

A PROPOS DE QUALITE: L'EXPERIMENTATION DE QUELQUES INDICATEURS

Hubert Gascon et Renaud Cloutier

L'objectif général de ce texte est de décrire une méthodologie d'évaluation de la qualité des services qui vise à démontrer la conformité de l'évolution des services aux orientations définies par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les auteurs présentent les indicateurs qui sont développés lors de l'élaboration du Plan régional d'organisation des services en déficience intellectuelle de la région de Québec et de Chaudière-Appalaches et leur application au niveau régional et au niveau territorial. Une telle démarche d'évaluation s'avère importante pour la planification, la programmation et l'organisation des services.

Le réseau québécois de la distribution des services destinés aux personnes présentant une déficience intellectuelle a beaucoup évolué malgré sa jeunesse. Cette évolution est attribuable à plusieurs facteurs dont, entre autres, l'influence importante du principe de la valorisation du rôle social, la reconnaissance des droits des personnes, la désinstitutionnalisation, l'introduction dans les pratiques d'une approche davantage systémique, d'une pratique non plus centrée exclusivement sur la personne déficiente intellectuelle mais aussi sur son environnement et l'introduction de la notion de qualité de vie. Ce sont autant d'éléments qui ont profondément modifié les pratiques et soulevé plusieurs questionnements. Depuis l'implantation au début des années '70 de ce réseau, que constituent les centres de réadaptation¹, la plupart de ses aspects furent questionnés: que ce soit les objectifs qu'il poursuit, la philosophie qui l'anime, la perception qu'il entretient de la personne ayant une déficience, la nature même de ses services, les

technologies particulières utilisées, son rôle de complémentarité vis-à-vis les services généraux de la communauté et autres.

Un aspect semble cependant avoir résisté jusqu'à tout récemment à ces questionnements: l'efficacité et l'efficacé de ce réseau de services. Malgré les préoccupations de plusieurs intervenants de *bien* faire les *bonnes* choses, très peu d'efforts ont été consentis afin de développer un modèle d'évaluation de la qualité qui soit rigoureux, systématique,

-
1. La mission d'un centre de réadaptation est d'offrir des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui, en raison de leur déficience intellectuelle, requièrent de tels services de même que des services d'accompagnement et de support à l'entourage de ces personnes (Art. 84, LSSS).

Suite à la réforme actuelle que connaît le réseau de la santé et des services sociaux, il y aura 25 centres de réadaptation pour personnes ayant une déficience intellectuelle. Les services que les centres de réadaptation ont développé sont multiples: services de consultation, d'évaluation et d'orientation, service d'intervention précoce; service d'aide éducative à domicile pour enfants, adolescents et pour adultes; services de support à la communauté; services de répit et de dépannage; services résidentiels; services d'apprentissage aux habitudes de travail et d'intégration socio-professionnelle.

Hubert Gascon, Centre Victor-Cloutier, 12525, 25e Avenue, St-Georges (Québec), Canada, G5Y 5C8; Renaud Cloutier, Pavillon St-Charles de Limoilou, 730, 8e Avenue, Québec (Québec), Canada, G1J 3L7.

objectif, généralisable, et conforme aux orientations. La recherche d'une identité, le développement de services dans un contexte de ressources quasi-illimitées des années 70, la perception réconfortante et probablement réelle de contribuer à l'amélioration de la condition des personnes présentant une déficience intellectuelle ne prêtaient pas à cet exercice.

Ce n'est que depuis le début des années 80, peut-être en raison de la rareté des ressources, de l'augmentation progressive des demandes de services, de la complexité considérable du déploiement des services vers la communauté qu'une réflexion articulée sur ce sujet s'amorce. Déjà en 1980, l'Association des centres d'accueil du Québec (ACAQ) élaborait un *Projet de recueil de normes de qualité des services en centre d'accueil de transition et de réadaptation*. Malheureusement, cette démarche ne se limita qu'à l'élaboration du recueil et aucune suite ne fut donnée quant à son application par les centres de réadaptation. En 1986, suite à un mandat confié par les directeurs généraux des centres de réadaptation de la région de la Montérégie, Harvey propose le premier outil d'analyse de l'efficacité et de l'efficacité des centres de réadaptation qu'il baptisa "*Per Hora Pondéré*". Malgré le succès rencontré lors de sa présentation, il ne sera jamais vraiment utilisé dans le réseau et sera relégué, pour diverses raisons, aux oubliettes.

Mais, en 1988, lorsque le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) publia son guide d'action intitulé de façon évocatrice "*L'intégration sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle: un impératif humain et social*", il allait rendre nécessaire ce qui n'était que jusque-là souhaitable. En effet, dans ce document, le MSSS indique que chaque Conseil régional de la santé et des services sociaux² doit élaborer un *Plan régional d'organisation des services aux personnes présentant une déficience intellectuelle*³. Ce plan doit prévoir, entre autres, des modalités d'évaluation de la qualité des services et du fonctionnement du réseau des services.

Concrètement, le ministère demande à chaque région socio-administrative:

"la mise en place d'un système qui aura pour avantage de démontrer la conformité des services aux grandes orientations définies par le ministère de la Santé et des Services sociaux, ainsi que l'adéquation entre les services dispensés et les besoins des usagers. L'efficacité et l'efficience du réseau de services, par sous-région, pourront par la même occasion être évaluées" (MSSS, 1988).

