

PLAN D'ACCÈS AUX SERVICES

pour les personnes ayant une déficience

Afin de faire mieux ensemble

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

PLAN D'ACCÈS AUX SERVICES

pour les personnes ayant une déficience

Afin de faire mieux ensemble

- Déficience physique
- Déficience intellectuelle
- Troubles envahissants du développement

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

Juin 2008

Santé
et Services sociaux

Québec 

Édition produite par :

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

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

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

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008
Bibliothèque et Archives Canada, 2008

ISBN : 978-2-550-52687-2 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-52688-9 (version PDF)

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

© Gouvernement du Québec, 2008

Message du ministre de la Santé et des Services sociaux

Au fil des années, le réseau de la santé et des services sociaux a développé une gamme remarquable de services destinés aux personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle ou un trouble envahissant du développement. La compétence des ressources du réseau, ainsi que la sincérité de leur engagement ne font aucun doute. Cependant, il faut que les services soient accessibles dans des délais raisonnables, et ce, à travers l'ensemble du territoire québécois. Ce plan bénéficiera à toutes les personnes ayant une déficience, notamment les enfants. Il propose des critères et des standards permettant de baliser l'accès aux services spécifiques des centres de santé et de services sociaux, et aux services spécialisés des centres de réadaptation. Il vise aussi une meilleure complémentarité et une meilleure continuité des différents services. Le Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience s'adresse aux gestionnaires et aux équipes professionnelles des établissements concernés. Il pourra aussi être consulté avec profit par leurs différents partenaires, par les personnes auxquelles les services sont destinés, ainsi que par l'entourage de ces dernières et, au premier chef, les parents quand il s'agit de jeunes. J'aimerais remercier toutes les personnes qui ont élaboré ce document ainsi que mon collègue, monsieur Russell Copeman, député de Notre-Dame-de-Grâce et adjoint parlementaire en santé et services sociaux, pour sa collaboration dans l'élaboration de ce plan. Le plan d'accès, qui est accompagné d'investissements significatifs, démontre la volonté de notre gouvernement d'améliorer et d'assurer l'accès à des services de qualité pour toutes les personnes ayant une déficience.

Philippe Couillard

Table des matières

Table des matières.....	7
Partie 1 : Introduction.....	9
1.1 Le contexte du plan d'accès.....	9
1.2 La problématique de l'accès aux services.....	10
1.3 Les principes du plan d'accès.....	11
Partie 2 : Le plan d'accès aux services.....	13
2.1 Les objectifs du plan d'accès.....	13
2.2 Les services visés par le plan d'accès.....	13
2.3 Les standards du plan d'accès.....	14
2.3.1 Les standards d'accès.....	14
2.3.2 Les standards de continuité.....	21
2.4 Les mécanismes prévus dans le plan d'accès.....	23
2.4.1 Le gestionnaire d'accès.....	23
2.4.2 L'évaluation et l'amélioration des processus d'accès des établissements.....	24
2.4.3 Le mécanisme d'accès.....	25
2.4.4 La gestion centralisée et standardisée des listes d'attente dans l'établissement.....	27
2.4.5 La gestion intégrée de l'accès.....	28
2.5 Les responsabilités.....	29
Partie 3 : L'implantation du plan d'accès aux services.....	33
3.1 Les étapes d'implantation.....	33
3.2 La stratégie de mise en œuvre.....	35
3.3 L'évaluation et la reddition de comptes.....	36
3.4 Les conditions essentielles à l'implantation du plan d'accès.....	36
Conclusion.....	39
Annexe A : Critères d'établissement de la priorité pour les services spécifiques (CSSS).....	41
Annexe B : Critères d'établissement de la priorité pour les services spécialisés (CR).....	42
Annexe C : Fiche synthèse des standards d'accès et de continuité pour les services spécifiques des CSSS.....	43
Annexe D : Fiche synthèse des standards d'accès et de continuité pour les services spécialisés des centres de réadaptation.....	44



Partie 1 : Introduction

1.1 Le contexte du plan d'accès

Le *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience* est l'avenue privilégiée par le ministre de la Santé et des Services sociaux pour soutenir les programmes-services Déficience physique ainsi que Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement dans l'amélioration de l'accessibilité et de la continuité des services. Ce dispositif, comparable à ce qui a été mis en place dans le secteur des services médicaux spécialisés, se distingue par la prise en compte globale des besoins de la personne. Ainsi, il inclut autant l'accès aux services spécialisés des centres de réadaptation que l'accès aux services spécifiques des centres de santé et de services sociaux (CSSS) destinés aux personnes ayant une déficience.

Par ailleurs, au cours de la dernière décennie, des orientations ministérielles¹ ont été publiées pour baliser l'organisation des services destinés aux personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement. Ces orientations affirment la volonté du Ministère et du réseau de soutenir l'intégration et la participation sociales des personnes. Elles précisent les résultats attendus des différents paliers impliqués dans l'organisation des services.

Plus récemment, le Ministère a mis en place les réseaux locaux de services et a confié aux CSSS la responsabilité de s'assurer de la réponse aux besoins des populations résidant sur leur territoire. À cet effet, les CSSS sont responsables de définir un projet clinique et organisationnel. Pour ce faire, ils mobilisent les établissements offrant des services spécialisés et surspécialisés, les divers groupes de professionnels, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les ressources privées et les intervenants des autres secteurs d'activité ayant une incidence sur les services de santé et les services sociaux et s'assure de leur participation. Le projet clinique et organisationnel s'appuie, notamment, sur les orientations ministérielles et régionales.

C'est dans ce contexte que le Ministère diffuse le *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience*.

¹. *De l'intégration sociale à la participation sociale : Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001. *Un geste porteur d'avenir : Des services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement, à leurs familles et à leurs proches*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003. *Pour une véritable participation à la vie de la communauté : Orientations ministérielles en déficience physique : Objectifs 2004-2009*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003. *Chez soi, le premier choix : Politique de soutien à domicile*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003.



1.2 La problématique de l'accès aux services

Les personnes ayant une déficience forment un groupe hétérogène. Il s'agit de personnes de tous âges ayant des incapacités, soit sur le plan physique (moteur, visuel, auditif ou du langage), soit sur le plan intellectuel, ou qui ont un trouble envahissant du développement (autisme, syndrome d'Asperger, etc.). Leurs incapacités sont significatives et persistantes et, sans intervention appropriée, elles compromettent la réalisation de leurs activités courantes et l'exercice de leurs rôles sociaux. Les besoins de ces personnes et de leur famille commencent dès qu'il y a présomption d'une déficience et s'échelonnent tout au long de leur vie. De plus, ces besoins sont souvent concomitants, de telle sorte que la personne et ses proches nécessitent des services de plusieurs intervenants de disciplines diverses et offerts par différents partenaires du réseau. Par conséquent, les établissements font face à des défis particuliers dans leurs offres de service.

De leur côté, les CSSS assurent 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. Pour leur part, les centres de réadaptation (CR)² ont une offre de service caractérisée par des épisodes d'intervention plus ou moins longs, et souvent nécessaires à plusieurs reprises pour une même personne. Ainsi, les établissements doivent conjuguer autant avec des nouvelles demandes de services qu'avec des demandes en relation avec des besoins persistants et récurrents.

Parallèlement aux défis posés par les besoins des personnes et de leur famille, se pose aussi tout le problème de l'attente pour recevoir des services. En effet, malgré les efforts déployés pour améliorer l'accès aux services et le nombre croissant de personnes desservies, on constate que, d'année en année, près de 11 000 personnes sont en attente de services spécialisés, et ce, bien que les centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en déficience physique aient offert des services à 107 790 personnes en 2006-2007. Les CSSS, quant à eux, ont offert des services à près de 64 370 personnes et familles.

De plus, on observe actuellement une grande hétérogénéité dans les pratiques et les critères utilisés pour déterminer l'ordre d'accès aux services. Les listes d'attente sont déterminées et contrôlées en fonction d'une variété de méthodes et de structures, chacune ayant des implications quant à l'équité et à l'accès. Les conditions d'accès diffèrent donc beaucoup d'un établissement à l'autre et, présentement, les données probantes disponibles ne permettent pas aux établissements de s'appuyer sur des normes quant à la précocité, à l'intensité et à la durée des interventions pour l'ensemble de la clientèle.

