectuées pour l'ensemble du réseau et ne peuvent être effectuées pour les professions vouées exclusivement au programme DP, l'indicateur est plutôt d'ordre contextuel pour le programme DP, bien qu'il puisse capter, en partie, la viabilité des ressources humaines du programme. En effet, une grande part des titres d'emplois jugés vulnérables, ou en voie de l'être, appartient au secteur de la réadaptation.
- Il permet donc de contextualiser les résultats de performance du programme DP au chapitre de l'accessibilité, de la qualité et de l'optimisation des ressources, entre autres pour la viabilité des ressources humaines.

33. Les titres d'emplois jugés vulnérables ou susceptibles de devenir vulnérables pour le personnel soignant sont les infirmières, les infirmières auxiliaires, les préposés aux bénéficiaires et les inhalothérapeutes.

34. Les titres d'emplois jugés vulnérables ou susceptibles de devenir vulnérables pour le personnel en réadaptation sont les audiologistes, les ergothérapeutes, les orthophonistes et les physiothérapeutes.

35. Les titres d'emplois jugés vulnérables ou susceptibles de devenir vulnérables pour le personnel en services sociaux sont les travailleurs sociaux et les psychologues.

36. Les titres d'emplois retenus aux fins de l'indicateur sont ceux étant les plus pertinents pour le programme DP parmi l'ensemble des titres d'emplois jugés vulnérables ou susceptibles de devenir vulnérables établis par le MSSS en 2014, selon les données 2012-2013.

3. Évolution souhaitée de l'indicateur

Le plan prévisionnel des effectifs est effectué annuellement. Certains titres d'emplois jugés vulnérables ou susceptibles de devenir vulnérables peuvent ne plus l'être avec le temps. En effet, la planification de main-d'œuvre (PMO) exercée par les établissements a pour but de corriger, en partie, ces écarts de besoins en main-d'œuvre. Toutefois, d'autres facteurs tels que la démographie et le niveau de diplomation viennent modifier ces besoins.

Références :

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, Québec, 2010, 52 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la réadaptation*, Direction de l'analyse et du soutien informationnel, Québec, 2009, 91 p.

INDICATEURS DE CONDITIONS STRUCTURELLES – RESSOURCES HUMAINES

Taux de précarité des ressources humaines dans les CRDP

1. Pourquoi mesurer le taux de précarité des ressources humaines?

- Le RSSS fait face également à une pénurie importante de main-d'œuvre, à la fois pour les services de santé que pour les services sociaux, et particulièrement dans le secteur de la réadaptation, allant jusqu'à provoquer des ruptures de services, surtout en régions éloignées (MSSS, 2010).
- Or, les professionnels de la santé et des services sociaux connaissent un roulement important (mouvement de personnel) et une difficulté de rétention du personnel, phénomènes particulièrement vécus dans les régions plus éloignées. La stabilité des intervenants a une incidence importante sur la continuité et la qualité des services (AQESSS, 2012).
- Il s'avère donc nécessaire d'évaluer la proportion de la main-d'œuvre détenant un statut précaire qui œuvre dans les CRDP au chapitre du personnel soignant³⁷, du personnel en réadaptation physique³⁸ et du personnel en services sociaux³⁹. En effet, la stabilité d'embauche a une incidence sur la rétention et le roulement du personnel (MSSS, 2009).

2. Quel est l'indicateur et comment l'interpréter?

- Cet indicateur de ressources humaines mesure la proportion d'employés de 55 ans et moins⁴⁰ ayant un statut précaire. Plus précisément, cet indicateur est constitué du rapport entre le nombre d'employés, pour chacun des regroupements d'emploi, non titulaires de postes et l'ensemble des employés pour ces mêmes regroupements dans les CRDP (MSSS, 2012).
- Cet indicateur fournit une information descriptive, soit une photo de la proportion du personnel soignant, du personnel en réadaptation et du personnel en services sociaux qui ont un statut précaire à une période donnée dans les CRDP.
- Il permet de contextualiser les résultats de performance au chapitre de la viabilité des ressources humaines (taux de roulement du personnel).

3. Évolution souhaitée de l'indicateur

Lorsqu'il sera possible d'obtenir la ventilation des ressources humaines par programme-services dans les CSSS, il sera opportun d'évaluer le taux de précarité dans ces établissements. En effet, des travaux sont en cours au Ministère afin de ventiler l'ensemble des ressources humaines par programme-services, y compris les services de 1^e, 2^e et 3^e lignes.