L'évaluation de la qualité des services et du fonctionnement du réseau de services se trouve ainsi défini en fonction des orientations que propose le ministère et que chaque région est tenue d'adopter. Elle peut référer aussi, comme le

-
2. Le Québec est découpé en 16 régions socio-administratives. Pour chacune de ces régions, une Régie régionale de la santé et des services sociaux a pour objet de planifier, d'organiser, de mettre en oeuvre et d'évaluer les programmes de santé et de services sociaux élaborés par le ministère. Avant la réforme qui est en vigueur depuis peu au Québec, cet établissement se nommait Conseil régional de la santé et des services sociaux (CRSSS).
 3. Le concept du plan régional d'organisation des services (PROS) est un concept récent introduit conjointement par la Conférence des CRSSS et le MSSS (Comité conjoint MSSS-CRSSS, 1987) et intégré aux politiques ministérielles en déficience intellectuelle et en santé mentale. Le plan d'organisation des services constitue l'instrument privilégié retenu par le Ministère pour traduire l'état de la situation des besoins des personnes et de leur famille ainsi que les orientations retenues par une région dans l'organisation et les modes de distribution des services. Le plan permet l'organisation et la coordination régionale des ressources et de services intégrés en réponse aux besoins identifiés et il définit les mandats des diverses ressources concernées par son actualisation. En outre, il atteint ses véritables objectifs qu'en devenant le premier outil d'une véritable concertation intersectorielle de tous les partenaires des autres réseaux et de la collectivité dans la poursuite de l'intégration des personnes dans toutes les sphères de la vie quotidienne. Le plan ne peut toutefois prétendre être l'aboutissement final du processus de planification. Certes, il constitue une étape marquante pour les personnes, le réseau et la collectivité mais il ne peut être qu'un outil évolutif à l'image des besoins changeants des personnes et des modifications constantes dans l'organisation de la vie sociale.

souligne Gladu et al. (1987), aux mesures permettant de préciser jusqu'où les organismes desservant une clientèle atteignent les objectifs prescrits par leur mandat.

Mais au-delà de la définition de l'appréciation de la qualité des services, il est désormais clair que l'évaluation de la qualité doit être présente dans ce réseau de services non plus comme sujet de réflexion mais comme outil de travail.

Cet article présente la démarche dans laquelle s'est engagée la région de Québec et de Chaudière-Appalaches⁴ pour élaborer son Plan régional d'organisation des services et qui a permis l'identification d'un certain nombre d'indicateurs. L'objectif de l'article n'est pas d'analyser la performance de chaque territoire sur chaque indicateur mais plutôt de décrire le processus adopté par une région afin d'obtenir une information utile et objective sur certains paramètres liés au réseau de distribution des services en déficience intellectuelle.

UNE DEMARCHE REGIONALE

Un an après la publication du guide d'action du MSSS, soit en 1989, le Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Québec et Chaudière-Appalaches crée un Comité du plan qui a pour mandat:

"D'articuler un modèle de distribution de services aux personnes présentant une déficience intellectuelle à partir des besoins identifiés et de l'ensemble des ressources existantes dans le réseau, le tout en accord avec la politique ministérielle...", (CSSS-03/12, 1989).

La diversité des secteurs auxquels appartiennent les membres de ce comité reflète la volonté expresse de la région d'amorcer la concertation intersectorielle en déficience intellectuelle. Dix-neuf personnes composent ce comité dont cinq

proviennent du réseau des centres de réadaptation. Les autres proviennent de différents secteurs d'activité: municipalités, garderies, éducation, travail, services communautaires, services sociaux, associations de promotion et de défense des droits, Office des personnes handicapées du Québec.

Deux comités sont créés pour soutenir les travaux du Comité d'élaboration du plan régional: le Comité aviseur sur les besoins et le Comité aviseur sur les ressources. Le premier est créé afin de recueillir et analyser les informations nécessaires à l'identification des besoins des personnes et de leur famille qu'elles soient déjà desservies ou estimées. Le second a le mandat d'établir la richesse relative intra-régionale, sur le plan des ressources humaines et financières pour établir les coûts reliés aux actions prioritaires, d'explorer des stratégies et de proposer des modes de financement.

Dès le début de leurs travaux, ces deux comités s'orientent vers le développement d'indicateurs aptes à mesurer la qualité des services, définie comme étant la capacité des centres de réadaptation à atteindre les objectifs prescrits par leur mandat, au meilleur coût possible. Plusieurs organismes gouvernementaux utilisent déjà des indices capables de mesurer la qualité des services et utiles pour l'améliorer. Ainsi les indices économiques tels que le taux de chômage, le produit intérieur brut, les taux d'intérêt, l'indice des prix à la consommation, sont maintenant largement utilisés et indispensables aux décisions d'ordre économique. Malgré le fait que le développement d'indices de qualité dans le domaine de l'éducation retient l'attention (Weiss, 1988), la mesure de la qualité des services dans le domaine des services sociaux reste à définir (IDE, 1991). C'est donc dans cette optique que s'articule la

4. La région de Québec et de Chaudière-Appalaches est découpée en six territoires, chacun étant couvert par un centre de réadaptation. Chaque centre a la responsabilité d'offrir la gamme complète de services. Depuis la réforme, cette région est scindée en deux régions socio-administratives distinctes et se décompose désormais de cinq territoires de C.R., trois dans une région et deux dans l'autre.

démarche de cueillette de données nécessaire à la planification régionale. Des indicateurs sont créés et contribueront à la production d'un état de situation utile au plan d'action (CSSS 03/12, 1990).

LES INDICATEURS

Samson-Saulnier (1990) définit le critère comme étant un élément (ou une caractéristique) descriptif et spécifique d'un produit qui soit observable, mesurable et à partir duquel un jugement est porté. L'indicateur est défini comme étant la mesure de ce critère et s'exprime en ratio, moyenne, taux. Dans la présente démarche, les indicateurs sont déterminés de façon à ce qu'ils permettent de mesurer la conformité des services aux orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux. Dans son guide d'action, le ministère précise que:

"Le but que doit poursuivre la collectivité québécoise en regard des personnes présentant une déficience intellectuelle consiste à leur offrir toutes les opportunités qui leur permettent de bénéficier d'une qualité de vie satisfaisante. Ce but sera atteint le jour où la valorisation du rôle social et l'intégration sociale seront une réalité pour tous" (MSSS, 1988).

Il définit davantage ce but dans les sept objectifs suivants:

- . *"maintenir l'enfant dans sa famille et l'adulte dans un milieu résidentiel de son choix;*
- . *développer l'autonomie de la personne en milieu naturel;*
- . *favoriser la participation de la personne à la vie communautaire;*
- . *développer l'autonomie professionnelle de l'adulte et favoriser son intégration à un travail régulier;*

- . *favoriser les contacts interpersonnels entre la personne handicapée et des personnes non handicapées;*
- . *soutenir la personne dans l'exercice et la sauvegarde de ses droits;*
- . *réintégrer socialement les personnes "présentement en institution"* (MSSS, 1988).