Trois types de mesures sont fréquemment utilisées par plusieurs pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) pour améliorer l'accessibilité aux services : une meilleure gestion de l'attente, une meilleure organisation et utilisation

2. Le terme *centre de réadaptation* sera utilisé dans ce document. Il comprend aussi les centres hospitaliers de réadaptation (CHR).



des ressources, ainsi que l'ajout de ressources financières, matérielles et humaines³. Chacune de ces mesures prise individuellement n'agit pas de manière structurante et durable sur la qualité de l'accessibilité aux services. C'est la combinaison de ces mesures qui a un effet significatif et à long terme sur l'accès aux services.

1.3 Les principes du plan d'accès

Le plan d'accès se veut dynamique et évolutif. Il vise l'amélioration continue de l'accessibilité aux services et s'exprime à travers divers principes.

- **La satisfaction des besoins des personnes ayant une déficience et de leur famille**

Les personnes ayant une déficience et leur famille nécessitent des services variés à différents moments de leur vie. Ces services doivent être offerts sur leur territoire et être accessibles dans des délais raisonnables afin de leur éviter tout préjudice.

- **L'équité**

Les conditions d'accès aux services doivent être comparables d'une région à l'autre, tant sur le plan de la gestion de l'accès (établissement de la priorité des demandes, gestion de la liste d'attente, etc.) que sur le plan des délais d'attente pour l'obtention des services.

- **L'intégration et la complémentarité des services**

L'intégration et la complémentarité des services s'établissent à plusieurs niveaux. Les services doivent s'inscrire dans une logique de continuité, qu'ils soient dispensés par un même intervenant, par une même équipe ou dans une même organisation.

De plus, la responsabilité de répondre aux besoins des personnes ayant une déficience est partagée par plusieurs partenaires du réseau en fonction de leur mission respective. À cet égard, les établissements s'assurent de la complémentarité de leurs services et prennent les dispositions pour en assurer la continuité.

- **La mobilisation de tous les acteurs**

L'amélioration de l'accessibilité aux services pour les personnes ayant une déficience est un objectif commun et partagé par tous les acteurs impliqués dans l'organisation et la prestation des services.

3. McDonald, P., Shortt, S., Sanmartin, C., Barer, M., Lewis, S. et Sheps, S. (1998). *Listes d'attente et temps d'attente pour des soins de santé au Canada: plus de gestion!! Plus d'argent ?? Rapport sommaire*. Ottawa, Santé Canada. Boucher, N., Fougere, P., Lévesque, P. et Roy, K. (2005). *Les délais d'attente et leur impact en matière de réadaptation spécialisée. Les résultats de la recension des écrits*. Québec, Institut de réadaptation en déficience physique de Québec et Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale. Hurst, J. et Siciliani, L. (2003). *Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery : A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries*. Document téléaccessible à l'adresse <http://www.oecd.org/dataoecd/24/32/5162353.pdf>.



- **Une approche rigoureuse de gestion de l'accès**

La gestion systématique de l'accès aux services doit être faite avec une préoccupation constante pour la qualité des informations colligées.

- **L'utilisation des données probantes**

L'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services doit s'appuyer sur les preuves scientifiquement établies, les pratiques reconnues, les expériences couronnées de succès et les activités ayant suscité un consensus entre les cliniciens. À titre d'exemple, il est reconnu que l'intervention précoce chez les enfants, augmente le potentiel de développement des capacités des personnes.



Partie 2 : Le plan d'accès aux services

Le plan d'accès se veut un engagement envers les personnes ayant une déficience et leur famille relativement à l'amélioration de l'accès aux services. Il s'agit d'un dispositif préparé à l'intention des établissements et des agences qui comprend essentiellement des standards d'accès et de continuité et des mécanismes à mettre en place pour assurer une gestion systématique de l'accès aux services. Cette section présente le plan d'accès ainsi que les responsabilités respectives des établissements, des agences et du Ministère pour assurer sa mise en œuvre et sa pérennité.

2.1 Les objectifs du plan d'accès

Dans la perspective d'améliorer l'accessibilité aux services pour les personnes ayant une déficience, le ministère de la Santé et des Services sociaux demande aux agences et aux établissements de mettre en œuvre le plan d'accès. À terme, ce plan d'accès permettra :

- d'assurer aux personnes ayant une déficience un accès aux services dont elles ont besoin dans des délais raisonnables ;
- d'optimiser et d'harmoniser les processus, la gestion de l'accès aux services et l'organisation des services.

2.2 Les services visés par le plan d'accès

Ce sont les programmes-services Déficience physique ainsi que Déficience intellectuelle et Troubles envahissants du développement qui sont visés par le plan d'accès. Tels qu'ils sont définis dans le document *L'architecture des services de santé et des services sociaux*⁴, les programmes-services sont composés de services spécifiques destinés à des clientèles particulières ainsi que de services spécialisés et surspécialisés.

Les services spécifiques sont offerts par les CSSS, tandis que les services spécialisés sont rendus par les centres de réadaptation en déficience physique et en déficience intellectuelle. Les organismes communautaires apportent leur contribution par l'entremise de différentes activités, tels les groupes d'entraide, les loisirs et l'accompagnement.

4. *L'architecture des services de santé et des services sociaux les programmes-services et les programmes-soutien*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux. 2004.



2.3 Les standards du plan d'accès

Cette section présente les standards d'accès et de continuité sur lesquels les établissements devront aligner leurs pratiques. Un standard est une règle écrite portant sur la façon de répondre à des exigences de base et un guide donnant des indications sur ce que doivent être les services, tant du point de vue des processus que des résultats. C'est le point de référence nécessaire pour porter un jugement sur les pratiques et les processus actuels.

Les présents standards permettront d'assurer à la personne un accès aux services dans des délais raisonnables, de même qu'un accompagnement personnalisé. Ils ont été élaborés à partir de la pratique des établissements et de l'état actuel des connaissances. Des standards cliniques devront ultérieurement être définis afin de compléter la gamme d'outils mis à la disposition des gestionnaires et des cliniciens pour établir l'ordre d'accès des usagers aux services et pour baliser les services à offrir.

2.3.1 Les standards d'accès

À l'heure actuelle, lorsque la personne adresse une demande de services à un établissement, elle franchit certaines étapes avant d'obtenir les services dont elle a besoin. Généralement, on évalue l'admissibilité de sa demande de services, on l'assigne à un programme, un service ou un intervenant selon le cas et, lorsque le service ne peut être rendu immédiatement, on la place sur une liste d'attente en lui ayant attribué, ou non, une priorité d'accès.

Les standards d'accès précisent le moment où une personne devrait accéder aux services dont elle a besoin pour éviter que soient compromises son intégrité et sa sécurité. Ils permettent également d'assurer à la personne une réponse personnalisée à sa demande. Le schéma de la page 14 présente les étapes décisives du processus d'accès aux services et les standards d'accès correspondants. Le cheminement de la personne est d'abord déterminé par le niveau de priorité de sa demande. Des critères sont définis pour soutenir les établissements dans leur prise de décision relative à la priorité d'accès.