37. Le personnel soignant est constitué des infirmières techniciennes et cliniciennes, des infirmières auxiliaires, des inhalothérapeutes, des préposés aux bénéficiaires et des auxiliaires aux services de santé et sociaux.

38. Le personnel en réadaptation est constitué des audiologistes, des ergothérapeutes, des orthophonistes, des physiothérapeutes, des thérapeutes en réadaptation physique, des spécialistes en orientation et mobilité, des spécialistes en réadaptation en déficience visuelle et des techniciens en orthèses et prothèses.

39. Le personnel en services sociaux est constitué des travailleurs sociaux (TS), des agents de ressources humaines (ARH), des psychologues, des psychoéducateurs, des éducateurs et éducatrices, y compris les techniciens, et des techniciens en assistance sociale.

40. Nous prenons en considération uniquement les personnes de moins de 55 ans afin que cet indicateur puisse être mis en rapport avec l'indicateur de viabilité (taux de roulement).

Références :

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX. *Piste d'action pour améliorer la performance des CSSS en matière de services aux jeunes en difficulté et à leur famille*, 2012, 33 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Manuel de planification et de gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre*, Direction de l'analyse et du soutien informationnel, Québec, 2012, mise à jour en mai 2013, 115 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, Québec, 2010, 52 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la réadaptation*, Direction de l'analyse et du soutien informationnel, Québec, 2009, 91 p.

INDICATEURS DE DÉTERMINANTS AUTRES QUE LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Proportion des personnes ayant une incapacité et vivant sous le seuil de faible revenu (SFR)

1. Pourquoi mesurer la proportion des personnes ayant une incapacité et vivant sous le SFR?

- D'autres facteurs que le système public de santé et de services sociaux contribuent à l'état de santé et de bien-être d'une population. Les conditions socioéconomiques constituent un déterminant incontournable de la santé d'une population (MSSS et coll., 2011; MSSS, 2012).
- Une bonne connaissance de la situation relative aux déterminants de la santé et du bien-être autres que les services de santé et les services sociaux doit permettre de concevoir de meilleures actions en matière de prévention et de promotion ainsi que de meilleures interventions de sensibilisation auprès des autres secteurs de la société qui contribuent à l'état de santé et de bien-être des personnes (MSSS, 2012).
- L'accès au marché du travail des personnes ayant des limitations d'activité attribuables à des incapacités est protégé et assuré par la Loi canadienne sur les droits de la personne et la Charte canadienne des droits et libertés (RHDC, 2006).
- Les personnes souffrant d'incapacité font face à différents obstacles leur rendant plus difficile l'accès au marché du travail. Or, maintenir un niveau de vie est primordial pour ces personnes. En effet, cela leur permet de répondre aux besoins de la vie courante, d'accroître leur estime personnelle et développer un sentiment d'appartenance à la communauté (RHDC, 2006).
- Les personnes ayant une incapacité sont plus susceptibles d'avoir un faible revenu (Chung, 2004). De plus, celles-ci sont à risque d'avoir un faible revenu de façon récurrente (Kapsalis et Tourigny, 2007).
- En 2006, le revenu moyen des personnes handicapées au Canada variait selon le type d'incapacité. En effet, les personnes déclarant de la douleur comme type d'incapacité avaient un revenu moyen plus élevé que tous les autres types d'incapacités, suivies des personnes ayant une déficience auditive et des personnes à mobilité réduite. Parmi les personnes ayant une DP, ce sont celles présentant une déficience visuelle qui enregistraient le revenu moyen le plus faible (RHDCC, 2011).
- Les personnes handicapées au Canada qui occupent un emploi et qui ont atteint un niveau de scolarité équivalent⁴¹ aux personnes non handicapées avaient un revenu moyen inférieur en 2006. Plus le niveau de scolarité augmente, plus l'écart entre les revenus moyens s'accroît (RHDCC, 2011).
- L'évaluation de la performance du programme DP ne peut donc pas faire abstraction des conditions socioéconomiques auxquelles les personnes ayant des incapacités sont confrontées dans la société.