Les indicateurs doivent donc, dans une certaine mesure, permettre la quantification de ces objectifs. Un second facteur déterminant dans l'identification des indicateurs est la connaissance de la réalité régionale. Ainsi, par exemple, dans une région où plusieurs personnes présentant une déficience intellectuelle vivent en institution, une attention particulière portera sur des indicateurs liés à l'institutionnalisation ce qui permettra d'en suivre l'évolution. Enfin la disponibilité des données nécessaires aux calculs des indicateurs est un autre facteur déterminant dans leur identification.

Les indicateurs élaborés sont regroupés en deux catégories: les indicateurs cliniques et les indicateurs administratifs. Les indicateurs cliniques visent à sonder le niveau de conformité de l'organisation territoriale aux orientations du ministère de la Santé et des services sociaux en terme de clientèle. Les indicateurs administratifs poursuivent le même objectif mais via les ressources financières et les ressources humaines affectées aux services destinés aux personnes ayant une déficience intellectuelle.

Les indicateurs cliniques⁵

L'**indice de pénétration** est obtenu en divisant le nombre de personnes desservies par le nombre de personnes théoriquement en besoin de services

5. Le calcul des indicateurs cliniques et des indicateurs administratifs est basé sur des données recueillies en 1989.

(,36%) multiplié par cent⁶.

L'indice d'institutionnalisation territoriale est obtenu en divisant le nombre de personnes vivant en institution par le nombre de personnes théoriquement en besoin de services sur le territoire, multiplié par cent.

L'indice d'institutionnalisation organisationnelle est obtenu en divisant le nombre de personnes vivant en institution divisé par le nombre total de clients desservis par le Centre de réadaptation, multiplié par cent. Cet indice est également calculé selon les catégories d'âge (0-17 ans; 18 ans et +).

L'indice d'intégration et de complémentarité avec les services de garde à l'enfance est obtenu en divisant le nombre d'enfants (0-5 ans) desservis par les Centres de réadaptation et inscrits en garderie par le nombre d'enfants (0-5 ans) desservis par le Centre de réadaptation, multiplié par cent.

L'indice d'accessibilité aux services scolaires est obtenu en divisant le nombre d'enfants (6-18 ans) desservis par les Centres de réadaptation et fréquentant l'école par le nombre total d'enfants (6-18 ans) desservis par les Centres de réadaptation. Cet indicateur peut être subdivisé selon que l'enfant fréquente une école spéciale, une classe spéciale dans une école régulière ou encore une classe régulière dans une école régulière.

L'indice d'inscription à une ressource travail des Centres de réadaptation est obtenu en divisant

le nombre d'adultes (19 ans et +) inscrits à toute forme de ressource d'apprentissage aux habitudes de travail (excluant ceux fréquentant les Centres de jour) par le nombre total d'adultes desservis par le Centre de réadaptation du territoire, multiplié par cent.

L'indice de la progression de l'intégration au travail est obtenu en divisant le nombre d'adultes (19 ans et +) inscrits à une ressource travail par le nombre d'adultes inscrits à toute forme d'intégration socio-professionnelle (excluant les Centres de jour et les ateliers Services d'apprentissage aux habitudes de travail), multiplié par cent.

Les indicateurs administratifs

L'indice "Per Capita" est obtenu en divisant le budget total du Centre de réadaptation par la population du territoire à desservir.

L'indice budget-client est obtenu en divisant le budget total du Centre de réadaptation par le nombre de clients desservis.

L'indice budget-client pondéré par l'utilisation des services est obtenu en divisant le budget total des Centres de réadaptation par le nombre de clients desservis en pondérant (Harvey, 1986) selon les services utilisés:

- . internat = 1,00;
- . foyer de groupe + résidence communautaire = ,50;
- . Centre de jour + S.A.H.T. = ,50;
- . tous les autres services = ,25.

L'indice des ressources affectées à l'internat est obtenu en divisant les ressources directes à l'internat par le total des ressources affectées aux services directs du Centre de réadaptation, multiplié par cent.

L'indice des ressources financières affectées aux services directs est obtenu en divisant les

6. On estime à 3% le pourcentage de la population qui présente à divers degrés une déficience intellectuelle, 2,64% ayant une déficience intellectuelle légère et 0,36% une déficience intellectuelle grave (modérée, sévère et très sévère). C'est ce dernier pourcentage que la région de Québec et Chaudière-Appalaches a retenu pour l'estimation théorique du nombre de personnes à desservir. Ce pourcentage est jugé très conservateur. Le ministère établit ce taux à 0,5% (MSSS, 1991). Cet indice permet de vérifier dans quelle mesure un centre de réadaptation rejoint la population qu'il doit théoriquement desservir.

Tableau 1

Informations requises pour le calcul des indicateurs *

	TERRITOIRE					REGION **
	1	2	3	4	5	
Population du territoire	205 365	151 145	219 880	219 065	87 575	883 030
Personnes théoriquement en besoin de services	740	544	792	789	315	3 180
Personnes desservies par un C.R.						
0 - 5	40	33	65	0	12	150
6 - 17	91	78	63	66	16	314
18 - +	277	196	239	321	88	1 121
Total	408	307	367	387	116	1 585
Personnes vivant en internat						
0 - 17	20	14	18	7	9	68
18 - +	121	60	78	6	39	304
Total	141	74	96	13	48	372
Enfants fréquentant un service de garde à l'enfance	1	3	11	0	4	19
Enfants fréquentant l'école	58	63	62	63	12	258

Tableau 1 (Suite)

	TERRITOIRE					REGION **
	1	2	3	4	5	
Adultes fréquentant une ressource travail d'un C.R.	171	129	98	248	87	733
Adultes fréquentant une ressource travail hors-atelier	54	59	14	89	34	250
Budget total du C.R. (en milliers)	9 440	4 914	7 359	6 404	3 736	31 854
Budget utilisé aux services directs à la clientèle (en milliers)	5 936	3 326	5 019	4 541	2 523	21 343
Budget affecté à l'internat (en milliers)	3 626	2 198	3 107	1 490	1 331	11 753

* Informations recueillies en 1989.