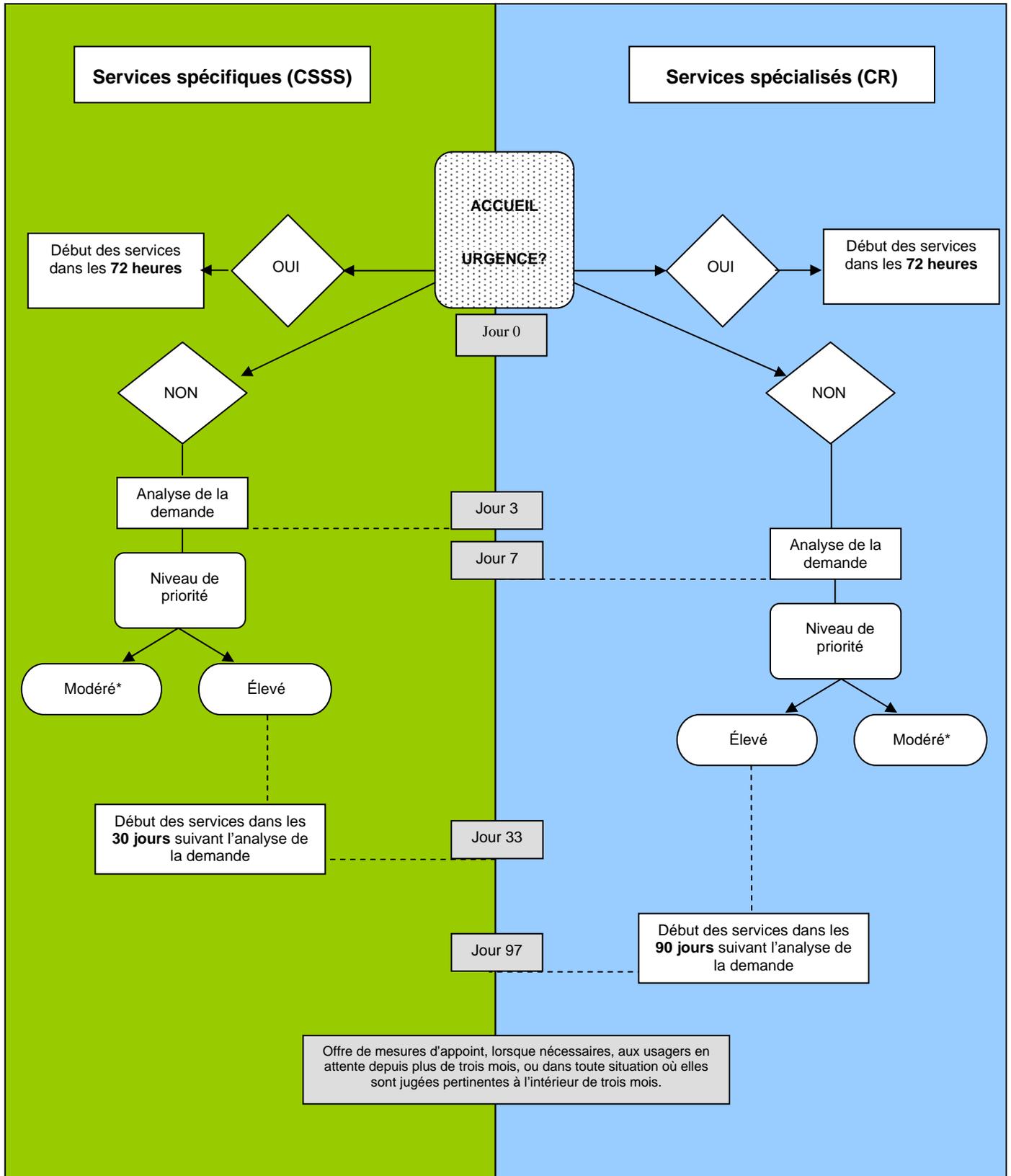
Les critères d'établissement de la priorité

Les critères d'établissement de la priorité sont généraux et applicables à l'ensemble des problématiques. Ils permettent de porter un regard sur la situation globale de la personne. Les critères pour les CSSS et les centres de réadaptation sont présentés aux annexes A et B. Dans une perspective de services intégrés et complémentaires, les établissements doivent convenir de l'application de ces critères. Trois niveaux de priorité sont définis :

- **Niveau de priorité urgent** : l'intégrité et la sécurité de la personne ou de sa famille sont présentement menacées.
- **Niveau de priorité élevé** : l'intégrité, la sécurité ou le développement de la personne risquent d'être menacés en l'absence d'intervention à court terme.
- **Niveau de priorité modéré** : l'intégrité, la sécurité ou le développement de la personne ne sont pas menacés à court terme, mais des interventions sont nécessaires pour l'aider à accomplir ses habitudes de vie et favoriser son maintien dans sa communauté.



Le processus d'accès aux services : étapes décisives



* Début des services à l'intérieur de l'année suivant l'analyse de la demande.



Les étapes du processus d'accès

Étape 1 : Accueil

Dès la réception de la demande, une première appréciation doit être effectuée afin de statuer sur l'urgence de la situation. Si l'établissement qui reçoit la demande considère qu'elle correspond aux critères du **niveau de priorité urgent** tels qu'ils sont définis aux annexes A et B, alors le standard d'accès suivant s'applique :

Standard d'accès pour les services spécifiques (CSSS) et spécialisés (CR)

- ***Début des services dans un délai maximal de 72 heures suivant la réception de la demande.***

Étape 2 : Analyse de la demande de services

Lorsque la situation ne correspond pas aux critères du niveau de priorité urgent, l'analyse doit permettre, entre autres, de rendre une décision sur l'admissibilité de la demande, d'établir son niveau de priorité (élevé ou modéré), de l'assigner aux programmes ou services nécessaires, d'établir la date limite pour entreprendre les services et d'inscrire la personne sur la liste d'attente.

Standard d'accès pour les services spécifiques (CSSS)

- ***Analyse de la demande complétée dans les trois jours suivant sa réception.***

Standard d'accès pour les services spécialisés (CR)

- ***Analyse de la demande complétée dans les sept jours suivant sa réception.***



Étape 3 : Réponse à la personne

Au terme de son analyse, l'établissement doit informer par écrit la personne de la décision rendue concernant l'admissibilité de sa demande. Si la demande est jugée non admissible, l'établissement doit orienter la personne vers les services appropriés. Pour les personnes admissibles de niveaux de priorité élevé et modéré et inscrites sur la liste d'attente, la réponse écrite doit comprendre, notamment, le moment probable où commenceront les services et les coordonnées du gestionnaire d'accès de l'établissement. Cette façon de faire assure une réponse adaptée à la situation d'attente de la personne et permet à la personne et sa famille de communiquer au gestionnaire d'accès tous les changements qui affectent son état ou sa disponibilité.

Standard d'accès pour les services spécifiques (CSSS) et spécialisés (CR)

Une réponse écrite est donnée à la personne pour l'informer des éléments suivants :

- ***la décision rendue quant à l'admissibilité de la demande de services ;***
- ***le moment probable où commenceront les services ;***
- ***les coordonnées du gestionnaire d'accès à contacter au besoin.***



Étape 4 : Début des services

Pour les demandes de niveau de priorité élevé

Lorsque la demande est d'un **niveau de priorité élevé** tel que le définissent les annexes A et B, le plan d'accès établit un temps maximal d'attente avant le début des services.

Le début des services est marqué par une première intervention en présence de l'utilisateur. Cette première intervention fait partie des activités prévues pour l'élaboration et la réalisation du plan d'intervention. Elle exclut par conséquent *les mesures d'appoint offertes pour minimiser les préjudices que pourrait entraîner la période d'attente ou les activités faites pour juger de l'admissibilité de la demande*. Ainsi, les personnes bénéficiant de mesures d'appoint ou en processus d'analyse de la demande ne sont pas considérées comme des usagers ayant commencé à recevoir des services.

Par ailleurs, les services peuvent commencer graduellement, bien qu'ils doivent se compléter au fur et à mesure que l'établissement peut les fournir. Par exemple, pour des besoins nécessitant plusieurs intervenants de disciplines différentes, une discipline peut débiter et ensuite les autres s'ajouteront **dans des délais qui ne doivent pas compromettre l'efficacité et l'efficacité du plan d'intervention**. Également, les premiers services offerts peuvent être d'intensité moindre et s'intensifier progressivement par la suite.

Standard d'accès pour les services spécifiques (CSSS)

- ***Début des services à l'intérieur des 30 jours suivant l'analyse de la demande.***

Standard d'accès pour les services spécialisés (CR)

- ***Début des services à l'intérieur des 90 jours suivant l'analyse de la demande.***



Pour les demandes de niveau de priorité modéré

Lorsque la demande est d'un **niveau de priorité modéré** tel que le définissent les annexes A et B, les services doivent débiter à l'intérieur de l'année suivant son analyse. Notons cependant que la poursuite des recherches en matière de standards cliniques, une collecte de données systématique et rigoureuse concernant l'accès, de même que les travaux liés à la mise en œuvre du plan d'accès permettront ultérieurement d'émettre des recommandations plus précises en matière de délais maximaux pour les demandes de niveau de priorité modéré. Certains secteurs où les délais d'attente sont particulièrement longs, par exemple l'accès aux ressources d'hébergement non institutionnel, posent des défis qui devront être pris en compte de façon particulière. De plus, il est impératif que la période d'attente des personnes dont la demande est de niveau de priorité modéré soit suivie afin de s'assurer que leur situation ne s'aggrave pas, ce qui nécessiterait un réajustement dans leur niveau de priorité.