41. Dans une école de métiers, un collège ou une université.

2. Quel est l'indicateur et comment l'interpréter?

- L'indicateur mesure la proportion de personnes de 15 ans et plus⁴² ayant des incapacités⁴³ modérées et graves et vivant sous le SFR, comparativement à la population sans incapacité. Les données seront présentées selon les régions sociosanitaires (RSS). L'indicateur est issu de l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement (EQLAV).
- Les estimations sont basées sur les seuils de la mesure de faible revenu avant ou après impôt (SFR)⁴⁴ de Statistique Canada.
- Cet indicateur fournit une information descriptive, soit la comparaison entre le niveau de revenu des personnes ayant des incapacités et celui des personnes sans incapacité. Il permet de contextualiser les résultats de performance liés à l'accessibilité, à la qualité et à l'utilisation optimale de ressources.

3. Évolution souhaitée de l'indicateur

Ne s'applique pas.

Références :

CHUNG, L. « Travailleurs peu rémunérés : combien vivent dans des familles à faible revenu? », *L'emploi et le revenu en perspective*, vol. 5, n° 10, n° 75-001-XIF au catalogue de Statistique Canada, octobre 2004, p. 5 à 15.

KAPSALIS, C., et TOURIGNY, P. *Profiles and Transitions of Groups most at Risk of Social Exclusion*, Document de recherche, Direction générale de la recherche appliquée, Politique stratégique, rapport préparé pour Développement des ressources humaines Canada par Data Probe Economic Consulting Inc., Ottawa, Ontario, 2007, 113 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX en collaboration avec l'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et l'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ). *Fiche méthodologique « Pauvreté et revenu » : pour guider l'action, portrait de santé du Québec et de ses régions*, Québec, 2011, 353 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*, Québec, 2012, 25 p.

RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT SOCIAL CANADA. *Vers l'intégration des personnes handicapées*, 2006, 124 p.

RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CANADA. *Faits concernant le revenu des personnes handicapées*, 2011, 2 p.

42. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

43. Les personnes ayant des incapacités causées exclusivement par le vieillissement ne seront pas prises en considération dans le calcul de l'indicateur puisque le programme-services DP s'adresse aux personnes ayant une déficience. Toutefois, celles ayant des incapacités attribuables à plus d'une cause, dont le vieillissement, seront prises en considération.

44. Il est à noter que le SFR tient compte du revenu consacré par la famille moyenne à la nourriture, au logement et à l'habillement, mais aussi de la taille de la famille et de la taille de la résidence. Ce seuil ne constitue pas une mesure de pauvreté. Le SFR est plutôt établi à partir d'une méthodologie logique et bien définie qui permet de cerner les individus qui sont nettement désavantagés par rapport à la moyenne. En effet, on considère que les familles consacrant 20 % de leur revenu de plus que la moyenne aux biens de première nécessité se trouvent dans une « situation difficile ».

**INDICATEURS DE DÉTERMINANTS AUTRES QUE LE SYSTÈME DE SANTÉ
ET DE SERVICES SOCIAUX
Niveau de scolarité de la population de 15 ans et plus avec incapacité**

1. Pourquoi mesurer le niveau de scolarité?

- D'autres facteurs que le système public de santé et de services sociaux contribuent à l'état de santé et de bien-être d'une population. Les conditions socioéconomiques constituent un déterminant incontournable de la santé d'une population (MSSS et coll., 2011; MSSS, 2012).
- Une bonne connaissance de la situation relative aux déterminants de la santé et du bien-être autres que les services de santé et les services sociaux doit permettre de concevoir de meilleures actions en matière de prévention et de promotion ainsi que de meilleures interventions de sensibilisation auprès des autres secteurs de la société qui contribuent à l'état de santé et de bien-être des personnes (MSSS, 2012).
- L'apprentissage des adultes joue un rôle dans la productivité, l'employabilité et l'innovation. La participation des adultes à des activités d'apprentissage est liée à un certain nombre de facteurs connexes à la participation à la population active (RHDCC, 2010).
- Le niveau de scolarité permet de refléter les compétences et les connaissances qu'une personne acquiert par la formation. Il peut traduire la probabilité de réussite sur le marché du travail des personnes avec ou sans incapacité. Par contre, il peut être influencé par le sexe, l'âge, la présence d'incapacité ainsi que le niveau de gravité de cette incapacité (RHDCC, 2010).
- Les personnes handicapées rencontrent des obstacles pour accéder à des services que la majorité de la population considère depuis longtemps comme des acquis, entre autres dans les domaines de l'éducation (OMS, 2012).
- En 2006, près de 24 % des personnes de 15 à 64 ans qui avaient une incapacité avant de terminer leurs études ont dû les interrompre en raison de leur état ou de leur problème de santé. Le niveau d'abandon était plus élevé chez les personnes ayant des incapacités graves et très graves (ISQ, 2010).
- Les personnes handicapées au Canada qui occupent un emploi et qui ont atteint un niveau de scolarité équivalent⁴⁵ aux personnes non handicapées avaient un revenu moyen inférieur en 2006. Plus le niveau de scolarité augmente, plus l'écart entre les revenus moyens s'accroît (RHDCC, 2011).