** En 1989, la région comprend un sixième territoire de centre de réadaptation. Ce dernier n'est pas considéré dans la présente démonstration.

ressources financières allouées aux services directs divisé par le budget global du Centre de réadaptation, multiplié par cent.

L'indice de support à l'intégration sociale est obtenu en divisant les ressources financières affectées aux services externes par le nombre de personnes théoriquement en besoin de services sur le territoire.

La cueillette de données structurée par l'utilisation d'indicateurs permet d'établir un niveau de base de la situation qui prévaut sur chaque territoire et pour toute la région à un temps x . La Figure 1 illustre les scores obtenus aux indicateurs cliniques et la Figure 2 ceux obtenus aux indicateurs administratifs. Comme il fut spécifié plus tôt, chaque situation territoriale ne fera pas l'objet d'une analyse détaillée. La performance de chaque centre de réadaptation sur chacun des indicateurs est tributaire d'une série de considérations qu'il serait vain d'aborder dans le présent article. Toutefois de ce niveau de base, se dégagent un certain nombre de constats à partir desquels, des objectifs territoriaux et régionaux peuvent être identifiés. Les écarts intra-régionaux questionnent et suggèrent des actions. Aussi les orientations ministérielles définissent les tendances attendues dans le futur (Tableau 2).

Les travaux du Comité d'élaboration du *Plan régional d'organisation des services en déficience intellectuelle* ont mené à la formulation d'un plan d'action triennal. Ce plan qui permet d'orienter la planification, la programmation et l'organisation des services, est composé de buts et d'objectifs et identifie les acteurs imputables de leurs réalisations et de leurs suivis.

Une démarche territoriale

Un an et demi après la réalisation du PROS-DI de la région Chaudière-Appalaches, deux centres de réadaptation de cette région (Centre Victor-Cloutier, 1991; Pavillon St-Charles de Limoilou, 1992) s'engagent dans l'élaboration de leur propre

plan territorial d'organisation de services. Cette démarche territoriale a un double objectif: d'une part, pouvoir apprécier l'évolution engendrée par la réalisation de certaines actions identifiées dans le PROS-DI et d'autre part, poursuivre la planification à partir d'un nouvel état de situation en y dégageant de nouveaux objectifs. Cette démarche territoriale de planification assure que le plan d'action développé par la région demeure une base de travail et se réalise.

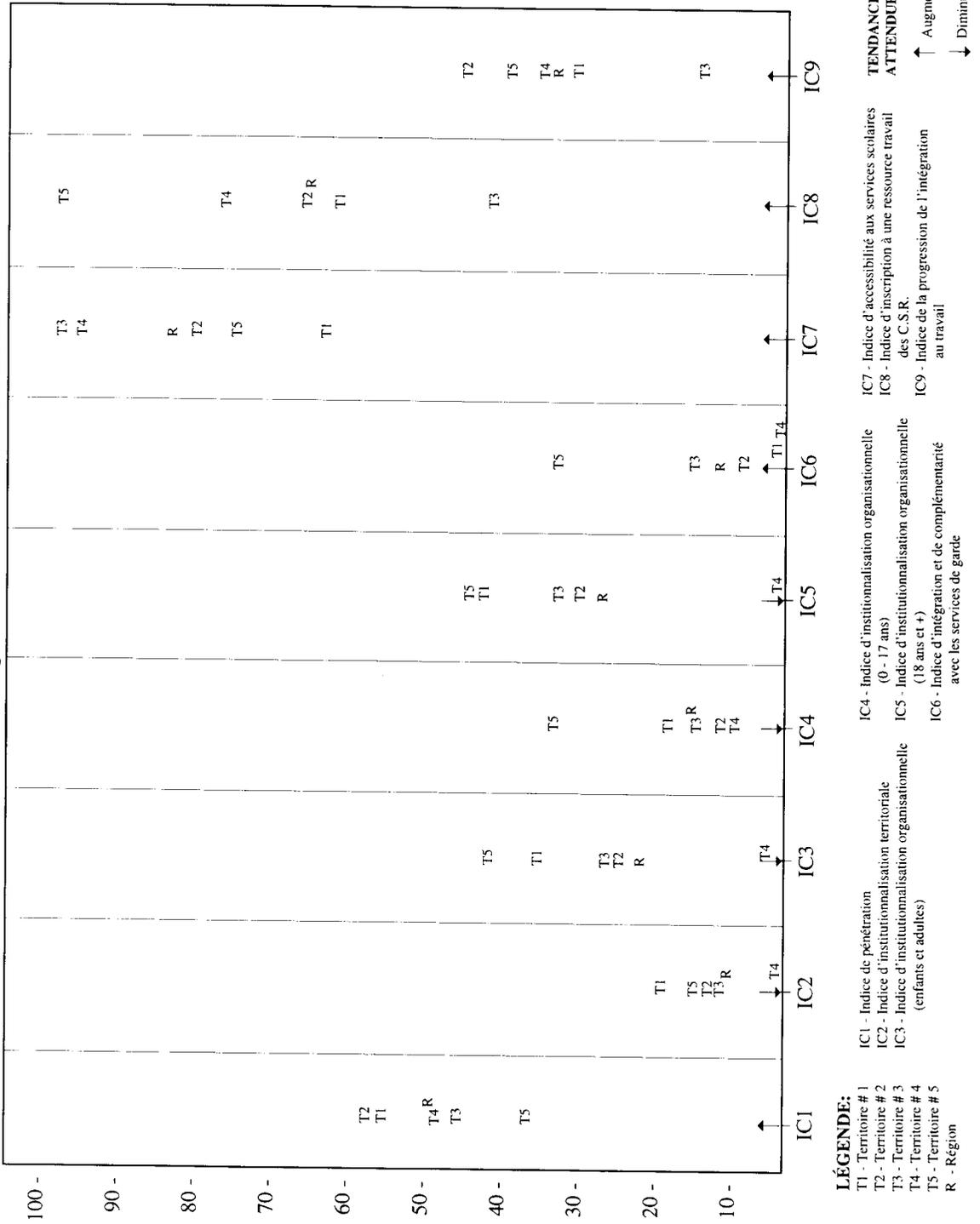
Ce nouvel état de situation, pour chacun des deux territoires, est bâti à partir des mêmes indicateurs développés dans le PROS-DI. La Figure 3 illustre les résultats obtenus aux indicateurs cliniques et la Figure 4 ceux obtenus aux indicateurs administratifs. Dans chacune de ces figures, sont considérés les scores obtenus au premier état de situation pour la région et pour chaque territoire.