Standard d'accès pour les services spécifiques et spécialisés (CSSS et CR)

- ***Début des services à l'intérieur de l'année suivant l'analyse de la demande.***

Étape 5 : Mesures d'appoint offertes aux personnes en attente de services

Le plan d'accès prévoit l'offre de mesures d'appoint aux personnes en attente de services qui le nécessitent. Ces mesures sont constituées d'activités ponctuelles visant à minimiser le préjudice ou la détérioration durant l'attente de services, notamment lorsque la durée prévisible de l'attente est longue ou lorsqu'il survient un problème imprévu durant cette attente qui n'implique pas un rehaussement du niveau de priorité.

Les mesures d'appoint sont prises dans un contexte exceptionnel. *Elles ne constituent pas le début des interventions. Elles ne sont pas des activités liées à la détermination de l'admissibilité ni à l'évaluation, à l'élaboration ou à la réalisation du plan d'intervention (PI) de la personne. Elles ne doivent pas être une quantité réduite de ce qui serait offert si la personne recevait les services.* Ainsi, une personne ou sa famille bénéficiant de mesures d'appoint sont toujours considérées comme étant en attente de services, et ces mesures d'appoint ne doivent pas avoir pour effet de modifier leur rang sur la liste d'attente ou le niveau de priorité attribué à leur demande.

Standard d'accès pour les services spécifiques et spécialisés (CSSS et CR)

- ***Offre de mesures d'appoint, lorsque nécessaire, aux personnes en attente depuis plus de trois mois, ou dans toute situation où elle est jugée pertinente à l'intérieur de trois mois.***



2.3.2 Les standards de continuité

La personne présentant une déficience et sa famille ont régulièrement besoin de services offerts simultanément par plusieurs intervenants d'un même établissement ou par divers établissements et organismes. La mise en place de mesures visant à faciliter la complémentarité et la continuité des services requis par une personne et sa famille s'avère donc nécessaire.

La Loi sur les services de santé et les services sociaux fait obligation aux établissements d'élaborer un plan d'intervention (PI) à l'intention de la personne et de sa famille et, pour des usagers d'une catégorie donnée déterminée par règlement, d'assurer l'élaboration d'un plan de services individualisé (PSI).

- Le plan d'intervention identifie les besoins de la personne et de sa famille, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévue des services. Il assure ainsi la coordination des services offerts par l'établissement (L.R.Q., chapitre S-4.2, article 102).
- Le plan de services individualisé, pour sa part, est nécessaire lorsqu'une personne doit recevoir pour une période prolongée des services de santé et des services sociaux nécessitant, outre la participation d'un établissement, celle d'autres intervenants (L.R.Q., chapitre S-4.2, article 103). Il permet la planification et la coordination des services requis par la personne et sa famille.

Ainsi, pour assurer la continuité des services, le plan d'accès établit deux standards : la désignation d'un intervenant pivot et la planification concertée des services par les partenaires lors des périodes de transition vécues par la personne et sa famille.

L'intervenant pivot

Plusieurs termes sont utilisés dans le réseau de la santé et des services sociaux pour désigner les personnes qui coordonnent les services : coordonnateur du plan de services, gestionnaire de cas, intervenant de référence, chargé de cas, coordonnateur clinique, intervenant pivot. **Le Ministère retient le terme *intervenant pivot* pour désigner l'intervenant qui est responsable de coordonner les services pour une personne et sa famille.**

L'intervenant pivot peut être nécessaire au sein de l'établissement, lorsque celui-ci offre à une personne et à sa famille des services donnés par plusieurs intervenants. Il sera également nécessaire au sein du réseau, lorsque la personne et sa famille ont besoin des services de plusieurs établissements et partenaires.

D'une part, l'intervenant pivot de l'établissement est l'interlocuteur principal pour la personne et sa famille et permet d'assurer l'intégration des interventions et des services au sein de son établissement.

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



PSI. Par conséquent, cet intervenant ne doit pas être vu comme exerçant un rôle rattaché à un seul établissement, mais plutôt comme une ressource commune à tous les partenaires impliqués dans le PSI. Il assure la communication de l'information entre la personne et sa famille et les prestataires de services. À cet effet, il maintient des liens étroits avec les intervenants pivots désignés par les différents établissements pour coordonner les interventions sous leur responsabilité.

Par ailleurs, l'intervenant pivot du réseau se réfère au gestionnaire d'accès de l'établissement concerné lorsqu'il fait face à des difficultés organisationnelles. Si les difficultés concernent un partenaire d'un autre secteur de services, il en informe le gestionnaire d'accès de son établissement. Ce dernier prendra les moyens pour en saisir le gestionnaire d'accès de l'agence, qui fera le lien avec les intervenants des autres secteurs (éducation, services de garde, etc.).

Standard de continuité pour les services spécifiques et spécialisés (CSSS, CR)

- ***Désignation d'un intervenant pivot réseau par le CSSS lorsque celui-ci et un autre établissement ou partenaire sont impliqués auprès d'une personne et de sa famille, ou par le centre de réadaptation si le CSSS n'est pas impliqué.***

Élaboration d'un plan de services individualisé (PSI)

Les périodes de transition de la vie que sont l'entrée au service de garde, l'entrée à l'école, le passage du primaire au secondaire, le passage de l'école à la vie active et enfin, le changement de milieu de vie sont souvent des périodes où la continuité des services et des interventions est fragilisée.

Afin d'assurer une transition harmonieuse entre ces étapes de la vie de la personne, une planification de services concertée entre les partenaires est intégrée dans les standards de continuité du plan d'accès. Cette planification vise à redéfinir le projet de vie et à en préciser les conditions de réalisation et les partenaires impliqués. Le PSI constitue le moyen privilégié et retenu pour appliquer ce standard.

Standard de continuité pour les services spécifiques et spécialisés (CSSS, CR)

Élaboration et mise en œuvre d'un PSI lorsque la personne et sa famille vivent des périodes de transition tels :

- ***l'entrée au service de garde ;***
- ***l'entrée à l'école ;***
- ***le passage du primaire au secondaire ;***
- ***le passage de l'école à la vie active ;***
- ***le changement de milieu de vie.***



2.4 Les mécanismes prévus dans le plan d'accès

Pour assurer une approche systématique de la gestion de l'accès aux services, le plan d'accès prévoit cinq moyens devant être mis en place. Il s'agit de :

- la désignation d'un gestionnaire d'accès dans les établissements et les agences ;
- l'évaluation et l'amélioration des processus d'accès ;
- la mise en place du mécanisme d'accès ;
- la gestion centralisée et standardisée des listes d'attente dans l'établissement ;
- la gestion intégrée de l'accès.

Cette section présente les mécanismes prévus dans le plan d'accès.

2.4.1 Le gestionnaire d'accès

Le Ministère demande aux agences de nommer un gestionnaire d'accès et de s'assurer que chaque CSSS et centre de réadaptation de leur région en nomme un. Le gestionnaire d'accès, qu'il soit de l'agence ou d'un établissement, constitue la pierre angulaire de l'implantation et de la pérennité du plan d'accès ainsi que de la bonne gestion du changement inhérent à sa mise en œuvre.

Le gestionnaire d'accès de l'établissement

Le gestionnaire d'accès de l'établissement reçoit son mandat de la direction générale. Il est responsable de l'implantation et du suivi du plan d'accès au sein de son établissement. Son mandat est reconnu par les autres gestionnaires et intervenants de l'établissement, qui collaborent avec lui, afin d'assurer le succès de la mise en œuvre et la pérennité du plan d'accès.

Le gestionnaire d'accès est responsable de diffuser le plan d'accès dans son établissement. Il s'assure que le personnel de soutien, les intervenants et les gestionnaires de l'établissement comprennent et s'approprient le plan d'accès. À cet égard, il propose et anime les activités nécessaires à la bonne gestion du changement inhérent à sa mise en œuvre. De plus, il coordonne l'élaboration du plan d'amélioration de l'accès aux services de son établissement et veille à l'application des mesures déterminées.

En outre, le gestionnaire d'accès de l'établissement assure la mise en place d'une gestion centralisée des listes d'attente dans son établissement, ce qui lui permet d'assurer un suivi quant au cheminement des personnes. Il est responsable de la gestion de l'accès et de l'application des mesures supplétives prévues au mécanisme d'accès. Il peut également être contacté par la personne et sa famille, si ces dernières désirent lui communiquer un changement qui affecte leur état ou leur disponibilité.

Le gestionnaire d'accès fait rapport à la direction de son établissement de l'avancement des travaux et des résultats relatifs à la reddition de comptes demandée par l'agence et le Ministère. Il voit à l'intégrité et à la fiabilité des données colligées.