45. Dans une école de métiers, un collège ou une université.

2. Quel est l'indicateur et comment l'interpréter?

- L'indicateur mesure le niveau de scolarité⁴⁶ de la population de 15 ans et plus⁴⁷ avec incapacité⁴⁸, selon le degré de sévérité de cette incapacité (modérée et grave). L'indicateur est issu de l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement (EQLAV). Les données seront présentées selon les régions sociosanitaires (RSS).
- Le niveau de scolarité devrait être analysé en fonction de l'âge et du sexe de la personne puisque ces deux facteurs modifient cet indicateur (RHDCC, 2010).
- Cet indicateur fournit une information descriptive concernant le niveau de scolarité de la population avec incapacité par rapport à celui des personnes sans incapacité.

3. Évolution souhaitée de l'indicateur

Ne s'applique pas.

Références :

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Vivre avec une incapacité au Québec : un portrait statistique à partir de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2001 et 2006*, Québec, 2010, 352 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX en collaboration avec l'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et l'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Fiche méthodologique « Pauvreté et revenu » : pour guider l'action, portrait de santé du Québec et de ses régions*, Québec, 2011, 353 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*, Québec, 2012, 31 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Rapport mondial sur le handicap : résumé*, Suisse, 2012, 27 p.

RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CANADA. *Rapport fédéral sur les personnes handicapées – 2010. Rapport annuel du gouvernement sur la condition des personnes handicapées*, Québec, 2010, 111 p.

RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CANADA. *Faits concernant le revenu des personnes handicapées*, Québec, 2011, 2 p.

46. Le niveau de scolarité comprend trois catégories : sans diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires, scolarité postsecondaire.

47. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

48. Les personnes ayant des incapacités causées exclusivement par le vieillissement ne seront pas prises en considération dans le calcul de l'indicateur puisque le programme-services Déficience physique s'adresse aux personnes ayant une déficience. Toutefois, celles ayant des incapacités attribuables à plus d'une cause, dont le vieillissement, seront prises en considération.

INDICATEURS DE DÉTERMINANTS AUTRES QUE LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Taux d'incapacité de la population de 15 ans et plus selon le niveau de gravité

1. Pourquoi mesurer le taux d'incapacité de la population de 15 ans et plus?

- D'autres facteurs que le système public de santé et de services sociaux contribuent à l'état de santé et de bien-être d'une population. Les conditions socioéconomiques constituent un déterminant incontournable de la santé d'une population (MSSS et coll., 2011; MSSS, 2012). Une bonne connaissance de la situation relative aux déterminants de la santé et du bien-être autres que les services de santé et les services sociaux doit permettre de concevoir de meilleures actions en matière de prévention et de promotion ainsi que de meilleures interventions de sensibilisation auprès des autres secteurs de la société qui contribuent à l'état de santé et de bien-être des personnes (MSSS, 2012).
- Le taux d'incapacité de la population de 15 ans et plus⁴⁹ est un indicateur important à mesurer en raison :
 - de la prévalence mondiale du handicap qui est en hausse en raison de la propagation rapide des maladies chroniques, du vieillissement de la population et des améliorations dans les méthodologies⁵⁰ utilisées pour mesurer le handicap (OMS, 2012);
 - du fait que les personnes handicapées rencontrent des obstacles pour accéder à des services que beaucoup d'entre nous considèrent depuis longtemps comme des acquis dans les domaines de la santé, de l'éducation, de l'emploi, des transports, mais aussi de l'information (OMS, 2012);
 - du fait que connaître le nombre de personnes handicapées et comprendre leur situation peut améliorer les efforts pour faire tomber les barrières qui contribuent au handicap et pour fournir des services permettant aux personnes handicapées de participer à la vie sociale (OMS, 2012).
- La prise en considération de cet indicateur dans la composante « Autres déterminants » permet d'évaluer l'incidence sur la demande de services (fardeau) du programme DP, sur la population ainsi que sur le système public de santé.
- Cet indicateur n'est pas pris en compte dans la composante « État de santé », car le programme DP ne peut intervenir sur la prévalence de la déficience physique ou sur le taux d'incapacité en général. Toutefois, il est responsable d'offrir des services de réadaptation et de services à domicile afin d'améliorer et de maintenir l'autonomie ainsi que la participation sociale des personnes ayant une déficience.

49. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

50. Les calculs d'espérance de vie chez les personnes handicapées posent des problèmes statistiques inhérents aux petits nombres : les effectifs étudiés de « population à risque » sont généralement faibles. Les échelles d'étude sont nécessairement vastes (nationales ou plurirégionales) pour répondre à des critères de validité statistique. Mais les études de ces très grandes cohortes ne sont rendues possibles que par l'existence de bases de données exhaustives issues de registres de handicaps comparables selon la représentativité dans les registres de décès. Ces registres peuvent être « chaînés » aux autres grâce à un identifiant unique. Une telle possibilité permet d'envisager de telles études au Canada (Azéma et Martinez, 2005).

2. Quel est l'indicateur et comment l'interpréter?

- L'indicateur mesure le taux d'incapacité⁵¹ de la population de 15 ans et plus selon le degré de sévérité (modérée et sévère).
- L'indicateur est issu de l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement (EQLAV) 2010-2011.
- Cet indicateur devrait être analysé en fonction de l'âge et du sexe de la personne puisque le taux de prévalence du handicap varie le plus souvent en fonction de ceux-ci (EDSC, en ligne).
- Le taux ajusté de cet indicateur permet, en contrôlant les changements de la structure d'âge de la population, de comparer les régions et les territoires du Québec ainsi que l'évolution dans le temps du taux associé aux différents types d'incapacités. Les données seront présentées selon les régions sociosanitaires (RSS).
- Cet indicateur fournit une information descriptive concernant la population avec incapacité. Il permet de contextualiser les résultats de performance liés à l'accessibilité, à la qualité et à l'utilisation optimale des ressources.

3. Évolution souhaitée de l'indicateur

Ne s'applique pas.

Références :

EMPLOI ET DÉVELOPPEMENT SOCIAL CANADA [en ligne]. Page Internet consultée le 28 avril 2015 à l'adresse suivante : www4.rhdcc.gc.ca/3nd.3c.1t.4r@-fra.jsp?indicatorid=40

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX en collaboration avec l'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et l'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Fiche méthodologique « Pauvreté et revenu » : pour guider l'action, portrait de santé du Québec et de ses régions*, Québec, 2011, 353 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*, Québec, 2012, 31 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Rapport mondial sur le handicap, résumé*, Suisse, 2012, 27 p.

51. Les personnes ayant des incapacités causées exclusivement par le vieillissement ne seront pas prises en considération dans le calcul de l'indicateur puisque le programme-services DP s'adresse aux personnes ayant une déficience. Toutefois, celles ayant des incapacités attribuables à plus d'une cause, dont le vieillissement, seront prises en considération.

INDICATEURS DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE

Perception de l'état de santé de la population de 15 ans et plus ayant une incapacité

1. Pourquoi mesurer la perception de l'état de santé de la population?

- L'état de situation par rapport à la santé et au bien-être de la population doit permettre d'en dresser un bilan et de déterminer les principaux problèmes sociosanitaires qui se posent afin de mobiliser le système public de santé et de services sociaux à leur résolution ou à leur prise en charge. L'état de santé et de bien-être d'une population est généralement illustré par sa situation par rapport à la morbidité, à la mortalité, à l'espérance de vie et à l'intégration sociale (MSSS, 2012).
- La perception de l'état de santé des personnes de 15 ans et plus⁵² ayant une incapacité⁵³, selon le degré de sévérité de cette incapacité (modérée et grave), est une information pertinente pour l'évaluation de la performance du programme DP, pour les raisons suivantes :
 - L'état de santé autoévalué est le bilan qu'un individu fait de sa santé physique et mentale en fonction de ses propres valeurs (Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population, 1999, cité dans l'Infocentre de l'Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2010, p. 1);
 - Lorsqu'une personne évalue sa santé, elle pense non seulement à la situation courante, mais aussi aux trajectoires, c'est-à-dire les détériorations et les améliorations (Shields et Shooshtari, 2001, cités dans l'Infocentre de l'INSPQ, 2010, p. 1);
 - Cette mesure est considérée comme un indicateur fiable et valide en raison de sa corrélation avec d'autres indicateurs représentant des dimensions particulières de la santé établies par de nombreuses études (Levasseur, 2000, cité dans l'Infocentre de l'INSPQ, 2010, p. 1). En effet, il existe une bonne concordance entre cet indicateur de santé subjectif et des indicateurs de santé objectifs comme les problèmes de santé physique, la capacité fonctionnelle, la limitation des activités, les habitudes de vie ou les comportements individuels liés à la santé, à l'utilisation des services de santé et à la prise de médicaments, et, dans une moindre mesure, l'état de santé mentale et sociale (Shields et Shooshtari, 2001, cités dans l'Infocentre de l'INSPQ, 2010, p. 1);
 - En 2006, près de 24 % des personnes de 15 à 64 ans qui avaient une incapacité ont abandonné leurs études en raison de leur état ou de leurs problèmes de santé. Le niveau d'abandon était plus élevé pour celles ayant des incapacités graves et très graves (ISQ, 2010);
 - Sur le plan émotif, une sensation de déprime, de découragement et de déception est rapportée par les personnes avec une incapacité récente. Ces personnes trouvent que l'accès aux services adaptés est souvent long (Laplante, 2013).