Le seul examen visuel des graphiques rend compte d'une évolution qui s'inscrit en conformité aux orientations ministérielles, reprises par la région. Ces données et la tendance qu'adopte leur évolution reflètent une mouvance d'une réalité non-étrangère aux orientations données à l'organisation des services.

Tout comme pour les données précédentes, l'objectif du présent article n'est pas de commenter les scores obtenus à chacun des indicateurs, ni d'interpréter leur évolution via les actions qui la déterminent. L'objectif est de rendre compte d'un processus qui fournit une information utile et objective sur certains paramètres liés à l'organisation des services. Chaque indicateur est une mesure d'un aspect de la réalité; il informe et peut influencer des décisions. Il appartient au gestionnaire de l'utilisation qui en sera faite.

Afin d'illustrer l'utilité de la démarche, considérons l'indice de pénétration. Un centre de réadaptation décide de décomposer cet indicateur en cinq indices, chacun étant défini par le groupe d'âge qu'il vise à sonder: 0-5 ans, 6-18 ans, 19-54 ans et 55 ans et plus. De plus, chacun de ces

FIGURE 1: SCORE OBTENU À CHAQUE INDICATEUR CLINIQUE POUR CHAQUE TERRITOIRE ET POUR LA RÉGION



LÉGENDE:

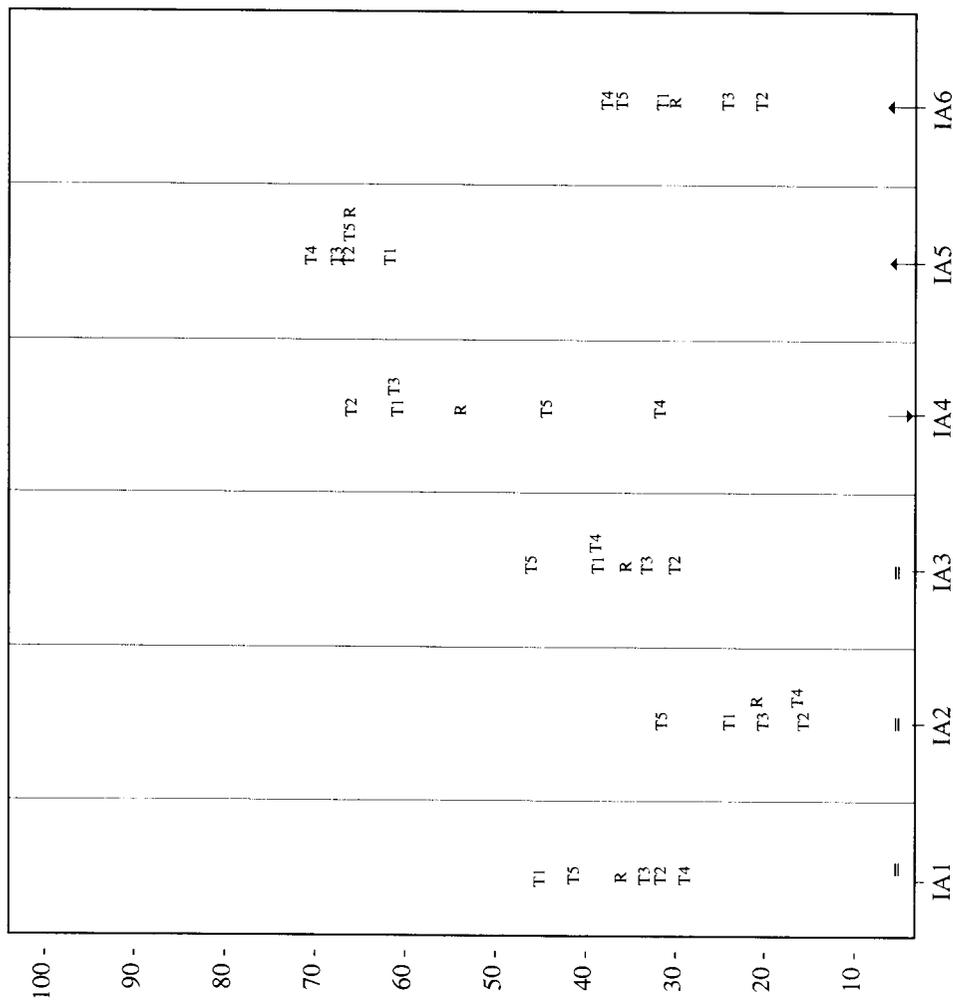
- T1 - Territoire # 1
- T2 - Territoire # 2
- T3 - Territoire # 3
- T4 - Territoire # 4
- T5 - Territoire # 5
- R - Région

- IC1 - Indice de pénétration
- IC2 - Indice d'institutionnalisation territoriale
- IC3 - Indice d'institutionnalisation organisationnelle (enfants et adultes)
- IC4 - Indice d'institutionnalisation organisationnelle (0 - 17 ans)
- IC5 - Indice d'institutionnalisation organisationnelle (18 ans et +)
- IC6 - Indice d'intégration et de complémentarité avec les services de garde

- IC7 - Indice d'accessibilité aux services scolaires
- IC8 - Indice d'inscription à une ressource travail des C.S.R.
- IC9 - Indice de la progression de l'intégration au travail

TENDANCES ATTENDUES
 ↑ Augmentation
 ↓ Diminution

FIGURE 2: SCORE OBTENU À CHAQUE INDICATEUR ADMINISTRATIF POUR CHAQUE TERRITOIRE ET POUR LA RÉGION



TENDANCES ATTENDUES
 ↑ Augmentation
 ↓ Diminution
 = Équité

LÉGENDE:

- T1 - Territoire # 1
- T2 - Territoire # 2
- T3 - Territoire # 3
- T4 - Territoire # 4
- T5 - Territoire # 5
- R - Région
- IA1 - Indice « Per Capita »
- IA2 - Indice budget-client (x 1000)
- IA3 - Indice budget-client pondéré par l'utilisation des services (x 1000)
- IA4 - Indice des ressources affectées à l'internet
- IA5 - Indice des ressources affectées aux services directs
- IA6 - Indice de support à l'intégration sociale (x 100)