Sur le plan régional, il collabore au développement d'une gestion intégrée de l'accès aux services. Il agit comme interlocuteur privilégié auprès de l'agence et, le cas échéant, du Ministère, pour contribuer à l'amélioration continue du plan d'accès.

Le gestionnaire d'accès de l'agence

Le gestionnaire d'accès de l'agence voit à ce que les établissements concernés de sa région s'approprient et implantent le plan d'accès aux services. Pour ce faire, il anime et soutient l'activité des gestionnaires d'accès des établissements de son territoire. De plus, il coordonne l'ensemble des travaux à portée régionale et il est responsable de la mise en place d'une gestion intégrée de l'accès dans sa région. Aussi, il s'assure que les gestionnaires d'accès de sa région communiquent entre eux.

Enfin, le gestionnaire d'accès de l'agence veille à ce que les résultats de l'implantation du Plan d'accès soient transmis au président-directeur général, en fonction des éléments de reddition de comptes demandés par ce dernier et le Ministère.

2.4.2 L'évaluation et l'amélioration des processus d'accès des établissements

Dans chaque établissement, les activités liées aux processus d'accès devront être revues tant d'un point de vue administratif que clinique. Cette évaluation permettra de faire le point sur ce qui se fait et d'améliorer graduellement les processus à la lumière des standards définis dans le plan d'accès. On devra revoir la pertinence, l'efficacité et l'efficience des activités d'accueil, d'analyse de l'admissibilité et d'orientation des demandes. Qui fait ces activités ? Y a-t-il des divergences dans le processus d'accès d'un programme à l'autre ? Ces divergences sont-elles pertinentes ?

Par ailleurs, bien que le plan d'accès cible particulièrement l'entrée dans un CSSS ou un centre de réadaptation, il n'en demeure pas moins qu'afin d'accueillir les personnes dans les délais prescrits, il faut aussi améliorer leur cheminement dans les programmes et services, de même que préciser les conditions conduisant à la fin des interventions ou des services. Ainsi, certaines pratiques nécessiteront d'être revues, puisque ces dernières influencent aussi la capacité d'accueil de l'établissement. L'évaluation et l'amélioration des processus devront mettre à contribution les intervenants et les gestionnaires et prendre en compte les données probantes disponibles. Le gestionnaire d'accès de l'établissement est responsable de coordonner l'ensemble des travaux nécessaires à la révision et à l'amélioration des processus d'accès dans chacun des programmes et services.



2.4.3 Le mécanisme d'accès

Selon les pratiques en cours, la personne et sa famille peuvent se présenter d'elles-mêmes au CSSS de leur territoire ou y être dirigées par un autre établissement, un médecin, le centre de la petite enfance (CPE) ou l'école. En centre de réadaptation, les demandes proviennent principalement des médecins, des CSSS et des centres hospitaliers (CH). À cet effet, des liens bidirectionnels devraient exister entre ces différents acteurs afin d'assurer des services continus et intégrés.

Conformément à l'esprit de la réforme et aux attentes eu égard aux projets cliniques, les CSSS, en collaboration avec les centres de réadaptation et d'autres établissements (centres hospitaliers, centres jeunesse [CJ], etc.), établissent le mécanisme par lequel l'accès aux services destinés aux personnes ayant une déficience vivant sur leur territoire est assuré.

Le mécanisme d'accès précise les processus et les moyens par lesquels les personnes accèdent aux services dont elles ont besoin. Le mécanisme d'accès comprend les composantes suivantes :

- les modalités d'accès aux services ;
- les trajectoires de services ;
- la gestion des mesures supplétives.

Chacune de ces composantes est décrite dans cette section.

Les modalités d'accès aux services

Les modalités d'accès sont l'ensemble des règles régissant l'accès aux services. Elles doivent être connues des principaux partenaires. Elles soutiennent les interfaces entre les établissements pour assurer qu'on offre à la personne et à ses proches les services dont ils ont besoin. Elles précisent les corridors d'accès aux services selon l'origine de la demande ainsi que les éléments devant l'accompagner (information minimale nécessaire pour que l'établissement qui reçoit la demande puisse juger de son admissibilité et de son niveau de priorité). Finalement, ces modalités doivent être définies dans le respect des standards d'accès et de continuité.

Les trajectoires de services

Les trajectoires de services décrivent le cheminement clinique le plus efficace et le plus efficient permettant aux personnes d'avoir accès rapidement aux services dont elles ont besoin d'une manière coordonnée. Les trajectoires de services s'apparentent à la notion de continuum de services, qui implique une reconnaissance implicite d'une responsabilité commune des établissements ou organismes à l'endroit d'une clientèle. Les trajectoires doivent respecter les standards d'accès et de continuité.



La définition des trajectoires de services porte sur différents éléments :

- la détermination des clientèles communes à plus de deux établissements ou prestataires de services ;
- l'offre de service nécessaire aux clientèles communes et les responsabilités respectives des établissements pour la prestation des services ;
- les règles liant les établissements et les partenaires aux différents moments du continuum afin d'éviter les interruptions de services ou un accès linéaire aux services ;
- les modes de liaison bidirectionnelle entre les établissements.

À titre d'exemple, l'intervention précoce pour les enfants de moins de 6 ans ayant un retard de développement ou une déficience pourrait former une trajectoire de services. Cette trajectoire porterait sur la détection, la stimulation précoce globale, le soutien aux familles, l'évaluation diagnostique, les services spécialisés d'adaptation et de réadaptation, l'assistance éducative aux parents et l'intégration en services de garde et aux services préscolaires. Elle viserait à établir le cheminement de l'enfant et de sa famille de la détection jusqu'aux services nécessaires pour son développement et son intégration, en s'assurant de liens fonctionnels entre les établissements (CSSS, CH, CR, CJ, etc.) qui sont impliqués aux différentes étapes du continuum de services, afin que les services débutent rapidement, sans que se superposent les délais d'attente. Ainsi, un enfant en attente d'évaluation diagnostique pourrait bénéficier, dès la détection d'un retard de développement, de services de stimulation précoce et de soutien à son intégration, de même que sa famille pourrait recevoir des services de soutien selon ses besoins.

La gestion des mesures supplétives

En cas d'impossibilité pour un établissement de répondre aux demandes de services, le gestionnaire d'accès évalue les options suivantes :

1) Soutien interétablissement ou interrégional

Dans le cas où l'établissement ne dispose pas des ressources nécessaires, le gestionnaire d'accès s'assure que soit examinée la possibilité de mettre en commun des ressources avec d'autres établissements de sa région, sinon d'une autre région, de manière à rendre le service disponible, à moins que l'utilisateur ne refuse cette option.

2) Recours aux partenaires publics

Dans le cas où l'établissement n'a pas les ressources humaines, le gestionnaire d'accès s'assure d'examiner la possibilité de prendre entente avec un autre établissement du secteur public (par exemple, l'orthophonie avec le secteur de l'éducation).

3) Recours au secteur privé

Dans le cas où les capacités maximales du réseau public ont été utilisées, le gestionnaire d'accès peut recourir au secteur privé aux conditions suivantes :

- l'établissement est responsable du plan d'intervention et de la qualité des services ;
- le service ne doit pas coûter plus cher que dans le réseau public ;
- il n'y a aucuns frais pour la personne et sa famille.



2.4.4 La gestion centralisée et standardisée des listes d'attente dans l'établissement

Ce mécanisme vient centraliser les différentes listes d'attente à l'intérieur de l'établissement, tout en précisant les paramètres liés à leur gestion. L'établissement, par l'intermédiaire de son gestionnaire d'accès, devra convenir des moyens à mettre en place pour assurer une gestion standardisée des différentes listes d'attente. Cette gestion standardisée exige une application uniforme des critères d'établissement de la priorité des demandes dans les divers programmes et services de l'établissement et des vérifications pour contrôler ce processus et le mettre au point. Elle doit aussi assurer un suivi systématique des délais d'attente et permettre une gestion efficace des listes d'attente entre les intervenants et les gestionnaires, et ce, autant à l'interne qu'avec les partenaires du réseau, l'agence et le Ministère.