2. Quel est l'indicateur et comment l'interpréter?

- L'indicateur mesure l'autoévaluation de l'état de santé général⁵⁴ exprimée par la personne en se comparant à d'autres personnes du même âge. Il est issu de l'EQLAV 2010-2011.
- Cet indicateur devrait être interprété selon l'âge, le sexe et le type d'incapacité puisque la perception de l'état de santé d'une personne varie selon ces facteurs (ISQ, 2013).

52. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

53. Les personnes ayant des incapacités causées exclusivement par le vieillissement ne seront pas prises en considération dans le calcul de l'indicateur puisque le programme-services DP s'adresse aux personnes ayant une déficience. Toutefois, celles ayant des incapacités attribuables à plus d'une cause, dont le vieillissement, seront prises en considération.

54. Cet indicateur comprend trois catégories : excellent ou très bon, bon, moyen ou mauvais [indicateur établi à partir de la question Q114 de l'enquête québécoise sur l'expérience de soins-EQES] (ISQ, 2013).

3. Évolution souhaitée de l'indicateur

Présentement, l'indicateur n'est disponible qu'à l'échelle provinciale. Des travaux ultérieurs d'arrimage avec l'EQLAV sont nécessaires afin d'avoir des données à l'échelle régionale et territoriale. L'indicateur pourrait aussi être obtenu à l'aide d'une enquête nouvelle ou existante.

Références :

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Vivre avec une incapacité au Québec : un portrait statistique à partir de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2001 et 2006*, Québec, 2010, 352 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011 : utilisation des services de santé et des services sociaux des personnes avec incapacité, volume 2*, Québec, 2013, 260 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Infocentre. Fiche méthodologique « Proportion de la population ne se percevant pas en bonne santé (EQSP) »*, Québec, 2010, 5 p. En ligne, accès réservé.

LAPLANTE, Danielle. *Une étude exploratoire portant sur la qualité de vie de personnes adultes en période d'adaptation à la perte de vision en lien à la qualité du soutien familial reçu*. Mémoire de maîtrise présenté au Département de travail social de l'Université du Québec à Montréal, Québec, 2013, 166 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*, Québec, 2012, 25 p.

INDICATEURS DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE

Taux de participation sociale des personnes ayant une incapacité

1. Pourquoi mesurer le taux de participation sociale des personnes ayant une incapacité?

- L'état de situation par rapport à la santé et au bien-être de la population doit permettre d'en dresser un bilan et de déterminer les principaux problèmes sociosanitaires qui se posent afin de mobiliser le système public de santé et de services sociaux à leur résolution ou à leur prise en charge. L'état de santé et de bien-être d'une population est généralement illustré par sa situation par rapport à la morbidité, à la mortalité, à l'espérance de vie et à l'intégration sociale (MSSS, 2012).
- La participation sociale des personnes ayant une incapacité est une information associée à l'état de santé et de bien-être des personnes ayant une déficience physique. En outre, elle est pertinente à l'évaluation de la performance du programme DP, pour les raisons suivantes :
 - Permettre aux personnes ayant une DP d'atteindre un degré optimal de participation sociale constitue une des raisons d'être du programme-services DP (cf. modèle logique);
 - La politique gouvernementale québécoise de 2009, *À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité*, a pour objectif d'accroître la participation sociale des personnes handicapées au Québec (OPHQ, 2009);
 - La participation sociale des personnes ayant une DP est ciblée comme étant la finalité de l'ensemble des 18 objectifs poursuivis dans les *Orientations ministérielles en déficience physique* (MSSS, 2003);
 - L'incapacité permanente peut empêcher la participation sociale des personnes avec ce type d'incapacité (CISSS de Laval, en ligne);
 - Les personnes avec une incapacité grave (perte de vision) rapportent un sentiment d'isolement social attribuable à la perte de la participation sociale (Laplante, 2013). Par contre, les personnes qui rapportent une amélioration de l'augmentation de leur participation sociale (réintégrer progressivement la société, comme dans des relations d'amitié, dans les clubs sociaux et en milieu de travail) connaissent aussi, selon elles, un meilleur sentiment de bien-être (Laplante, 2013).