Tableau 2**Les indicateurs et leur tendance**

INDICES CLINIQUES	TENDANCE ATTENDUE DES INDICATEURS SELON LES ORIENTATIONS MINISTERIELLES
Indice de pénétration	Augmentation
Indice d'institutionnalisation	Diminution
Indice d'institutionnalisation organisationnelle	Diminution
Indice d'institutionnalisation organisationnelle (0-17 ans)	Diminution
Indice d'institutionnalisation organisationnelle (18 ans et +)	Diminution
Indice d'intégration et de complé. avec les services de garde	Augmentation
Indice d'accessibilité aux services scolaires	Augmentation
Indice d'inscription à une ressource travail des C.S.R.	Augmentation
Indice de progression de l'intégration au travail	Augmentation
Indice "per capita"	Equité intra-régionale et inter-régionale
Indice budget-client	Equité intra-régionale
Indice budget-client pondéré par l'utilisation des services	Equité intra-régionale
Indice des ressources affectées aux services directs	Augmentation
Indice des ressources affectées à l'internat	Diminution
Indice de support à l'intégration	Augmentation

FIGURE 3: SCORE OBTENU À CHAQUE INDICATEUR CLINIQUE EN 1989 ET EN 1991 POUR LES TERRITOIRES A ET B

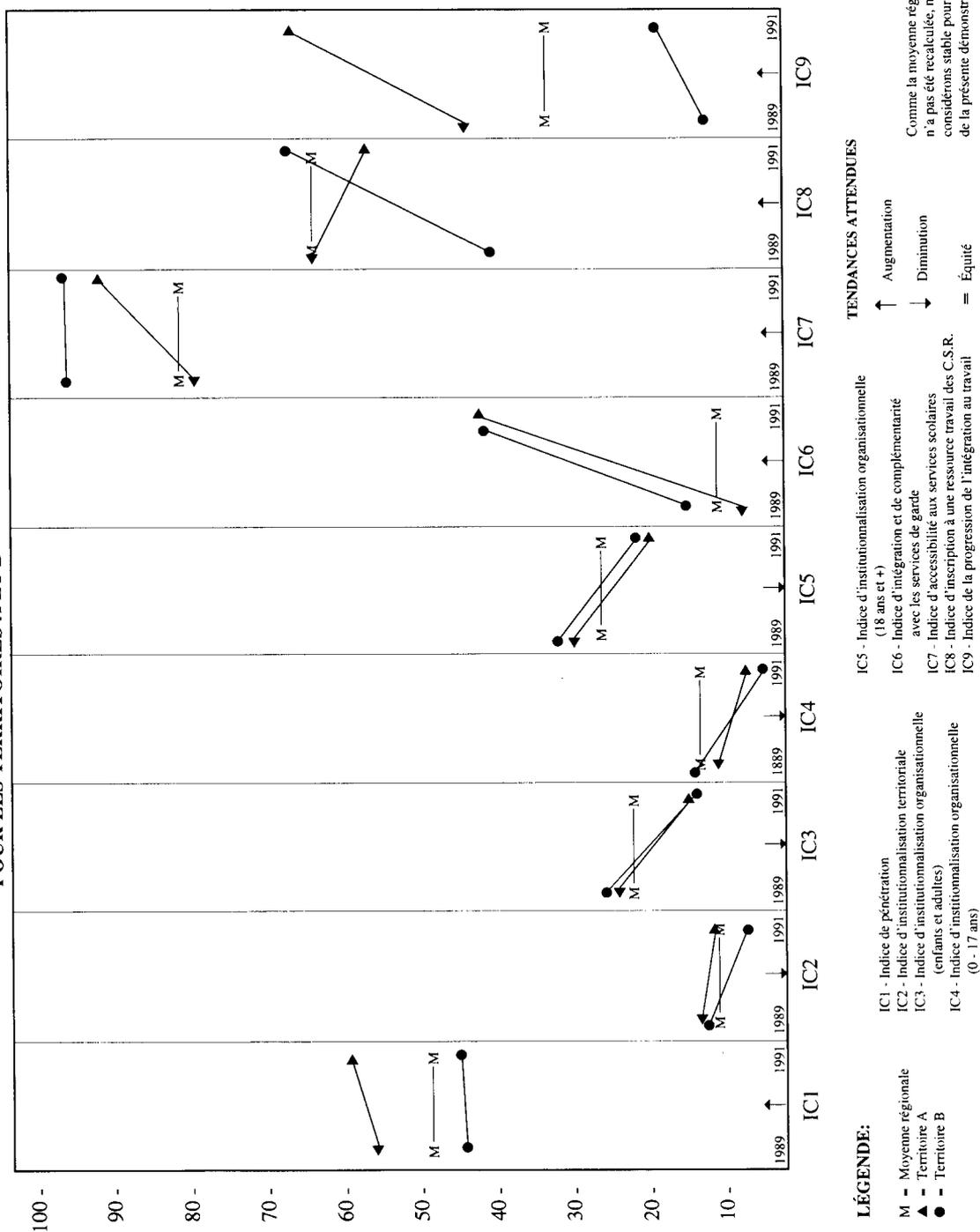
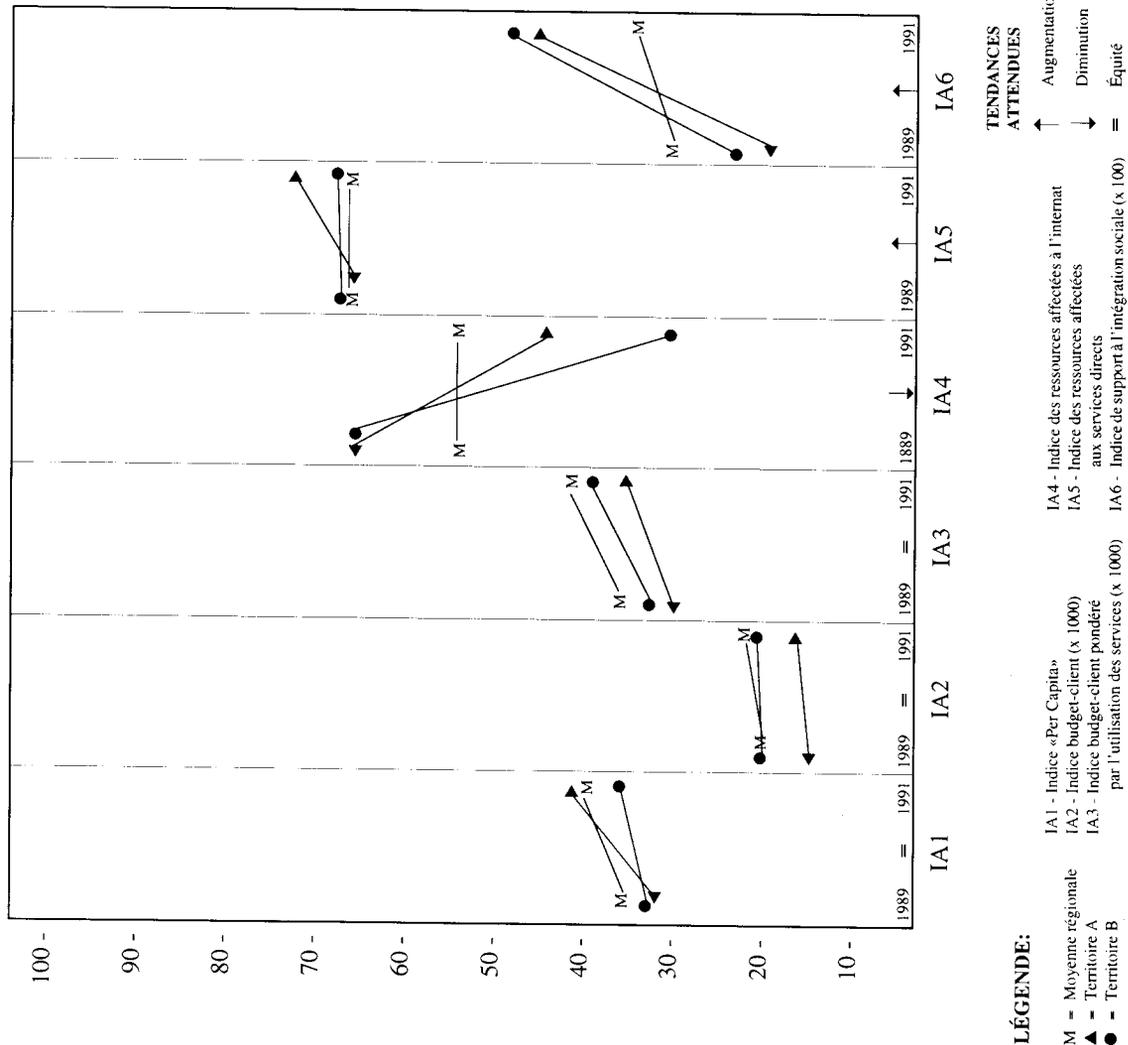