Le Ministère entend suivre de manière particulière l'évolution des listes d'attente en CSSS et en centres de réadaptation, ainsi que les rendre publiques à compter de l'hiver 2009. À cet effet, il définira les paramètres d'un suivi périodique venant compenser à court terme les limites des systèmes d'information actuels. Par ailleurs, il est important de déterminer certaines conditions se rattachant à la gestion de l'attente, en précisant, notamment, à quel moment l'attente commence et se termine, et ce, peu importe l'organisation des différents établissements.

Le début de l'attente

L'attente débute au moment où l'analyse de la demande est complétée, c'est-à-dire que la demande a été jugée admissible, qu'un niveau de priorité lui a été attribué et que la personne a été assignée à un programme.

La fin de l'attente

L'attente prend fin lorsque la personne commence à recevoir ses services. Le début des services est marqué par une première intervention en présence de la personne. Cette intervention fait partie des activités prévues pour l'élaboration et la réalisation du plan d'intervention. Elle exclut, par conséquent, *les mesures d'appoint offertes pour minimiser les préjudices que pourraient entraîner la période d'attente ou les activités faites pour juger de l'admissibilité de la demande*.

La mesure de l'attente

La mesure de la durée d'attente sera établie selon une approche rétrospective, c'est-à-dire sur la base du temps net écoulé entre la date où l'analyse de la demande est complétée et la date de la première intervention en présence de la personne. De plus, les personnes non disponibles, pour des raisons médicales ou personnelles valables, verront leur temps d'attente suspendu.



2.4.5 La gestion intégrée de l'accès

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

De plus, un portrait plus exhaustif de l'accès aux services à l'échelle régionale permettra de détecter, par exemple, les moments décisifs où des usagers pourraient être en attente simultanément au CSSS et au centre de réadaptation. Elle permettra aussi de cerner les zones de vulnérabilité dans l'offre de service et d'agir en conséquence. Ainsi, l'efficacité et l'efficience des processus d'accès en place dans la région pourront être évaluées.



2.5 Les responsabilités

Pour assurer la mise en œuvre et la pérennité du plan d'accès, les établissements, les agences et le Ministère ont des responsabilités. Ces dernières sont présentées dans cette section.

L'établissement doit :

- désigner et soutenir le gestionnaire d'accès dans son mandat ;
- prendre les dispositions nécessaires pour respecter les standards d'accès et de continuité ;
- définir et mettre en place le mécanisme par lequel l'accès aux services destinés aux personnes ayant une déficience vivant sur son territoire est assuré⁵ ;
- faire connaître son offre de service et ses modalités d'accès ;
- prendre les dispositions nécessaires pour réviser ses processus d'accueil (analyse de l'admissibilité, établissement de la priorité, inscription sur une liste d'attente, etc.) ;
- prendre les dispositions nécessaires pour assurer une gestion centralisée et standardisée des listes d'attente ;
- informer son gestionnaire d'accès de tout problème touchant l'accès et la continuité des services et l'accompagner dans la recherche de solutions ;
- élaborer un plan d'amélioration de l'accès aux services et assurer son implantation ;
- colliger les informations nécessaires au suivi et à la reddition de comptes.

5. Cette responsabilité est plus particulièrement dévolue aux CSSS en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Toutefois, il est attendu que cet exercice s'effectue en collaboration avec les établissements impliqués dans l'offre de service.



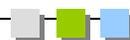
L'agence doit :

- désigner et soutenir le gestionnaire d'accès dans son mandat ;
- s'assurer qu'un gestionnaire d'accès est désigné dans chaque CSSS et centre de réadaptation de sa région ;
- soutenir les établissements dans la mise en œuvre du plan d'accès et la mise en place de moyens pour assurer sa pérennité ;
- prendre les dispositions nécessaires pour assurer la mise en place de la gestion intégrée de l'accès dans sa région ;
- assurer la coordination dans la mise en place des mécanismes d'accès dans sa région ;
- favoriser la conclusion d'ententes de service entre les instances locales et les partenaires régionaux. À défaut d'entente, elle doit préciser la contribution attendue des différents établissements ;
- coordonner l'offre de service des établissements afin d'assurer la complémentarité des activités offertes ;
- élaborer un plan régional d'amélioration de l'accès aux services ;
- intégrer dans son plan stratégique pluriannuel l'implantation, le suivi et l'évaluation du plan régional d'amélioration de l'accès ;
- soutenir les établissements dans l'élaboration et la mise en œuvre de leur plan d'amélioration de l'accès ;
- colliger les informations nécessaires au suivi et à la reddition de comptes ;
- évaluer la mise en œuvre et l'impact du plan d'accès à l'échelle régionale.



Le Ministère doit :

- s'assurer que des gestionnaires d'accès sont désignés dans les agences ;
- soutenir les agences et les établissements dans la mise en œuvre du plan d'accès et la mise en place de moyens pour assurer sa pérennité ;
- coordonner l'ensemble des travaux liés à la mise en œuvre provinciale du plan d'accès ;
- fournir les outils nécessaires à l'implantation du plan d'accès ;
- assurer le développement et l'harmonisation des systèmes d'information clientèle ;
- établir les seuils et les cibles de résultats à atteindre et les moyens de reddition de comptes ;
- intégrer dans son plan stratégique pluriannuel les objectifs de résultats du plan d'accès ;
- s'assurer d'une reddition de comptes auprès des agences ;
- évaluer la mise en œuvre et l'impact du plan d'accès à l'échelle provinciale ;
- s'assurer de rendre publiques les listes d'attente..



Partie 3 : L'implantation du plan d'accès aux services

La mise en œuvre du plan d'accès débute avec sa diffusion par les autorités ministérielles. La majeure partie des efforts visant l'alignement des pratiques sur les standards d'accès et de continuité et la mise en place des mécanismes prévus dans le plan d'accès s'effectuera au cours des trois prochaines années. Après ces années de travaux structurants, la gestion systématique de l'accès qui en découlera permettra le maintien du respect des standards et l'amélioration continue de l'accessibilité aux services pour les personnes ayant une déficience.

Cette section présente les étapes prévues pour l'implantation du plan d'accès, les résultats attendus, de même que la stratégie de mise en œuvre. On y expose également les principaux éléments de reddition de comptes, de même que les conditions essentielles au succès de l'implantation du plan d'accès.

3.1 Les étapes d'implantation

Les premiers jalons de la mise en œuvre sont fixés, mais ils devront être complétés avec les gestionnaires d'accès. Trois phases d'implantation sont prévues. Pour chacune de ces phases, des résultats attendus sont définis. Ces résultats renvoient au respect des délais fixés pour l'obtention des services et à la mise en œuvre des moyens favorisant l'optimisation des processus de gestion de l'accès et de l'organisation des services. À la lumière des responsabilités établies dans la section précédente, les établissements, les agences et le Ministère devront enclencher leurs travaux pour atteindre les résultats escomptés. Évidemment, ces phases d'implantation servent de balises minimales à l'implantation du plan d'accès. Selon les particularités de l'organisation de services des régions et des initiatives locales et régionales, l'évolution des travaux pourra être plus rapide. Le tableau suivant donne les balises principales quant à l'implantation du plan d'accès.



Résultats attendus de la mise en œuvre du plan d'accès

Phases	Application des standards	Modalités et mécanismes de gestion de l'accès
2008-2009	<ul style="list-style-type: none"> • Au 1^{er} septembre 2008, les usagers dont la demande est de niveau de priorité urgent commencent à recevoir les services dans les délais prévus par le plan d'accès. • Au 1^{er} novembre 2008, les enfants âgés de moins de 6 ans dont la demande est de niveau de priorité élevé commencent à recevoir les services dans les délais prévus par le plan d'accès. 	<ul style="list-style-type: none"> • Désignation des gestionnaires d'accès dans les établissements et les agences. • Élaboration et mise en place des mécanismes d'accès. • Élaboration du plan d'amélioration de l'accès par les établissements. • Élaboration du plan régional d'amélioration de l'accès (agences).
2009-2010	<ul style="list-style-type: none"> • Au 1^{er} novembre 2009, les usagers dont la demande est de niveau de priorité élevé commencent à recevoir les services dans les délais prévus par le plan d'accès. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implantation des mesures d'amélioration inscrites dans le plan d'amélioration de l'accès des établissements. • Implantation des mesures d'amélioration inscrites dans le plan régional d'amélioration de l'accès. • Gestion centralisée de l'attente dans les établissements. • Évaluation de l'implantation du plan d'accès (local, régional, provincial).
2010-2011	<ul style="list-style-type: none"> • Au 1^{er} novembre 2010, les usagers commencent à recevoir les services dans les délais prévus par le plan d'accès. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion intégrée de l'accès à l'échelle régionale. • Évaluation de l'implantation et de l'impact du plan d'accès (local, régional et national).