2. Quel est l'indicateur et comment l'interpréter?

- L'indicateur est issu de l'EQLAV 2010-2011.
- L'indicateur mesure le niveau de participation sociale de la population de 15 ans et plus⁵⁵ ayant une incapacité⁵⁶, selon le degré de sévérité de cette incapacité (modérée et sévère).
- La participation sociale des personnes avec incapacité est documentée à l'échelle de la province, au moyen de l'instrument *Mesure des habitudes de vie* (MHAVIE) basé sur l'approche conceptuelle du Processus de production du handicap (PPH) (Fougeyrollas et coll., 1998; RIPPH, 2002, dans ISQ, 2013, p. 15).

55. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

56. Les personnes ayant des incapacités causées exclusivement par le vieillissement ne seront pas prises en considération dans le calcul de l'indicateur puisque le programme-services Déficience physique s'adresse aux personnes ayant une déficience. Toutefois, celles ayant des incapacités attribuables à plus d'une cause, dont le vieillissement, seront prises en considération.

- Cet indicateur mesure la participation sociale globale de la personne ayant une incapacité. La mesure globale est calculée en faisant une moyenne des cotes pour 14 habitudes de vie examinées au moment de la collecte de données. Ces 14 indicateurs sont regroupés en deux dimensions : activités courantes⁵⁷ et rôles sociaux⁵⁸.
- Comme il s'agit d'une moyenne, cette mesure globale reflète non seulement la présence d'habitudes de vie pour lesquelles la participation sociale est modérément ou fortement perturbée, mais aussi le poids relatif des habitudes concernées par une telle situation de handicap par rapport à l'ensemble. Par exemple, une personne peut se classer au niveau « peu ou pas perturbée » de la mesure globale de la participation sociale, même si elle vit une situation de handicap (participation modérément ou fortement perturbée) pour certaines habitudes de vie (ISQ, 2013).

3. Évolution souhaitée de l'indicateur

Présentement, l'indicateur n'est disponible qu'à l'échelle provinciale. Des travaux ultérieurs d'arrimage avec l'EQLAV sont nécessaires afin d'avoir des données à l'échelle régionale et territoriale. L'indicateur pourrait aussi être obtenu à l'aide d'une enquête nouvelle ou existante.

Références :

CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LAVAL. Disponible en ligne. Page Internet consultée le 9 avril 2015 à l'adresse suivante :

www.lavalensante.com/ou_obtenir_des_services/deficience_physique.html

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011. Méthodologie et description de la population visée, volume 1*, Québec, 2013, 73 p.

LAPLANTE, Danielle. *Une étude exploratoire portant sur la qualité de vie de personnes adultes en période d'adaptation à la perte de vision en lien à la qualité du soutien familial reçu*. Mémoire de maîtrise présenté au Département de travail social de l'Université du Québec à Montréal, Québec, 2013, 166 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*, Québec, 2012, 25 p.

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC. *À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité. Politique gouvernementale pour accroître la participation sociale des personnes handicapées*, Québec, 2009, 51 p.

57. La dimension « activités courantes » regroupe sept indicateurs : 1) se déplacer sur de courtes distances; 2) échanger de l'information sous différentes formes; 3) assurer ses soins personnels; 4) assurer ses soins de santé; 5) réaliser les activités liées au domicile; 6) faire ses achats et utiliser les services de son milieu; 7) se déplacer à l'aide de moyens de transport.