FIGURE 4: SCORE OBTENU À CHAQUE INDICATEUR ADMINISTRATIF EN 1989 ET 1991 POUR LES TERRITOIRES A ET B



LÉGENDE:
M - Moyenne régionale
▲ - Territoire A
● - Territoire B

IA1 - Indice «Per Capita»
IA2 - Indice budget-client (x 1000)
IA3 - Indice budget-client pondéré par l'utilisation des services (x 1000)

IA4 - Indice des ressources affectées à l'internet aux services directs
IA5 - Indice des ressources affectées
IA6 - Indice de support à l'intégration sociale (x 100)

TENDANCES ATTENDUES
↑ Augmentation
↓ Diminution
= Équité

Comme la moyenne régionale n'a pas été recalculée, nous la considérons stable pour les fins de la présente démonstration.
Pour les indicateurs IA1 - IA2 - IA3 - IA6, cette moyenne est indexée selon les taux suivants:
1988-1989: 4,15% - 1989-1990: 3,85% - 1990-1991: 5%.

indices est calculé pour chacune des cinq municipalités régionales de comtés⁷ qui définissent le territoire de ce centre de réadaptation. Il est aussi calculé pour l'ensemble du territoire. Cet exercice indique que l'indice de pénétration du groupe d'âge 0-5 ans est de 62,55 pour l'ensemble du territoire alors que, dans une des cinq M.R.C., il ne s'établit qu'à 24,94, ce qui est nettement inférieur.

Compte tenu de l'importance d'intervenir le plus rapidement possible par des programmes destinés à ce groupe d'âge, tant pour l'enfant, sa famille que son milieu de vie, le plan d'organisation des services de ce centre de réadaptation doit donc prévoir pour cette M.R.C. des actions visant le dépistage à la naissance et en bas âge. Ces actions seront diverses: sensibiliser à l'importance du dépistage et de la référence précoce la direction des services hospitaliers et le département de gynécologie-obstétrique de l'hôpital présent dans cette M.R.C.; sensibiliser et outiller le personnel infirmier oeuvrant dans les cliniques de vaccination infantile du Centre local des services communautaires; s'associer aux services de garderie pour identifier les enfants qui présentent des retards de développement. Un futur état de situation permettra d'évaluer dans quelle mesure ces actions auront contribué à accroître le dépistage et la référence dans cette M.R.C..

Cette illustration, très parcellaire, de l'utilisation d'un indicateur dans un contexte de planification et d'organisation souligne l'importance de la mesure dans la détermination d'objectifs organisationnels et, en conséquence, sur l'amélioration future des services.

Cette reprise au niveau territorial d'une démarche d'évaluation amorcée au niveau régional permet au centre de réadaptation de s'ajuster et de définir ses propres priorités.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Le présent article reflète la volonté d'une région de se doter d'un instrument d'évaluation et de planification des services qui soit objectif, rigoureux et utile. A l'usage, le développement d'indicateurs de performance s'avère indispensable aux cliniciens et aux gestionnaires du réseau de services car il n'existe pas d'autres alternatives. Toute initiative en ce sens doit être encouragée⁸.