Concernant les délais prévus au plan d'accès, pour chacune des phases d'implantation, la cible à atteindre est le respect des délais pour 75 % des personnes visées dès la première année, et 90 % pour les années suivantes.



3.2 La stratégie de mise en œuvre

Le plan d'accès représente un changement important dans la gestion de l'accès aux services pour les personnes ayant une déficience. Sa mise en œuvre demandera des efforts à tous les paliers et, à cette fin, les gestionnaires d'accès sont essentiels dans la gestion du changement inhérent à son implantation.

La stratégie de mise en œuvre repose essentiellement sur la gestion du changement et engage les trois paliers de l'organisation des services. La gestion du changement suppose l'implication des différents acteurs, tant dans l'évaluation de la situation que dans la recherche de solutions et l'établissement d'objectifs communs dans l'application des mesures choisies. L'acquisition de nouvelles connaissances, le partage d'expériences, la transparence et la mise en place de conditions favorisant le succès faciliteront l'émergence du changement souhaité.

Plus précisément, le gestionnaire d'accès permettra de développer localement et régionalement une compétence sur le plan des processus de changement. En plus de coordonner l'ensemble des travaux relatifs à la mise en œuvre du plan d'accès, il agira à titre de soutien-conseil auprès des gestionnaires et des intervenants de son organisation pour que ces derniers puissent prendre une part active à la recherche et à l'application de solutions optimales aux problèmes d'accessibilité et de continuité des services.

Le Ministère soutiendra les gestionnaires d'accès des établissements et des agences dans la gestion du changement, notamment en diffusant les informations nécessaires et en créant des occasions d'échange. Actuellement, deux moyens sont retenus pour favoriser la gestion du changement. D'une part, il est prévu que le Ministère coordonne des suivis statutaires auprès des gestionnaires d'accès régionaux pour assurer une compréhension commune du plan d'accès et définir les mesures de soutien nécessaires pour qu'ils remplissent leurs fonctions. D'autre part, des groupes de travail *ad hoc* seront formés de gestionnaires d'accès des établissements et des agences pour répondre à des besoins précis. Par exemple, ces groupes de travail pourront définir de façon opérationnelle certaines étapes de la mise en œuvre du plan d'accès et suggérer des outils et des modalités de travail ou encore, proposer des solutions à des problèmes d'accès particuliers.



3.3 L'évaluation et la reddition de comptes

S'inscrivant dans le processus de gestion axée sur les résultats tant pour le Ministère que pour le réseau de la santé et des services sociaux, le prochain Plan stratégique du Ministère reflètera les objectifs d'accessibilité et de continuité du plan d'accès.

L'évaluation de la mise en œuvre du plan d'accès sera assurée par les établissements, les agences et le Ministère. Les paramètres et les modalités d'évaluation et de suivi seront précisés ultérieurement par le Ministère.

La reddition de comptes permettra d'apprécier non seulement la conformité aux standards, mais aussi le virage que le réseau effectuera vers l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience de ses processus. Elle tiendra compte à la fois de la production de services (quantité, intensité, durée), des délais d'attente et de l'optimisation des processus.

3.4 Les conditions essentielles à l'implantation du plan d'accès

Certaines conditions sont essentielles au succès de la mise en œuvre du plan d'accès. Ces conditions sont les suivantes.

- **Le financement**

L'implantation du plan d'accès nécessite l'ajout de ressources financières pour soutenir les efforts des établissements.

- **Les systèmes d'information clientèle**

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

- **Le leadership des paliers local, régional et provincial**

Le leadership du gestionnaire d'accès permettra de développer une compétence en gestion de changement nécessaire pour l'implantation du plan d'accès. Il soutiendra les efforts de ses collègues dans l'établissement d'un diagnostic relatif à l'accès et fera émerger les solutions devant être implantées pour améliorer l'accessibilité aux services. Par ailleurs, une volonté ferme de la part des dirigeants, tant des établissements et des agences que du Ministère, est essentielle pour la mise en œuvre du plan d'accès et devra se traduire par des priorités claires à ce point de vue et communiquées à l'ensemble des partenaires du réseau.



- **La concertation régionale**

La concertation de l'ensemble des acteurs pour la mise en œuvre du plan d'accès est une condition de succès. Par exemple, la création de lieux d'échange sur une base régionale concernant l'état de l'accès, les problèmes vécus et les solutions trouvées, les initiatives et les outils créés sont autant d'éléments favorables au succès de la mise en œuvre du plan d'accès. À cet égard, l'agence doit jouer un rôle de première importance, créer ces possibilités de concertation et stimuler l'implication de tous les acteurs de sa région.

- **L'innovation dans l'organisation du travail (révision des pratiques, solutions novatrices à la pénurie de la main-d'œuvre, téléadaptation et autres technologies)**

Outre le recours aux partenaires, qu'ils soient du réseau de la santé et des services sociaux ou du secteur public ou privé, l'intensification de l'utilisation de la téléadaptation ou d'autres technologies doit être planifiée afin de maximiser l'accès à l'expertise et son transfert. Ce nouveau mode d'intervention pourrait contribuer à développer le réseau de soutien à l'expertise, atténuer en partie l'effet des pénuries de main-d'œuvre dans certaines régions et, bien entendu, contribuer à l'atteinte des standards.

De plus, afin de compléter avantageusement l'offre de service aux personnes ayant une déficience, il faudra développer et consolider différentes modalités de collaboration avec les organismes communautaires.



Conclusion

Le plan d'accès engage les agences et les établissements à mettre en place une démarche structurée et continue d'amélioration des services destinés aux personnes ayant une déficience. Au terme des trois années prévues pour son implantation, les personnes et leur famille devraient percevoir des améliorations significatives de l'accessibilité et de la continuité des services.

Le succès du plan d'accès repose sur la mobilisation et la concertation des intervenants et gestionnaires de tous les paliers décisionnels et, plus particulièrement, de tous les établissements sur le plan régional. Sa mise en œuvre modifiera de manière importante les pratiques actuelles et exigera que les acteurs concernés se centrent sur les objectifs d'accessibilité et de continuité d'un tel plan, tout en évitant les pièges de rupture et de dilution de services. La mise en œuvre du plan d'accès invite à la transparence et à la solidarité et devra être l'occasion pour partager les succès et les difficultés afin de faire mieux, ensemble.

Le Ministère soutiendra la mise en œuvre du plan d'accès par différents moyens. Notamment, il produira des outils de soutien à l'implantation et mettra en place un forum Web pour les gestionnaires d'accès. Des modalités de soutien à l'élaboration de standards sont également prévues, tant sur le plan des pratiques organisationnelles que cliniques.

Dès son implantation, le plan d'accès permettra de canaliser les énergies de l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux au regard d'une problématique bien précise, celle de l'accès aux services pour les personnes ayant une déficience. Toutefois, le plan d'accès ne constitue que l'amorce d'une réflexion plus large du réseau de la santé et des services sociaux : il convient alors de l'utiliser comme levier pour une amélioration continue des services, afin de rendre notre réseau plus efficient et plus équitable.