58. La dimension « rôles sociaux » regroupe sept indicateurs : 1) avoir des relations sociales ou affectives avec les autres; 2) assurer ses responsabilités financières, civiles et familiales; 3) réaliser des activités liées à la formation; 4) réaliser des activités liées à un emploi rémunéré; 5) réaliser des activités liées à une occupation non rémunérée; 6) participer aux activités et organisations de son milieu; 7) réaliser des activités de loisir.

INDICATEURS DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE
Besoins d'aide non comblés pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD) des personnes ayant des incapacités

1. Pourquoi mesurer les besoins non comblés pour l'AVQ et l'AVD des personnes ayant une incapacité?

- L'état de situation par rapport à la santé et au bien-être de la population doit permettre d'en dresser un bilan et de déterminer les principaux problèmes sociosanitaires qui se posent afin de mobiliser le système public de santé et de services sociaux à leur résolution ou à leur prise en charge. L'état de santé et de bien-être d'une population est généralement illustré par sa situation par rapport à la morbidité, à la mortalité, à l'espérance de vie et à l'intégration sociale (MSSS, 2012).
- Les besoins d'aide non comblés pour les AVQ et les AVD des personnes ayant une incapacité⁵⁹ constituent une information pertinente pour l'évaluation de la performance du programme DP, pour les raisons suivantes :
 - Permettre aux personnes ayant une DP d'atteindre un degré optimal d'autonomie constitue une des raisons d'être du programme-services DP (cf. modèle logique);
 - La politique gouvernementale québécoise de 2009, *À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité*, mentionne que le respect de l'autonomie de la personne handicapée implique l'évaluation de l'ensemble de ses capacités, de ses compétences et de ses besoins (OPHQ, 2009);
 - Les personnes handicapées doivent recourir à différents intervenants pour répondre à l'ensemble de leurs besoins. Elles doivent à cet effet bénéficier d'une approche respectant leur caractère unique et leur globalité, ce que permet la planification individualisée et coordonnée des services (OPHQ, 2009);
 - La DP qui est permanente empêche la réalisation d'activités de la vie quotidienne (CISSS de Laval, en ligne).

2. Quel est l'indicateur et comment l'interpréter?

- L'indicateur mesure les besoins d'aide non comblés pour les AVQ et les AVD liés à l'état de santé des personnes de 15 ans et plus⁶⁰ ayant une incapacité de longue durée⁶¹, selon le type d'incapacité (audition, vision, parole, mobilité et agilité) et le degré de sévérité (modérée et sévère).
- L'indicateur est issu de l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011 (EQLAV). Les données seront présentées selon les régions sociosanitaires (RSS).
- Les besoins sont documentés à l'échelle de la province, au moyen de l'instrument *Mesure des habitudes de vie* (MHAVIE) basé sur l'approche conceptuelle du Processus de production du handicap (PPH) (Fougeyrollas et coll., 1998; RIPPH, 2002, dans ISQ, 2013, p. 15).

59. Les personnes ayant des incapacités causées exclusivement par le vieillissement ne seront pas prises en considération dans le calcul de l'indicateur puisque le programme-services DP s'adresse aux personnes ayant une déficience. Toutefois, celles ayant des incapacités attribuables à plus d'une cause, dont le vieillissement, seront prises en considération.

60. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

61. C'est-à-dire six mois au plus (ISQ, 2013, p. 34).

- Cet indicateur devrait être interprété selon divers facteurs puisque les besoins des personnes qui présentent une déficience physique varient selon l'âge, le sexe, l'éducation, le degré d'autonomie, le niveau du revenu du ménage, la composition du ménage (personnes vivant seules), les problèmes de santé de longue durée, le type d'incapacité (audition, vision, parole, mobilité et agilité) et le degré de sévérité (modérée et sévère).

3. Évolution souhaitée de l'indicateur

Ne s'applique pas.

Références :

CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LAVAL. Disponible en ligne. Page Internet consultée le 9 avril 2015, à l'adresse suivante :

www.lavalensante.com/ou_obtenir_des_services/deficience_physique.html

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011. Méthodologie et description de la population visée, volume 1*, Québec, 2013, 73 p.

LAPLANTE, Danielle. *Une étude exploratoire portant sur la qualité de vie de personnes adultes en période d'adaptation à la perte de vision en lien à la qualité du soutien familial reçu*. Mémoire de maîtrise présenté au Département de travail social de l'Université du Québec à Montréal, Québec, 2013, 166 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*, Québec, 2012, 25 p.

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC. *À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité. Politique gouvernementale pour accroître la participation sociale des personnes handicapées*, Québec, 2009, 51 p.