Certaines conditions s'avèrent cependant essentielles à leur utilisation. Premièrement, les données nécessaires à leur calcul doivent être facilement accessibles. La planification régionale ou territoriale exige un investissement coûteux en temps et en énergie, qui doit être allégé afin d'en assurer sa poursuite. Idéalement, tous les indicateurs doivent être établis à l'aide de données déjà disponibles dans les centres de réadaptation et doivent exclure celles provenant de sources extérieures (ex.: réseau scolaire). Deuxièmement, les indicateurs n'ont de sens que s'ils peuvent être comparés, soit par des mesures répétées, soit par rapport à ceux calculés par d'autres établissements. Ainsi, la facilité avec laquelle sont calculés les indicateurs assure de leur utilisation généralisée et répétée.

Malgré leur valeur, les 15 indicateurs décrits dans

7. La municipalité régionale de comté (M.R.C.) regroupe les municipalités urbaines et rurales d'un même territoire d'appartenance. Elle a été créée pour répondre au besoin de concertation et de collaboration régionale en vue de solutionner des problèmes d'aménagement et de développement du territoire qui débordent les limites administratives et le champ de compétence des municipalités locales. Souvent, le territoire du centre de réadaptation est défini par un certain nombre de M.R.C..

8. En 1991, un comité parrainé par l'Association des Centres d'accueil du Québec (A.C.A.Q.) entreprend des travaux sur l'évaluation de programmes. Le mandat de ce comité est d'identifier les variables, les indicateurs et les outils nécessaires à l'évaluation des programmes des centres de réadaptation. Ces travaux, qui doivent se terminer au cours de l'année 1993, laissent présager un modèle d'évaluation et de planification de services complet, rigoureux et relativement facile à manipuler qui auront un impact majeur sur l'orientation future du réseau de distribution de services si son utilisation est généralisée.

le présent article ne sont le reflet que d'une partie de la réalité complexe des centres de réadaptation: il faut les manipuler avec prudence. Certains indicateurs ont une valeur temporaire: à titre d'exemple, les indicateurs d'institutionnalisation retenus dans la région sont inutiles dans les régions où la désinstitutionnalisation traditionnelle est, à toute fin pratique, complétée. D'autres doivent être analysés avec soin: l'indicateur de complémentarité et d'inscription avec les services de garde à l'enfance est très lié au contexte socio-démographique (rural-urbain), à la nature du service de garde (privé-public, à domicile, à l'extérieur), et au besoin des parents.

Aussi, les indicateurs développés dans la région de Québec et de Chaudière-Appalaches ne permettent pas d'évaluer l'impact des services sur le niveau de satisfaction des clients, sur leur développement et sur leurs habiletés d'adaptation, sur leur qualité de vie, le respect de leurs droits. Ils sont essentiellement basés sur l'hypothèse selon laquelle la fréquentation des milieux normaux (famille, garderie, école, travail en milieu régulier)

contribuent à un mieux-être, à un meilleur développement de la personne, à un plus grand respect et que le déploiement des ressources dans la communauté facilite cette fréquentation et son maintien. Cependant, ces aspects méritent d'être scrutés et être ainsi l'objet d'éventuels indicateurs.

Enfin, les multiples facettes des services et programmes des centres de réadaptation se prêtent au développement d'un nombre quasi-illimité d'indicateurs de performance. Mais la valeur des indicateurs réside, tel que le précise Samson-Saulnier (1990), dans un juste équilibre entre l'énergie requise pour les calculer, leur utilisation potentielle et leur impact sur le processus de décision, et non sur le simple intérêt à approfondir la connaissance de la réalité. Ils ne doivent non plus se transformer eux-mêmes en objectifs; les indicateurs sont essentiellement des outils utiles à la planification, à la programmation et à l'organisation des services visant à mieux répondre aux besoins particuliers des personnes et de leurs milieux.

BIBLIOGRAPHIE

ASSOCIATION DES CENTRES D'ACCUEIL DU QUÉBEC (1980) *Projet de recueil de normes de qualité des services en centre d'accueil de transition et de réadaptation*. Montréal: A.C.A.Q..

CENTRE VICTOR-CLOUTIER (1991) *Plan d'orientation des services*. St-Georges: Centre Victor-Cloutier.

COMITE CONJOINT MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX - CONSEIL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1987) *Plans régionaux d'organisations de services: principes et orientations*. Québec: M.S.S.S..

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX 03/12 (1989) *Planification opérationnelle du P.R.O.S. en déficience intellectuelle*. Document de travail. Québec: C.S.S.S. 03/12, Direction de la planification et de la programmation.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX 03/12 (1990*) *Etat de situation sur les besoins et l'organisation des services aux personnes présentant une déficience intellectuelle dans les régions 03 et 12 et les objectifs prioritaires*. Document de travail. Québec: C.S.S.S. 03/12.

- CONSEIL DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX 03/12 (1990*) *Plan régional d'organisation des services en déficience intellectuelle*. Québec: C.S.S.S.-03/12.
- GLADU, S., BERARD, J. M., FRADETTE, G. (1987) *Etude de l'impact de l'élimination d'ajouts d'effectifs sur la qualité des services*. Chambly: Centre Anne Le Seigneur.
- GOUVERNEMENT DU QUEBEC *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.
- HARVEY, M. (1986) *Per Hora Pondéré*. Granby: Centre Butters.
- INSTITUT DES ERBALES (1991) *La qualité dans les services sociaux*. Brigham: Institut des Erables.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX (1988) *L'intégration des personnes présentant une déficience intellectuelle: un impératif humain et social*. Québec: M.S.S.S..
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX (1991) *Avis concernant le "Plan régional d'organisation des services en déficience intellectuelle" de la région de Québec et de Chaudière-Appalaches*. Document préliminaire. Québec: M.S.S.S..
- PAVILLON ST-CHARLES DE LIMOILLOU (1992) *Plan local d'organisation des services*. Québec: Pavillon St-Charles de Limoilou.
- SAMSON-SAULNIER, G. (1990) *L'évaluation de programmes: cahier du participant*. Montréal: ACAQ.
- WEISS, J. (1988) Quality education indicators in Canada: What will "stand on guard for thee". *Studies in Educational Evaluation*, 14, 68-74.