Annexe A : Critères d'établissement de la priorité pour les services spécifiques (CSSS)

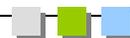
Critères d'établissement de la priorité	Standards d'accès correspondants
<p>NIVEAU DE PRIORITÉ URGENT</p> <p>L'intégrité et la sécurité de la personne ou de sa famille sont <u>présentement</u> menacées.</p> <p>Tous ces critères sont présents :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La situation est critique à cause de la présence d'un ou de plusieurs besoins biopsychosociaux ou d'une aggravation immédiate ou imminente de la situation (à l'intérieur des 72 heures suivant la demande). • La situation de crise est actuelle ou imminente (prévisible dans les 72 heures suivant la demande). • Le milieu naturel⁶ est inexistant, inapte ou ne peut compenser au-delà de 72 heures. 	<p>Début des services dans un délai maximal de 72 heures suivant la réception de la demande.</p>
<p>NIVEAU DE PRIORITÉ ÉLEVÉ</p> <p>L'intégrité ou la sécurité de la personne ou de sa famille <u>risquent d'être menacées en l'absence d'intervention dans les 30 jours suivant l'analyse de la demande.</u></p> <p>Tous ces critères sont présents :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une aggravation de la situation est prévisible dans les 30 jours suivant l'analyse de la demande de services. • Une situation de crise est prévisible d'ici 30 jours. • Le milieu naturel ne peut compenser que partiellement et à court terme (pendant au maximum 30 jours). 	<p>Début des services à l'intérieur des 30 jours suivant l'analyse de la demande.</p>
<p>NIVEAU DE PRIORITÉ MODÉRÉ</p> <p>L'intégrité ou la sécurité de la personne ou de sa famille ne sont pas menacées à court terme (d'ici 30 jours), mais l'intervention est nécessaire pour le maintien de la personne dans sa communauté.</p> <p>Une hiérarchisation des demandes peut être possible à l'intérieur de ce niveau de priorité, afin d'éviter l'aggravation des situations.</p>	<p>Début des services à l'intérieur de l'année suivant l'analyse de la demande.</p>

6. Le concept de milieu naturel s'applique autant à la personne qu'à la famille. Il s'agit de considérer la présence et la capacité de compenser des proches de la personne ou de la famille, selon le cas.



Annexe B : Critères d'établissement de la priorité pour les services spécialisés (CR)

Critères d'établissement de la priorité	Standards d'accès correspondants
<p>NIVEAU DE PRIORITÉ URGENT</p> <p>L'intégrité et la sécurité de la personne et de sa famille sont <u>présentement menacées</u>.</p> <p>Tous ces critères sont présents :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La situation de la personne est critique à cause de la présence d'une ou de plusieurs déficiences. L'absence d'une intervention immédiate ou dans les 72 heures compromet de manière irrémédiable le développement d'une aptitude, la récupération d'une fonction ou l'intégration sociale de la personne. • La situation de crise est actuelle ou imminente (prévisible dans les 72 heures suivant la demande). • Le milieu naturel est inexistant, inapte ou ne peut compenser au-delà de 72 heures. 	<p><i>Début des services dans un délai maximal de 72 heures suivant la réception de la demande.</i></p>
<p>NIVEAU DE PRIORITÉ ÉLEVÉ</p> <p>L'intégrité et le développement de la personne <u>risquent d'être irrémédiablement compromis en l'absence d'intervention dans les 90 jours suivant l'analyse de la demande</u>.</p> <p>L'un de ces critères est obligatoirement présent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'intervention doit débiter rapidement considérant la situation critique du cheminement de l'utilisateur, selon les données probantes disponibles. Sans intervention à l'intérieur de trois mois, la personne risque notamment de : <ul style="list-style-type: none"> ✓ développer un problème chronique ; ✓ voir son développement irrémédiablement compromis. • La détérioration de la situation (facteurs personnels et/ou environnementaux), de même que ses effets négatifs sur la réalisation des habitudes de vie et l'intégration sociale sont prévisibles dans les 90 jours suivant la demande. Sans intervention dans ce délai, la personne risque par exemple de : <ul style="list-style-type: none"> ✓ se voir exclue du service de garde ou compromettre sa réussite scolaire ; ✓ perdre son emploi ; ✓ voir son maintien à domicile compromis (hébergement et institutionnalisation). 	<p><i>Début des services à l'intérieur des 90 jours suivant l'analyse de la demande.</i></p>
<p>NIVEAU DE PRIORITÉ MODÉRÉ</p> <p>La détérioration ou l'aggravation de la situation de la personne ne sont pas prévisibles d'ici les 90 jours suivant l'analyse de la demande, mais l'intervention est nécessaire pour permettre la réalisation de ses habitudes de vie et/ou son intégration sociale. Une hiérarchisation des demandes peut être possible à l'intérieur de ce niveau de priorité, afin d'éviter l'aggravation des situations.</p>	<p><i>Début des services à l'intérieur de l'année suivant l'analyse de la demande.</i></p>



Annexe C : Fiche synthèse des standards d'accès et de continuité pour les services spécifiques des CSSS

PROCESSUS	STANDARDS
<p>Accueil :</p> <ul style="list-style-type: none"> Statuer sur l'urgence de la situation pour discriminer les demandes urgentes. <p>Pour les demandes correspondant aux critères du niveau de priorité urgent.</p>	<p><i>Début des services dans un délai maximal de 72 heures suivant la réception de la demande.</i></p>
<p>Analyse de la demande de services :</p> <ul style="list-style-type: none"> Décision sur l'admissibilité de la demande. Décision sur le niveau de priorité de la demande (niveau élevé ou modéré). Assignment à un ou à plusieurs services ou programmes. Établissement de la date prévisible du début des services. Inscription sur une liste d'attente. 	<p><i>Analyse de la demande dans les trois jours suivant sa réception.</i></p> <p><i>Une réponse écrite est donnée à la personne.</i></p>
<p>Début des services pour les demandes de niveau de priorité élevé.</p>	<p><i>Début des services dans les 30 jours suivant l'analyse de la demande.</i></p>
<p>Début des services pour les demandes de niveau de priorité modéré.</p>	<p><i>Début des services à l'intérieur de l'année suivant l'analyse de la demande.</i></p>
<p>Mesures d'appoint à offrir aux personnes en attente de services.</p>	<p><i>Offre de mesures d'appoint, lorsque nécessaire, aux personnes en attente depuis plus de trois mois, ou dans toute situation où elle est jugée pertinente à l'intérieur de trois mois.</i></p>
<p>La personne et sa famille ont besoin des services de plusieurs établissements et partenaires.</p>	<p><i>Désignation d'un intervenant pivot réseau par le CSSS lorsque celui-ci et un autre établissement ou partenaire sont impliqués auprès d'une personne et de sa famille.</i></p>
<p>La personne et sa famille ont besoin des services de plusieurs établissements et partenaires et vivent des périodes de transition :</p> <ul style="list-style-type: none"> entrée au service de garde ou à l'école ; passage à l'adolescence ; transition école-vie active ; changement de milieu de vie. 	<p><i>Élaboration et mise en œuvre d'un PSI lorsque la personne et sa famille vivent des périodes de transition.</i></p>



Annexe D : Fiche synthèse des standards d'accès et de continuité pour les services spécialisés des centres de réadaptation

PROCESSUS	STANDARDS
<p>Accueil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Statuer sur l'urgence de la situation pour discriminer les demandes urgentes. <p>Pour les demandes correspondant aux critères du niveau de priorité urgent.</p>	<p><i>Début des services dans un délai maximal de 72 heures suivant la réception de la demande.</i></p>
<p>Analyse de la demande de services :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Décision sur l'admissibilité de la demande. • Décision sur le niveau de priorité de la demande (niveau élevé ou modéré). • Assignation à un ou à plusieurs services ou programmes. • Établissement de la date prévisible du début des services. • Inscription sur une liste d'attente. 	<p><i>Analyse de la demande dans les sept jours suivant sa réception.</i></p> <p><i>Une réponse écrite est donnée à la personne.</i></p>
<p>Début des services pour les demandes de niveau de priorité élevé.</p>	<p><i>Début des services dans les 90 jours suivant l'analyse de la demande.</i></p>
<p>Début des services pour les demandes de niveau de priorité modéré.</p>	<p><i>Début des services à l'intérieur de l'année suivant l'analyse de la demande.</i></p>
<p>Mesures d'appoint à offrir aux personnes en attente de services.</p>	<p><i>Offre de mesures d'appoint, lorsque nécessaire, aux personnes en attente depuis plus de trois mois, ou dans toute situation où elle est jugée pertinente à l'intérieur de trois mois.</i></p>
<p>La personne et sa famille ont besoin des services de plusieurs établissements et partenaires.</p>	<p><i>Désignation d'un intervenant pivot par le CSSS lorsque celui-ci et un autre établissement ou partenaire sont impliqués auprès d'une personne et de sa famille, ou par le <u>CR</u> si le CSSS n'est pas impliqué.</i></p>
<p>La personne et sa famille ont besoin des services de plusieurs établissements et partenaires et vivent des périodes de transition :</p> <ul style="list-style-type: none"> • entrée au service de garde ou à l'école ; • passage à l'adolescence ; • transition école-vie active ; • changement de milieu de vie. 	<p><i>Élaboration et mise en œuvre d'un PSI lorsque la personne et sa famille vivent des périodes de transition.</i></p>



ion accessibilité
qualité continuité
concertation mobilisation
obilisation continuité
lité concertation